



08/02/2019

Número: **0800425-09.2018.8.15.0571**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Pedras de Fogo**

Última distribuição : **24/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	maria lucineide de lacerda santana
AUTOR	DIELSON LIMA DOS SANTOS
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16162 223	24/08/2018 14:43	PROCURAÇÃO E DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação
16162 240	24/08/2018 14:43	BOLETIM DE Ocorrência,CERTIFICADO VEÍCULO,LAUDOS E ATESTADO	Documento de Comprovação
16162 282	24/08/2018 14:43	LAUDOS,RELATÓRIO DE CIRURGIA E NOTA DE SALA CIRÚRGICA	Documento de Comprovação
16162 299	24/08/2018 14:43	FICHAS DE ANESTESIA E NOTA DE CIRÚRGICA	Documento de Comprovação
16162 324	24/08/2018 14:43	NOTAS CIRÚRGICA,FICHAS DE ANESTESIA,LAUDO,BOLETINS E FICHAS DE ATENDIMENTOS	Documento de Comprovação
18491 370	08/01/2019 14:54	Despacho	Despacho
18803 486	24/01/2019 08:13	Expediente	Expediente
18803 527	24/01/2019 08:17	Ofício	Ofício



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"



OUTORGANTE:

Diebson Lima dos Santos, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF 051.222.404-96 e RG 2.082.224-58/10, residente no Assentamento Comão, S/N, Zona Rural, Pedras de Fogo - PB, 58328-000

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625 RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, arguir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

 João Pessoa - PB, 09 de julho de 2018.
Diebson Lima dos Santos
OUTORGANTE

(83) 3241.6957

Av. Dom Pedro II, 705 • Centro • CEP 58013-420 • João Pessoa - PB
Rua Orcine Fernandes, 63 • sala 110 • Mel Shopping • Sapé - PB



**CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS**

TABELIÃO: **Hermano José Medeiros Nóbrega**
SUBSTITUTO: **Ademir Harrison M. Medeiros Nóbrega**

RUA DOS TRÊS PODERES, 67 - PÉDIAS DE FOGO - PARAIBA

- Tabelionato,
- Registro de Imóveis,
- Protesto,
- Passagens Jurídicas,
- Títulos e Documentos.

Reconhecido (s) a(s) Firmado(s): **Dieison Lima dos Santos PDR**
AUTENTICAÇÃO

Em Teste da Verdade o Tab. Público
de Fogo - PB em de de 2018



Selo Digital

AGH13661 - 9G4G

Consulte a Autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
DIELOSON LIMA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2982274 SSP PE

CNPJ
051.282.404-96

DATA NASCIMENTO
26/10/1983

FILIAÇÃO
SEVERINO DOMINGOS DOS SANTOS FILHO
MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS

PERMISSÃO
4

ACC
AB

DATA, HORA
13/11/2013

Nº REGISTRO
05930737262

VALIDADE
10/06/2018

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador
Dieilson Lima dos Santos

LOCAL
TIMBAUBA - PE

DATA EMISSÃO
17/11/2014

Assinatura do Emissor
Luiz Manoel de Jesus

43424135798
PE062988921

SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1017223002

PLACADO PLASTIFICAR
1017223002

25

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rt 254, Rm 25 - Cidade Redentor - Joo Pessoa / PB - CEP 58074-688
CNPJ 06.988.157 / 0001-40 - Ins. Est. ICMS 15.015.013-4

Nº 018.071.557

MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS
ASENT CANAAN
PEDRA DE FOGO

CLC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1811875-2

PERIODO
JUL/2018

DATA DE VENCIMENTO
25/07/2018

QUANTIDADE
39

DATA DE PAGAMENTO
01/08/2018

VALOR
R\$ 18,70

Atendimento: www.energisa.com.br



MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS

Roteiro: 14-286-813-5438

CDNTA PAGA - Data de Pagamento: 30/07/2018

CDNTA PAGA

R\$ 18,70

5/1811875-2/18-08-7

MARIA JOSÉ LIMA DOS SANTOS
ASSENT CANAIA, S/N - ÁREA RURAL
PECARAS DE FOGO/PB CEP 58320007 (AR 113)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO 5/230
Roteiro T1 - DER - 912 - 5438 Referência Abr/2017
Módulo 10008817670 Emissão 19/04/2017



ENERGISA PARAGUÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Km 25 - Estrada Rondon - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 06.983.0001-40 - INSC EST 16.015.523-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.961.243
Código para Dúvidas Autômatas: 00018118182

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: **Unidade Consumidora** 54814075-2
Canal de contato

Abr/2017

Apresentação

19/04/2017

Data prevista da próxima leitura

19/05/2017

CPF/CNPJ/RANI

4423219488

Fatura em atraso

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

30/04/2017

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
19/03/17	19/04/17	1	49	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	49	0,61123	30,16
Adic. E. Amarela			0,32
Adic. E. Vermelha			0,59
PIS			0,20
COFINS			0,95
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,84
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,84

Histórico de Consumo (kWh)

Mart/17	80
Fev/17	45
Jan/17	41
Dez/16	57

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	22,81	0,9230	0,20
COFINS	22,81	0,2412	0,55

VENCIMENTO 27/04/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 23,25

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

Parcela em 12 meses

3ed3 83ea c79d 2307 8465 25ec 1e5e 4341

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	1,84	32,85
Compra de Energia	10,30	44,32
Serviços de Transmissão	1,52	3,24
Energia Distribuída	2,00	12,90
Impostos, Contrib. e Encargos	1,19	2,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,26	100,00

Valor de US\$0 (Ref. 2/2017) R\$10,40

ATENÇÃO



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Ocorrência nº. 622/2017

Aos VINTE E SEIS dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **RUBENITA NÓBREGA RÉGIS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS, Identidade nº 20.201.385 (2ª VIA)-SSP/PB, CPF nº XXXXXX, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Antonio Bezerra De Lima E De Maria José De Lima, natural de Pedras De Fogo/PB, nascido(a) em 08/02/1963 (54 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Canaã, tendo como ponto de referência: xxxxx, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: NÃO POSSUI.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 07 de maio de 2017;
- 3) HORÁRIO: 10h:0min;
- 4) LOCAL: Rua da Palha, Santo Antonio, Pedras de Fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma a noticiante que seu filho de nome DIELSON LIMA DOS SANTOS, portador do RG nº 2.982.274 SSP/PB e do CPF nº 049.147.794-55, foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 07/05/2017, quando na ocasião o mesmo conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, de cor vermelha, ano 2014/2014, e placa PCQ 2331, registrada em nome de Maria José Lima dos Santos, quando passando pela rua da Palha, no Centro desta cidade, foi colidido por um veículo não identificado até a presente data. Que seu filho foi socorrido pela equipe do SAMU sendo conduzido para o Hospital de Itambé/PE, de onde foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB. Que devido ao acidente, seu filho sofreu fraturas na perna direita, e outras lesões pelo corpo. Que afirma ainda que no momento do acidente, seu filho entrou em estado de coma, ficando assim por alguns dias.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e mim, escrivã(o) que digitei.


MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS
Comunicante


Escrivã(o) Assente
Matrícula nº 154.876-0
Escrivã de Polícia Civil
Mat.: 154.876-0



Rua Dr. Manoel Alves, 191, Centro, Pedras de Fogo/PB. CEP: 58.328-000
Fone: (81) 3635-1304

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PE Nº 013433907080		BILHETE DE SEGURO DPVAT MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA 2 103662860 COD. RENAVAM 103662860 EXERCÍCIO 2017		NOME MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS ITAMBE-PE 044.232.184-88 PLACA 044.232.184-88 PCQ2331		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
PAS / MOTOCICLETA PLACA ANT. / UF ***** / PE 9C2KCL680ERS15520 COMBUSTÍVEL ALCOOL		MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015		EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 06/07/17	
2P / 149CL CATEGORIA PARTIC GOVERNO DOMINANTE VERMELHA		VALOR ÚNICO 9C2KCL680ERS15520 VALOR 09		PRÊMIO TARIFÁRIO DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)	
1º 1PVA 2017 QUITADO 2º 1º FAIXA IPVA 3º 1º FAIXA IPVA		1º 1º FAIXA IPVA 2º 1º FAIXA IPVA 3º 1º FAIXA IPVA		PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO	
SEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO É NECESSÁRIO PARA TRANSFERÊNCIA		PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO		SEGURO LÍDER - DPVAT CNPJ 09.349.408/0001-04	
ITAMBE Charles Anderson Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE		DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.			



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DIELSON LIMA DOS SANTOS
DADOS DE NASCIMENTO 26/10/83
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ LIMA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 998.811
Nº PRONTUÁRIO 16.430
DATA DO ATENDIMENTO 07/05/17
HORA DO ATENDIMENTO 12:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA D +
TRAUMATISMO DO TESTÍCULO D
CID 10 S 82.3 + N 51.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), trazido pela USA do Recife, do hospital municipal de Itambé-PE, apresentando TCE + trauma em região inguinal D e membro inferior D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P
RX do tornozelo D - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura exposta da extremidade distal da tibia D ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico da fratura pelo Dr. Jacques Paiva no 1º tempo; pelo Dr. Breno Torres no 2º tempo e do trauma testicular pelo Dr. Emerson Medeiros.

ALTA HOSPITALAR: 02/06/17
DATA DA EMISSÃO: 20/12/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO - ORTOPEDIA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Quilson L. Silva portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 R56.1 S82, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 90 (noventa) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 04.03.14

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(_____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fis.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

DIAZSON Lima dos Santos

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

7 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

TOMOGRÁFIA
TIPO ... **CRAVIM**
DATA ... **03/05/14**
HORA ... **14h**
NOME TEC. RAD. ... **Ma Daniela de S. Gomes**
NOME TEC. RAD. ... **Radiologia**
ASS.: **CRTR 02862T**

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

TCE

37 - CID 10 PRINCIPAL 38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

Dr. João Neres de Santa
Gema / Radiologia
C.R.T.R. 02862T

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (AFAS)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA AFAS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

Nota de Sala Cirúrgica

1. NOME DO PACIENTE	2. NOME DO CIRURGIÃO	3. NOME DO ANESTESISTA	4. NOME DO INSTRUMENTISTA	5. NOME DO ENFERMEIRO	6. NOME DO PORTAL
7. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	8. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	9. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	10. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	11. NOME DO PORTAL AJUDANTE	12. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE
13. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	14. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	15. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	16. NOME DO PORTAL AJUDANTE	17. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	18. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE
19. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	20. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	21. NOME DO PORTAL AJUDANTE	22. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	23. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	24. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE
25. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	26. NOME DO PORTAL AJUDANTE	27. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	28. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	29. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	30. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE
31. NOME DO PORTAL AJUDANTE	32. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	33. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	34. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	35. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	36. NOME DO PORTAL AJUDANTE
37. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	38. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	39. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	40. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	41. NOME DO PORTAL AJUDANTE	42. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE
43. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	44. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	45. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	46. NOME DO PORTAL AJUDANTE	47. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	48. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE
49. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	50. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	51. NOME DO PORTAL AJUDANTE	52. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	53. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	54. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE
55. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	56. NOME DO PORTAL AJUDANTE	57. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	58. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	59. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	60. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE
61. NOME DO PORTAL AJUDANTE	62. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	63. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	64. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	65. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	66. NOME DO PORTAL AJUDANTE
67. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	68. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	69. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	70. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	71. NOME DO PORTAL AJUDANTE	72. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE
73. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	74. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	75. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	76. NOME DO PORTAL AJUDANTE	77. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	78. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE
79. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	80. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	81. NOME DO PORTAL AJUDANTE	82. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	83. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	84. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE
85. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	86. NOME DO PORTAL AJUDANTE	87. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	88. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	89. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	90. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE
91. NOME DO PORTAL AJUDANTE	92. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	93. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	94. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	95. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	96. NOME DO PORTAL AJUDANTE
97. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE	98. NOME DO ANESTESISTA AJUDANTE	99. NOME DO INSTRUMENTISTA AJUDANTE	100. NOME DO ENFERMEIRO AJUDANTE	101. NOME DO PORTAL AJUDANTE	102. NOME DO CIRURGIÃO AJUDANTE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

998844

9 - SEXO

Masculino 1

Feminino 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

B. BIAW M.

01 - agulha pt Bloqueio A-50

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/05/17

() CNS () CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ortopedia/Cirurgia do Quadril

CRM - PB 7232/TEOT-13940

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS () CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEETSHL

Nome: Lucineide de Lacerda Santana BE/Prontuário: 438844
 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 24/05/2022
 Vm: 4 EMP: _____ LR: _____
 Local: Clínica de Urologia + Urologia Superior
 1º Assistente: Dr. Carlos Faria
 3º Assistente: _____
 Anestesista: Dr. Marcos L. Silva
 Tipo de cirurgia: Retro Horário: Início _____ Término 16:25h

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Prostatite Bacteriana</u>	
<u>Prostatite</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Prostatite Bacteriana</u>	
<u>Prostatite</u>	

Acidente em Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não. Descrição: _____

psiação: ☐ Sim ☐ Não

Exame do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermagem () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Emerson Medeiros
 Urologista [TISBU]
 CRM-PB-4827

João Pessoa, 24/05/2022

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

Nome: WELTON Lima dos Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 25/5/12
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Retinada do fixador externo
Cirurgião: Dr. Dismar Tuma 1º Assistente: Dr. Luan
2º Assistente: Dr. AmS 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Joao
Tipo de Anestesia: gaseosa Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura da tibia (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retinada do fixador externo</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria

