

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: SEVERINO DA COSTA BARBOSA, brasileiro, solteiro, pintor autônomo, portador do RG n.º 1.719.204 SSP/PB e do, CPF n.º 021.540.544-71, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Eng. Sergio Rubens de A Lima, n.º 1067, Cristo Redentor, João Pessoa/PB, CEP: 58071-440.

OUTORGADOS: Bel. **GERSON LUCIANO SANTOS NETTO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB 24614, CPF n.º 091.192.334-93, e-mail: com escritório profissional na Rua Professora Corina Maria Rabelo, n.º 280, José Américo, João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

João Pessoa/PB, 19 de Setembro de 2018.

Outorgante: 

Isento de reconhecimento de firma, face a Lei n.º 8.952, de 13/12/1994, que nova redação ao art. 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

SEVERINO DA COSTA BARBOSA, brasileiro, solteiro, pintor autônomo, portador do RG n.º 1.719.204 SSP/PB e do, CPF n.º 021.540.544-71, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Eng. Sergio Rubens de A Lima, nº 1067, Cristo Redentor, João Pessoa/PB, CEP: 58071-440. **DECLARA**, para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA**, nos termos da Lei n. 7.510, de 04 de julho de 1986, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da Lei, não dispondo de meios para prover as custas do processo da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso o presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

João Pessoa/PB, 19 de Setembro de 2018.

Declarante: x

Severino da Costa Barbosa





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

377023

REFERÊNCIA

SET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SEVERINO DA C BARBOSA

RUA ENG SERGIO RUBENS DE A LIMA, 1067 - CRISTO

REDENTOR JOAO PESSOA PB 58071- 440

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.019.395.0319.000		000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
			1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
181002956	14/06/2018	EXT LACR	LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3)			NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA				
29	41	12	33		10/10/2018		
DIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
AGO/2018	13	0	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUL/2018	18	9	TURBIDEZ		268	305	305
JUN/2018	0	0	CLORO		268	308	308
MAI/2018	0	0	COL.TERMOT		0	0	0
ABR/2018	0	0	COR		73	100	100
MAR/2018	3	13	COL.TOTAIS		268	308	308
MÉDIA(M)		14	DADOS REFERENTES A: JUL/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 10/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:48:23

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	2 M3	9,78
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	2 M3	7,82
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 03/10		76,52
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 08/2018		3,42
JUROS DE MORA 08/2018		0,34

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,94 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 21/09/2018 Total a Pagar: R\$ 166,12



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHO"



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
377023	SET/2018	21/09/2018	R\$ 166,12

82630000001 3 66120010001 3 00037702301 5 09201810003 9



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 03/10/2018 22:18:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18100322175209300000016552945

Número do documento: 18100322175209300000016552945



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01179.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01179.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 20 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Severino da Costa Barbosa**, CPF nº 021.540.544-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Maria da Costa Barbosa e Manoel Francisco Barbosa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/06/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Engenheiro Sérgio Rubens de Albuquerque, Nº 1067, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Colégio Augusto dos Anjos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98700-4671.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Senador Ruy Carneiro, Posto de Combustível e Capital Fiat, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/03/18 15:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante já qualificado acima, diz que no dia 07/03/2018, por volta das 15:50 horas, quando transitava na AV. Senador Ruy Carneiro, nesta Capital-PB, bairro de Manaíra; QUE segundo o notificante na ocasião estaria conduzindo um veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/150 FAN -ESDI, ano e modelo: 2013/2014, de cor vermelha, placa: OGE 6896/PB, chassi nº 9C2KC1680ER008158, registrado em nome do notificante; QUE segundo o notificante ao chegar na AV. acima citado e conduzia normalmente o seu veículo, quando um outro veículo de placa: KMD 6198/PB, não sabendo especificar a marca e modelo fez uma manobra errada saindo da esquerda para a direita e vindo a colidir com o notificante, que veio a cair ao chão; QUE o notificante foi socorrido SAMU, conforme declaração e socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão nº 0785/2018, datado de 24/05/2018, assinado pela médica: Rosângela M. Escorel Almeida CRM PB 3883. QUE não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 20 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


SEVERINO DA COSTA BARBOSA
Notificante

Procedimento Policial: 01179.01.2018.1.00.420

1/1





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/031, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2003600, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SEVERINO DA COSTA BARBOSA** idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto)** no dia 07/03/2018, na Av. Senador Ruy Carneiro, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 15:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREJ5º Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



SINISTRO 3180340044 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA SEVERINO DA COSTA BARBOSA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE****SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO SEVERINO DA COSTA BARBOSA****CPF/CNPJ:** 02154054471**Posição em 18-09-2018 11:00:29**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/09/2018	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50





CERTIDÃO

Nº. 0785/2018

Atendendo solicitação de **SEVERINO DA COSTA BARBOSA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial N°75818, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 07/03/2018 às 17h15min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/03/2018 com alta médica dia 08/03/2018. Retornou dia 11/04/2018 às 20h08min com ficha nº 119224, apresentando necrose de 5º dedo da mão esquerda onde foi realizado amputação.

E para constar eu, Rossana de Fatima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de maio de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 108980

Atd: Nao Regu

Data: 07/03/2018

Hora: 17:15:17

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

CNS: 898001203848309 Sexo: M CNH: 1719204 Fone: 987004671

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1975 Id: 42 ano(s)

End.: RUA ENGENHEIRO SERGIO RUBENS DE ALBUQUERQUE, 1067

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA COSTA BORBOSA

Pai: MANOEL FRANCISCO BARBOSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Tel/Doc. Responsavel: 987004671 / OUTROS: 1719204

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO NA RUY CARNEIRO

Vitima de violencia por: HA + OU - 13:50HRS CONDUTOR MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

CO: AO CARRO MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 119224

Atd: Nao Regulad

Data: 11/04/2018

Hora: 20:08:11

Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Nome: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Num. Prontuario: 2018.03.000986

CNS: 898001203848309 Sexo: M CNH: 1719204 Fone: 987004671

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1975 Id: 43 ano(s)

End.: RUA ENGENHEIRO SERGIO RUBENS DE ALBUQUERQUE, 1067

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA COSTA BORBOSA

Pai: MANOEL FRANCISCO BARBOSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Tel/Doc. Responsavel: 987004671 / OUTROS: 1719204

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem

[] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado

[] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia

[] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia

[] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular

[] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

APRESENTANDO NECROSE EM 5º DEDO DA MAO
ESQUERDA. RETORNO PARA DR. PEDRO THIAGO

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

Neuro de F3 5Q15
C.O. Amputados cir

Diagnostico

[] Conduta

Prescricao

Horario da Consulta

Dr. Pedro Thiago
Traumato-Ortopedia
CRM 13121 TEOT 1538





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>Severino do Carmo Soares</i>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE:	SEXO: <i>M</i>	CUR:	CLÍNICA
DATA DE ADMISSÃO: <i>01/05/12</i>		DATA DE ALTA: <i>01/05/12</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Inf. exp. 2