() Terapia Intensiva
Dr. [illegible]
CRM - PB 7232/TEOT 1395

() Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 25/5/12

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSRL

ELTON Lima dos Santos

E/Prontuário

Sexo: () Masculino () Feminino

Cor:

Data:

15/12

EMP:

Prévia 15 Fixador Externo

Prévia 15

1º Assistente:

Luiz

Prévia 15

3º Assistente:

Anestesista:

João

Prévia 15

Horário: Início

Término

:

Diagnóstico Pós-Operatório

Prévia 15 Fixador Externo

Procedimentos Cirúrgicos

Prévia 15 Fixador Externo

Ato Cirúrgico: () Sim

(X) Não

Descrição:

Prévia 15

(X) Não

Prévia 15

(X) Terapia Intensiva

() Residência

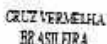
() Óbito durante Ato Cirúrgico

Prévia 15
Prévia 15
Prévia 15

João Pessoa,

15/12

Prévia 15



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSH:

Nome: Nelson Luiz de Aguiar BE/Prontuário: 938812
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: _____ Data: 29/05/2012
Clínica/Setor: Unidade A EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Exatomação e colocação de implante + implante de prótese dentária
Cirurgião: Dr. Emerson M. Aguiar 1º Assistente: Dr. Carlos F. Aguiar
2º Assistente: Dr. Roberto Aguiar 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Marcos Aguiar
Tipo de Anestesia: Rápido Horário: Início _____ Término 16.25h

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
LEUCEMIA TGMWCA 2012 P. 3.	
TR. 2012 P. 3.	

Procedimientos Cirúrgicos	Código
Exposición de la lesión en la zona de la lesión	
Exposición de la lesión en la zona de la lesión	

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

() Enfermaria

()Terapia Intensa

()Residência()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Emerson Medeiros
Urologista [TISBU]
CRM-PB: 4827

João Pessoa,

F(NG).ASCIR.009-1

Ministério

Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

Folha
1/2

Estabelecimento de Saúde

NOME DO SOLICITANTE

NOME EXECUTANTE

NOME

Nº DE LAUDO (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc.

PRONTUÁRIO

3849

Fem. 3

ESTADO

RESPONSÁVEL

11 - TET

NOME (PRÓPRIO)

14 - CÓDIGO DE TIPO

15 - UF

CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

22 - MUDANÇA

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 TERCIÁRIO

26 - CID 10 QUARTÁRIO

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CITACÃO DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

B. Braun

01 - agulha p/ Bloqueio A-50

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/05/17

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓDIGO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

CNS

CPF

Dr. Emerson M.
Urologista
CRM-P

1020 1037

ORIO

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Duelson Lima dos Santos
 IDADE: 33 anos SEXO: M PRONTUÁRIO: _____ ENFERMARIA: 15 LEITO: 02
 CIRÚRGIA: PRT. GR. RG. CO de exploração RESGAT. ARG. N° 1 @ + 0 P. P. 100 P. 100 + 0.
 CIRÚRGIA: Emergência Z' AUX.: _____
 ANESTESIA: Rodriguez anestesia
 ANESTESISTA: Dr. Marcos Vazir et al
 INSTRUMENTADOR: _____
 DATA: 2017 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 15:00 CIRÚRGIA: INÍCIO: _____ FIM: 16:00 + 15

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		<u>5F 500 ml</u>	JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		<u>SRL 500 ml</u>	JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE NYLON Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA			LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO			LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPUPIVAÇAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPUPIVAÇAÍNA S/ VASO			LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.			FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7,0			FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7,5			FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN			LUVAS ESTÉRIL Nº8,0			FIO SEDA Nº	
MORFINA			LUVAS ESTÉRIL Nº8,5			FITA CARDÍACA	
NIMBIUM			MÁSCARA CIRÚRGICA			MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO			MULTÍVIAS			CATETER DE PIC	
PETIDINA			PERFORADOR DE SORO			CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓRFOL			SCALP Nº19			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA			SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO			SERDAGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML			FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO			SERINGA 10ML			FIO STEINMAN Nº	
TIOPIENTAL			SERINGA 20ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			KIT. PAM	
BEXTRA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			FIXADOR EXTERNO	
CEFZOLINA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			EMPRESA	
DEXAMETASONA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA			SONDA NASOG. CURTA			PARAFUSOS CORTICAIS	
EFDRIJA			SONDA NASOG. LONGA			PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA			SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%			TORNEIRINHIA			PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA	
HIIDROCORTISONA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA	
LIDOCAÍNA GELEIA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			EQUIPAMENTOS	
ONDASENTRONA			TUBO GLICNE (LATEX)			() ASPIRADOR	
PLASIL						() BISTURI ELÉTRICO	
PROSTIGMINE						() CAPNOGRAFO	
PROTAMINA						() CARDIOMONITOR	
TENOXCAN						() DESFIBRILADOR	
						() FOFO AUXILIAR	
						() FOFO CENTRAL	
						() MICROSCOPIO	
						() OXÍMETRO DE PULSO	
						() P.A. NÃO INVASIVA	
						() PERFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	
						CIRCULANTE	

Assinatura: Daniel Menezes
 Data: 23/04/2017

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2 - NOME DO PACIENTE: PERSONA Lima dos Santos
 3 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CNS)
 4 - N° DO PRONTUÁRIO
 5 - DATA DE NASCIMENTO: 1/1
 6 - SEXO: F
 7 - RAÇA/COR:
 8 - NOME DO RESPONSÁVEL
 9 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
 10 - TELEFONE
 11 - N° DO TELEFONE
 12 - TELEFONE
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
 14 - Cód. IBGE
 15 - UF
 16 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
 18 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: TC
 19 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: TOMOGRAFIA
 22 - QTD
 23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 24 - QTD
 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 26 - QTD
 27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 28 - QTD
 29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 30 - QTD
 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 32 - QTD
 33 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 34 - QTD
 35 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 36 - QTD
 37 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 38 - QTD
 39 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 40 - QTD
 41 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 42 - QTD
 43 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 44 - QTD
 45 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 46 - QTD
 47 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 48 - QTD
 49 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 50 - QTD
 51 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 52 - QTD
 53 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 54 - QTD
 55 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 56 - QTD
 57 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 58 - QTD
 59 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 60 - QTD
 61 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 62 - QTD
 63 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 64 - QTD
 65 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 66 - QTD
 67 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 68 - QTD
 69 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 70 - QTD
 71 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 72 - QTD
 73 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 74 - QTD
 75 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 76 - QTD
 77 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 78 - QTD
 79 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 80 - QTD
 81 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 82 - QTD
 83 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 84 - QTD
 85 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 86 - QTD
 87 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 88 - QTD
 89 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 90 - QTD
 91 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 92 - QTD
 93 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 94 - QTD
 95 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 96 - QTD
 97 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 98 - QTD
 99 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
 100 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: TC
 37 - CID 10 PRINCIPAL
 38 - CID 10 SECUNDÁRIO
 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
 40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO
 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
 44 - DOCUMENTO
 45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
 46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
 50 - DOCUMENTO
 51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
 52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
 53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
 54 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
 55 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

64 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
 65 - CNES

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 29.05.12 PRONTUÁRIO: 990011

PACIENTE: Dielma Lima dos Santos SEXO: M COR: B IDADE: 33a

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO			AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADO FÍSICO (ASA)	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tumor testicular					
CIRURGIA REALIZADA: Ovariotomia (tratamento tumor testicular) - Exatidão da ingua inguinal					
CIRURGIA		AUXILIARES			
NÍCIO DA ANESTESIA: 15:25h		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CHL.		VALORES RS	
ANESTESISTA: Valdir Venerio		CPF		CRM-PB: 6233-PB	

ANESTESIA: ☒ GERAL ☒ INTRADUANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOO XEJO ☐ BLOO NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA: Tumor, Anestesia GERAL, Tumor, 15:25h

TIPO DE	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
INDUÇÃO	1	Propofol 15mg	11
MANT.	2	Propofol 15mg	12
DEP.	3	Propofol 15mg	13
INTEN.	4	Propofol 15mg	14
TOTAL	5	Propofol 15mg	15
DESTINO DO PACIENTE	6	Propofol 15mg	16
☐ AMI ☐ ENFERMARIA	7	Propofol 15mg	17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8	Propofol 15mg	18
☒ OUTROS: URPA	9	Propofol 15mg	19
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10	Propofol 15mg	20

ASSINATURA DO ANESTESISTA: _____

F.(NG).ASCIF 026-1

Num. 16162299 - Pág. 2



Nota de Sala Cirúrgica

00777641

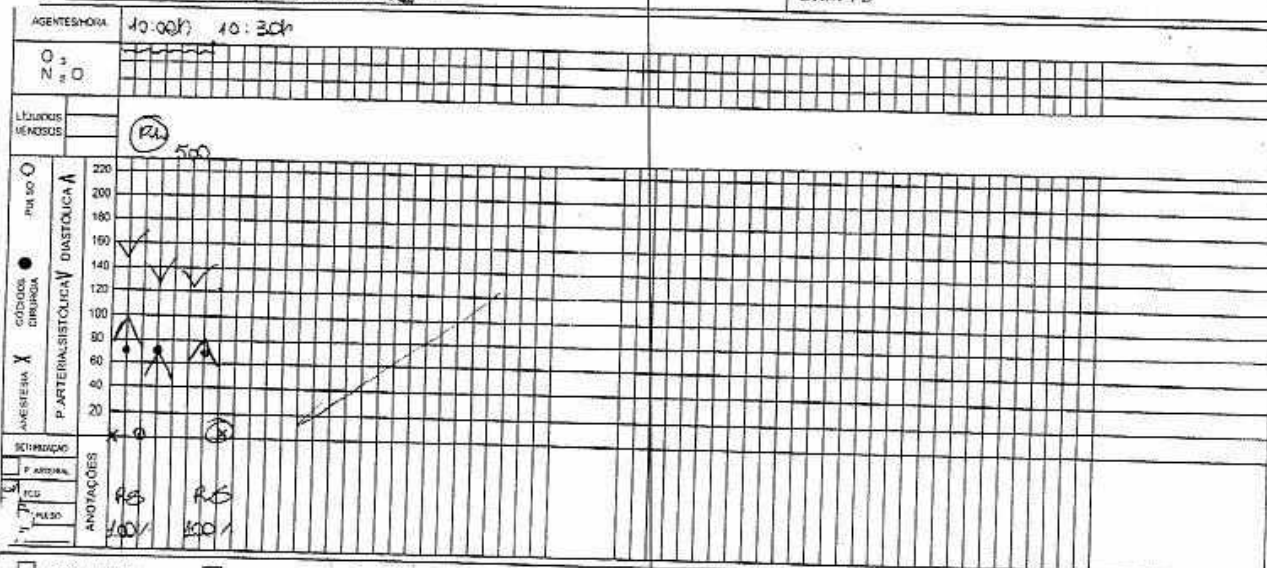
NOME DO PACIENTE		J. Lacerda Santana	
IDADE	33	BE	998811
PRONTUÁRIO			
ENFERMARIA			
LEITO			
CIRURGIA	Plano de material de pontos e suturas (Túnel 0-1)		
CIRURGIÃO	Dr. Sérgio		
ANESTESIA	Bloqueio S. quadrante a nível de prega poplitea		
ANESTESISTA	Dr. Sérgio		
INSTRUMENTADOR			
DATA	25/05/17		
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	FIN	CIRURGIA INÍCIO	FIN
5:40:00		7:10:00	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS			
QTD.	MATERIAIS CONT.		
QTD.	FIOS		
QTD.	QTD.		
ALFENTANIL		JELCO N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20	FIO CAT GLT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22	FIO DE AÇO N°
CETAMINA		JELCO N°24	FIO DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI N°1	FIO DE NYLON N°
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°
FENTANILA		LÂMINA BISTURI N°23	FIO DE NYLON N°
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N°
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIGLACTINA N°
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVIA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVIA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLACTINA N°
MIDAZOLAN		LUVIA ESTÉRIL N°8,0	FIO POLIGLACTINA N°
MORFINA		LUVIA ESTÉRIL N°8,5	FIO SEDA N°
NMBIUM		MÁSCARA CIRÚRGICA	FITA CARDÍACA
PANCURÔNIO		MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO	QTD.
PROPORFOL		SCALP N°19	CATETER DE PIC
RAMIFENTANILA		SCALP N°21	CIMENTO CIRÚRGICO
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML	CLIP TITÂNIO LIGADURA
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	FIO DE KIRSCHNER N°
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML	FIO DE KIRSCHNER N°
TIOPENTAL		SERINGA 20ML	FIO STEINMAN N°
			FIO STEINMAN N°
			GRAMPEADOR CIRÚRGICO
			HEMOST ABSORVÍVEL
			KIT DERIVA VENTRICULAR
			PRÓTESE VASILAR
			KIT PAM
			FIXADOR EXTERNO
			EMPRESA
			PARAFUSOS CORTICÁIS
			PARAFUSOS CORTICÁIS
			PARAFUSOS ESPONJOSOS
			PARAFUSOS ESPONJOSOS
			PARAFUSOS MALEOLAR
			PARAFUSOS MALEOLAR
			PLACA
			PLACA
			EQUIPAMENTOS
			() ASPIRADOR
			() BISTURI ELÉTRICO
			() CAPNÓGRAFO
			() CARDIOMONITOR
			() DESFIBRILADOR
			() FOCO AUXILIAR
			() FOCO CENTRAL
			() MICROSCÓPIO
			() OXÍMETRO DE PULSO
			() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA
			() PERFURADOR ELÉTRICO
			() SERRA
			CIRCULANTE
			Y. Lacerda Santana
			00777641

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/05/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Bielson Lima dos Santos</u>		SEXO: <u>M</u>	COR:	IDADE: <u>33</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO <u>70</u>	RESPIRAÇÃO <u>eupneica</u>	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRURGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	GRUPO SANGUINEO
EXAMES COMPLEMENTARES <u>VR</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>MUO BUL, SIRA</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>RCR OT, BNF, SS</u>		
AP. DIGESTIVO <u>norm</u>		ESTADO MENTAL <u>lote</u>	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				I ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>fx de perna (2)</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Retirada de fístula externa de perna (2)</u>				
CIRURGIÃO <u>DR. GRENIO</u>		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>10:00h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>10:30h</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>30min</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA <u>DR. SOUZA, DRA. ALIANA (R)</u> CPF		CRM-PB		



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS	
TÉCNICA: <u>Bloqueio de m. isquiático (2) a nível da perna / fossa poplitea sem orelha ASO + NE periférica sem intercalação</u>	
QUANTIDADE	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
1	<u>hidroquina 0.1% - 10ml</u>
2	<u>AD - 10ml</u>
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
DESTINO DO PACIENTE	
☐ APT* ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☒ OUTROS <u>URAS</u>	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
ASSINATURA DO ANESTESISTA	

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA

Em 09/11

União

de 15 pontos

de 12 pontos

15 pontos

no postêro

anterior

Dr. S. S. 12 Orto, CR

Terço

15 pontos

C. Torres

12 pontos

12 pontos

João Pessoa

ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: delebrão Lima dos Santos

IDADE: 33 SEXO: M PRONTUÁRIO: 998811 ENFERMARIA: 1 LEITO: 1

CIRURGIA: TORÇÃO DE FÊMUR ESQUERDO COM PLACA E FIOS

CIRURGIÃO: Dr. José 1ª AUX: Dr. Paulo 2ª AUX: Dr. João

ANESTESIA: gase

ANESTESISTA: Dr. Ricardo

INSTRUMENTADOR: Dr. Paulo

DATA: 7/5/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO 8:00 FIM: 12:00 CIRURGIA: INÍCIO 8:00 FIM: 12:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA ()

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.
ALFENTANIL								
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO Nº18			PIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº20			PIO CAT GUT CROMADO Nº		
CETAMINA			JELCO Nº22			PIO DE AÇO Nº		
DROPERIDOL			JELCO Nº24			PIO DE AÇO Nº		
ETOMIDATO			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº			PIO DE NYLON Nº		
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº11			PIO DE NYLON Nº		
FENTANIL			LÂMINA BISTURI Nº15			PIO DE NYLON Nº		
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº23			PIO POLIGLACTINA Nº		
ISÓFLURANO			LÂMINA BISTURI Nº24			PIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOPUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE DERMATOMO			PIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOPUPIVACAÍNA S/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			PIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.			PIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7,0			PIO POLIPROPILENO Nº		
MIDAZOLAN			LUVAS ESTÉRIL Nº7,5			PIO POLIGLECAPRONE Nº		
MORFINA			LUVAS ESTÉRIL Nº8,0			PIO SEDA Nº		
NIMBILUM			LUVAS ESTÉRIL Nº8,5			PIA CARDÍACA		
PANCURÔNIO			MÁSCARA CIRÚRGICA			MATERIAL ESPECIAL		
PETIDINA			MULTIVIAS			CATETER DE PIC		
PROPOFOL			PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRÚRGICO		
RAMIFENTANIL			SCALP Nº19			CLIP TITÂNIO LIQUIDURA		
ROCURÔNIO			SCALP Nº21			PIO DE KIRSCHNER Nº		
SEVOFLURANO			SERINGA 3ML			PIO DE KIRSCHNER Nº		
SUXAMETÔNIO			SERINGA 5ML			PIO STEINMAN Nº		
TIOPENTAL			SERINGA 10ML			PIO STEINMAN Nº		
			SERINGA 20ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.		BOLSA Nº COLOSTOMIA			HEMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA			CÂMULA Nº TRAQUEOSTOMIA Nº			KIT. DERIVA VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO			PRÓTESE VASCULAR		
ATROPINA			CATETER EMBOLEO ARTERIAL Nº			KIT. PAM		
BEXTRA			CATETER EPIDURAL Nº16			FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº17			EMPRESA		
DEXAMETASONA			CATETER EPIDURAL Nº18			PARAFUSOS CORTICAIS		
DIPIRONA SÓDICA			CERA PARA OSSO			PARAFUSOS CORTICAIS		
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO			PARAFUSOS ESPONJOSO		
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS MALEOLAR		
GLUCONATO DE CÁLCIO			DRENO DE PENROSE			PARAFUSOS MALEOLAR		
HIIDROCORTISONA			DRENO DE SUÇÃO			PLACA		
LIDOCAÍNA GELÉIA			ELETRODOS			PLACA		
ONDASENTRONA			EQUIPO MACROGOTAS			EQUIPAMENTOS		
PLASIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE			() ASPIRADOR		
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			() BISTURI ELÉTRICO		
PROTAMINA			ESPONIA DE PVPI			() TCAPNÓGRAFO		
TENOXICAN			ESPARADRAPO			() TCARDIOMONITOR		
			GAZES			() DESFIBRILADOR		
			GAZES ALGODADAS			() FOCO AUXILIAR		
			GEL ELETROLÍTICO			() FOCO CENTRAL		
			JELCO Nº14			() MICROSCOPIO		
			JELCO Nº16</					

45752

CIRCULATE
 JOSEPH P. SANTI
 F(NG) ASCR 021-2
 98231



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

REVISÃO

DATA: 05/11

PRONTUÁRIO: 999811

PACIENTE: Dielma Lima dos Santos SEXO: M COR: IDADE: 33

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 78 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO M.O. com raios AP. CIRCULATÓRIO B.C.A.T. - 27

AP. DIGESTIVO jejuno ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Ex. tubo (D)

CIRURGIA REALIZADA Tric. Amp. 15

CIRURGIÃO Dr. J. C. S. AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 10:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 17:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 6h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. João B. H. CPF CRM-PB 7119

AGENTES/HORA

LÍQUIDOS VENOSOS

PULSO

DIAGNÓSTICO

ARTERIAL

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

OBS: Cuff do tubo entupido fundo! Realizado Tric. de tubo!

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Pedro Tito P. Roque
Anestesiologista
CRM-PB 7119

(INQ) ASCIR.025-1



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

998811

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

cx 4.5
Placa de P longa etc 12 pontos (01)
Para usos contínuos n.º 32/1 - 34/1
38/1 - 46/1 - 48/1 - 52/1.

Aqui fica o bloco de 1000

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

() CNS () CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

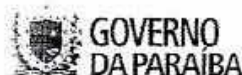
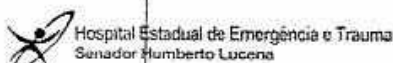
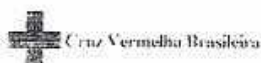
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS () CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 998811



Identificação do paciente				
ID 216125	Nome DIELSON LIMA DOS SANTOS	Sexo Masculino		
Data de nascimento 25/10/1983	Idade 33 anos 6 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 16430
Mãe MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS	Pai SEVERINO DOMINGO DOS SANTOS FILHO		Responsável (Parentesco) SEVERINO DOMINGO DOS SANTOS FILHO - PAI	
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 93291707	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2982274	Nº Cns		
Local de procedência PEDRAS DE FOGO	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade PEDRAS DE FOGO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58328000	Município de residência PEDRAS DE FOGO	UF PB	Logradouro ASSENTAMENTO CANAA	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 07/05/2017 12:11:21	Número da pulseira 1000004685066	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	TOMOGRRAFIA		
Classificação de risco	TIPO ... <i>CRANIO</i>			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DATA ... <i>04/05/17</i>		
Indicadores e Transporte		ORIGEM DO PACIENTE RUA		
Caso policial Não	Plano de saúde Não	VEICULO X MOTO MOTO		
Meio de transporte SAMU	Quem transportou	NOME TEC. RAD. <i>Radiologia</i>		
Sinais Vitais		ASS. <i>CRTR 028E21</i>		
PA <i>140</i> x <i>80</i> mmHg	Pulso <i>80</i>	Temperatura <i>36,4</i>		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
<i>Demora de 22 h BIC, a 12 h</i>				
<i>EN OBSERVADO DIAGNÓSTICO</i>				
<i>LIBERADO P/ CL. GERAL</i>				
Diagnóstico	CD			
Atendido por JARDENIA RENATA DE MENEZES SANTANA	Tempo 02min 49seg			

NCR
ONTOP.

Imprimir

Dr. Igor Nunes de Souza
Cirurgia Geral / Virologia
CRM-PB 3458



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO



1000004685066 BE.: 998811
DIELSON LIMA DOS SANTOS
DT. NASC.: 28/10/1993
MÃE: MARIA JOSE LIMA DOS SANTOS

END.: ASSENTAMENTO CANAR
N.º 11 - ZONA RURAL
PEDRAS DE FOGO
FONE: ()
CELULAR: (83) 93291707
IDADE: 33
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO

PA: / mmHg

P: bpm

SpO2:

Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Midríase
☐ Anisocóricas ☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Internações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

04/05/17 Paciente com entrada neste setor por intubação
efetuando pelo VSA de Recife do Hospital de Hemato
oncologia e sendo do CDI

DESTINO:

ENFERMEIRO

COREN:

USP



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde

UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 33a

Nº Cartão SUS: 11111111111111111111 Data de Nascimento: 26/10/83

Nome de Paciente: Dickson Lima dos Santos Sexo: M Raça: Pardo

Estado Civil: --- Nome da Mãe: Maria José Lima

Endereço: R. Manoel Gomes nº 220 Bairro: Angueira

Cidade: Pedras de Fogo CEP: --- PSF: ---

Data do Atendimento: 07/05/17 Hora da Chegada: 21H 05 min.

Pré-Consulta: P.A. PESO: PULSO: TEMP: GLICEMIA:

QUEIXA PRINCIPAL: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
() Vermelha () Amarela () Verde () Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM: Assinatura/Carimbo

QUEIXAS/DIAGNOSTICO: EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO:
Paciente vítima de acidente automobilístico, foi
estabilizado na unidade e encaminhado p/ o Hospital
de Trauma Humberto Lucena - SP
Mônica Faria da Silva
Enfermeira
COREN 101812

DIAGNÓSTICO PROCEDIMENTO 01: PROCEDIMENTO 03:
PROCEDIMENTO 02: PROCEDIMENTO 03:

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO: REMOVIDO:

ÓBITO ÀS: H. MIN DO DIA: / /

DATA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA: H. MIN.

Assinatura do Paciente ou Responsável: X Assinatura/Carimbo: Dra. Priscilla Prquiza
Médica
CRM-PE Itambé
Assinatura/Carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE E VIOLÊNCIA

1- IDENTIFICAÇÃO: DATA DO ATENDIMENTO: 07/05/17 HORA DA CHEGADA: 11h 05 min.

Nº CARTÃO SUS: 11111111111111111111 DATA DE NASCIMENTO: 26/10/53

NOME DO PACIENTE: Diogenes Bina dos Santos SEXO: M RAÇA: Pardo

ESTADO CIVIL: Solteiro NOME DA MÃE: Maria José Bina dos Santos

ENDEREÇO: Memel Gomes Nº 210 BAIRRO: Mangueira

PONTO DE REFERÊNCIA DA OCORRÊNCIA: Procurado do Bairro

CIDADE: Pedras de Fogo CEP: _____ PSF: _____

[Assinatura]
Paciente e/ou Responsável

Verônica Lucinda de Sousa
Recepcionista

2- TRIAGEM	P.A.:	PESO:	PULSO:	TEMP:	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL:			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:		
			☐ Vermelha ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Azul		
TIPO DE OCORRÊNCIA: ☐ Acidente de Trânsito ☐ Violência			ENFERMEIRO/TRIAGEM		
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outros Especificar: _____					
Assinatura / Carimbo					

3- Local da Ocorrência: ☒ Via Pública ☐ Domicílio ☐ Trabalho 4- Condição do Paciente: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ óbito

5- Meio de Locomoção até a Unidade: ☐ Veículo part. ☐ Viatura Policial ☐ SAMU ☐ Ambulância ☐ A pé ☐ Outro: _____

6- Tipo de Vítima: ☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Pessoa Conduzida em local inadequado 7- Uso de Capacete: ☐ Sim ☐ Não

8- Meio de Locomoção da Vítima: ☐ Automóvel ☒ Moto ☐ Bicicleta ☐ A pé ☐ Outro: _____ 9- Uso de Cinto: ☐ sim ☐ Não

10- Modo do Trauma: ☐ capotamento ☒ Ejeção ☒ Impacto frontal ☐ Impacto Lateral ☐ impacto traseiro 11- Hálito Etílico: ☐ sim ☐ não

12- Natureza do Acidente: ☐ Colisão/Atropelamento ☐ Tombamento ou Capotamento ☒ Choque d/Objeto Fixo ☐ Queda em/do veículo

☐ Atropelamento ☐ Ignorado ☐ Outro: _____ 13- Queda: ☐ Própria Altura ☐ Outra Altura: _____ m

14- Intoxicação: ☒ Alcool ☐ Drogas Ilícitas: _____ ☐ Exógena: _____ ☐ Animais Peçonhentos

15- Agressão: ☐ Arma de fogo ☐ Arma Branca ☐ Agressão Física ☐ Suspeita de Abuso Sexual ☐ Outros: _____

16 - História Clínica Atual, Evolução e Conduta Médica: Paciente, 31A, vítima de acidente de motocicleta. Pan copante, alcoolizado, RSC (ECG 4/5) PR: 100 PR: 30 AC: RCR 2T BNF 5/5 AR: MTD AHT, SIRA. Apresentando múltiplos ferimentos, fratura exposta em MID. Exatadas em membros sup e inf. Pupilas reacionais. Sat O₂ 88% em AA. Sinais vitais + 1.0.5. Hidratação IV, com FR 2000 mm EV (SRLT)

17 - Evolução em Até 12 horas do Atendimento no Serviço:
☐ Alta ☐ Encaminhamento Ambulatorial ☐ Internação Hospitalar
☐ Transferência para Outra Unidade de Saúde ☐ Evasão ou Fulga ☐ Óbito

Dra. Priscilla Prquiza
Médica
CRM-PE 25530
Assinatura e Carimbo Médico

18 - Regulado/ Transferido para: _____

Data da Transferência: ____/____/____ Hora da Transferência: ____ h ____ min 19- Técnico: _____

Assinatura / Carimbo

Serviço de Atendimento Móvel de urgência



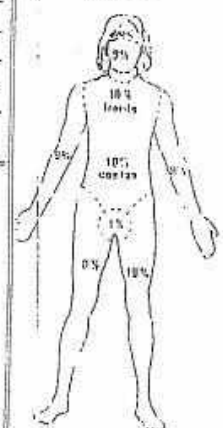
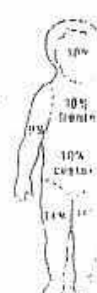
Secretaria Municipal de Saúde



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência: 3

1. Hora Chamado: 7h: 36	2. Chegada ao Local: 10: 40	3. Saída local: 10: 50	4. Saída da U. Hospitalar: Data: 14/11
5. Motivo/Solicitação: <u>Acidente de trânsito</u>			
7. Tipo de Equipamento: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. Moto ☐ 4. Helicóptero	8. Médico Regulador: <u>Dr. Delvino</u>		
10. Paciente: <u>Wilkson Roberto da Silva</u>		11. Idade: <u>37</u>	
12. Data Nascimento: <u>26/11/1973</u>	13. Solicitante: <u>Adriana</u>	14. Sexo: ☒ M ☐ F	
15. Nome da Mãe: <u>Maria Silva</u>		17. Nº	18. Bairro: <u>Itambé</u>
16. Endereço da Ocorrência: <u>Rua da Liberdade</u>			
19. Município: <u>P. Nova de Fregosa</u>	20. Referência: <u>PMSC</u>		
21. Local da Ocorrência: ☐ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO		22. Tipo de Ocorrência: ☐ 1. Colisão ☒ 2. Trauma ☐ 3. Psiquiatria ☐ 4. Tronco ☐ 5. Pedestre ☐ 6. Ostético ☐ 7. Camalados/Remoção ☐ 8. Causas Externas ☐ 9. Remoção/Assistência ☐ 10. Agressão ☐ Unidade: <u>Destino</u>	
23. Tipo de Vítima: ☒ 1. Condutor ☐ 2. Pedestre ☐ 3. Passageiro	24. Tipo Locomoção da Vítima: ☐ 1. Moto ☐ 2. Automóvel ☐ 3. Bicicleta ☐ 4. A Pé ☐ 5. Outro		25. Mecanismo do Trauma: ☐ 1. Injeção ☐ 2. Capotagem ☐ 3. Colisão Frontal ☐ 4. Colisão ☐ 5. Impacto Torção
26. Natureza da lesão: ☒ 1. Colisão/abalo/impacto ☐ 2. Capotamento ☐ 3. Airbag/impacto ☐ 4. Choque com Objeto Fixo ☐ 5. Queda em/Da Veículo ☐ 6. Ingerência ☐ 7. Outro			
27. Uso cinto: ☐ Sim ☒ Não	28. Uso Cinto Segurança: ☐ Sim ☒ Não	29. Hálito de álcool: ☐ Sim ☒ Não	
30. Intoxicação: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas Ilícitas ☐ 3. Xarope ☐ 4. Anestésicos ☐ 5. Outros		31. Queda: ☐ 1. Proposta Ativa ☐ 2. Queda ☐ 3. Outros ☐ Ativo/Ativo: <u>unidade</u>	
32. Agressão: ☐ 1. Agressão Física ☐ 2. Agressão Arma Branca ☐ 3. Agressão Arma Fogo ☐ 4. Suspeita Abuso Sexual ☐ 5. Outros		33. Queimaduras: ☐ 1. Choque elétrico ☐ 2. Fogo ☐ 3. Química ☐ 4. QBRN	
34. Unidade Destino: <u>Hospital de Trauma</u>		35. Médico que Recebeu: <u>Dr. Igor Mendes de Souza</u>	
36. Equipe: Médico Assistente <u>Enfermeiro</u> Socorrista <u>Ass.</u>		37. Condição do Paciente: <u>Estável</u>	
38. Condição do Paciente: <u>Estável</u>		39. Condição do Paciente: <u>Estável</u>	
39. Condição do Paciente: <u>Estável</u>		40. Condição do Paciente: <u>Estável</u>	
37. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: O Subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação Médica			
Ass. _____ DATA _____		Ass. _____ DATA _____	
40. Vias Aéreas: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não		41. Respiração: ☐ 1. Taquipnéia ☐ 2. Bradipnéia ☐ 3. Apnéia ☒ 4. Bradipnéia ☐ 5. Deficiência ☐ 6. Deficiência	

42. Circulação/Pulso: ☒ 1. Presente ☐ 2. Fino ☐ 3. Ausente ☐ 4. Cheio		43. Perfução Periférica: ☐ 1. 1º Segundo ☐ 2. 2º Segundo		44. Saturação O₂: 96													
45. Coloração da Pele: ☐ 1. Normocorado ☐ 2. Ictérico ☒ 3. Pálido ☐ 4. Cimose ☐ 5. Sudorese ☐ 6. Presença de Sangue ☐ 7. Outro			46. Escala de CINCINNATI ☐ 1. Deficit motor ☐ 2. Desvio Comissura Labial ☐ 3. Dificuldade da Fala ☐ 4. Outro														
47. Neurológico ☐ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☒ 4. Coma ☐ 5. Convulsão			48. Pupilas ☐ 1. Isocôria ☒ 2. Miíriase ☐ 3. Miose ☐ 4. Anisocôria														
49. Alergia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		50. Usa Medicamento: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não		51. Alguma Patologia: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não													
52. Oxigenioterapia: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não Qual? ☒ 1. Câmbio ☐ 2. Venturi 90% ☐ 3. CPAP ☐ 4. Másc. c/ Reservatório ☐ 5. Ventilação Mecânica Adaptação ☐ Bem ☐ Não ☐ 6. Outras Condutas																	
ESCALA GLASGOW		SCORE1: 3		SCORE2:													
53. Abertura Ocular ☐ 1. Espontânea (4) ☐ 2. A Voz (3) ☐ 3. A Dor (2) ☒ 4. Nenhuma (1)		54. Resposta Verbal ☐ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusas (4) ☐ 3. Palavras Inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras Incompletas (2) ☒ 5. Nenhuma (1)		55. Resposta Motora ☐ 1. Obedece a Comandos (6) ☐ 2. Localiza a Dor (5) ☐ 3. Movimento de Retirada (4) ☐ 4. Flexão Anormal (3) ☐ 5. Extensão Anormal (2) ☒ 6. Nenhuma													
56. SSVV <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>HORA</td><td></td></tr> <tr><td>PA</td><td>74/40</td></tr> <tr><td>FR</td><td></td></tr> <tr><td>FC</td><td>90</td></tr> <tr><td>HGT</td><td>92</td></tr> <tr><td>TEMP</td><td></td></tr> </table>				HORA		PA	74/40	FR		FC	90	HGT	92	TEMP		ADULTO  CRIANÇA 	
HORA																	
PA	74/40																
FR																	
FC	90																
HGT	92																
TEMP																	
57. Conduta: em Litado - Estima Cervical ☒ 2. Utilização de manobras ☐ 3. Limb. Membros																	
58. História Clínica Atual, Evolução e Conduta: Paciente com diagnóstico de pré-eclâmpsia, evoluindo com hipertensão arterial sistêmica, sendo tratada com medicação anti-hipertensiva. Apresenta sintomas de cefaleia e visão turvada. Em acompanhamento obstétrico.																	
OBSERVAÇÕES: Paciente em bom estado geral.																	
59. Evolução conduta Obstétrica 1. IG: _____ Semanas ☐ 2. Primípara ☐ 3. Multipara Quantos? _____ ☐ 4. Abortos Quantos? _____ ☐ 5. Contrações Intensidade das _____ 6. Hemorragia ☐ 7. presença Equid. Amniótica ☐ ☐ 8. Proteinúria ☐ 9. Perda Tampão Mucoso ☐ 10. Toxemia gravídica/Pre-eclâmpsia ☐ 11. ☐ ☐ 12. Síndrome de HELLP ☐ 13. ☐ OBSERVAÇÕES:																	



Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Comarca de Pedras de Fogo

Vara Única

Fórum “Juiz Manoel João da Silva”

Processo n.º: 0800425-09.2018.8.15.0571

Natureza: Ação de Cobrança

Autor (a): Dielson Lima dos Santos

Ré (u): Seguradora Líder dos Consórcio do Seguro DPVAT S/A

DESPACHO

1. Nos termos do art. 98, *caput*, do Código de Processo Civil vigente (CPC), e em observância ao Enunciado n.º 29 da Súmula do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba (TJ/PB), **DEFIRO**, por ora, o pedido de gratuidade da justiça e concedo à parte autora as isenções previstas no § 1º e seus incisos, do referido artigo de Lei;

2. Conforme comando do art. 334, *caput*, do CPC, **DESIGNO** Audiência de Conciliação, para o dia **26 de fevereiro de 2019, às 10h00**, na Sala de Audiências deste Fórum, devendo ser a parte ré **CITADA** pelos correios, com aviso de recebimento, devendo constar na Carta de Citação que: **i)** o não comparecimento injustificado da ré à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado da Paraíba; **ii)** a parte deve estar acompanhada por seus advogados ou defensores públicos; **iii)** a parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir, tudo conforme comando do art. 334, §§ 8º, 9º e 10, do CPC;

3. **INTIME-SE** o (a) autor (a), por seu advogado, pelo Sistema PJe, da audiência designada, ficando também intimado que: **i)** o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado da Paraíba; **ii)** a parte deve estar acompanhada por seus advogados ou defensores públicos; **iii)** a parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir, tudo conforme comando do art. 334, §§ 8º, 9º e 10, do CPC;

4. **PUBLIQUE-SE** este Despacho na forma do art. 205 § 3º, do CPC.

Pedras de Fogo/PB, data da validação no Sistema PJe.

HIGYNA JOSITA SIMÕES DE ALMEIDA

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO CUMULATIVA

Pelo Presente, intimo Vossa Excelência para comparecer, acompanhado de seu constituinte, à audiência de conciliação designada para o **dia 26 de fevereiro de 2019, às 10:00 horas**, na sala de audiências do fórum local.

Ficando também intimado que: i) o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado da Paraíba; ii) a parte deve estar acompanhada por seus advogados ou defensores públicos; iii) a parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir, tudo conforme comando do art. 334, §§ 8º, 9º e 10, do CPC;

ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE PEDRAS DE FOGO
ÚNICA SERVENTIA JUDICIAL

FÓRUM JUIZ JOÃO MANOEL DA SILVA
LOTEAMENTO GASPARINO RIBEIRO, Nº 17
CEP: 58328-000 – PEDRAS DE FOGO/PB
FONE/FAX: (81) 3635-1410

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Ação: Ação de Cobrança

Processo: 0800425-09.2018.815.0571

Promovente: DIELSON LIMA DOS SANTOS

Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DPVAT

Ilm^{o(a)} Sr^(a). Representante Legal,

De ordem do MM. Juíza de Direito em Substituição Cumulativa desta Comarca de Pedras de Fogo/PB, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, através desta, de todo conteúdo da petição inicial, podendo oferecer contestação por petição, nos termos do art. 335, I e II, do NCPC, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será da audiência de conciliação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houver autocomposição; do protocolo do pedido de cancelamento da audiência apresentado pelo réu, quando ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual e **INTIMADO(A)** para comparecer à audiência de **CONCILIAÇÃO**, designada para o **dia 26de FEVEREIROde 2019**, às **10:00horas** no fórum local, devendo está acompanhada de advogado ou defensor público, podendo também constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar, transigir, conforme art. 334, §§8º, 9º e 10 do CPC..

Fica Vossa Senhoria desde já advertido que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado, nos termos do art. 334, §8º do NCPC.

Caso não haja interesse na participação na citada audiência, o fato deverá ser comunicado nos autos, nos termos do art. 334, §5º do NCPC, por meio de petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Pedras de Fogo, 8 de outubro de 2018

Andrea Gondim A. Lima

Técnica Judiciária

Mat. 477.298-9

PARA VISUALIZAR A DOCUMENTO ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "**Número do documento**" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:18082414421495600000015752771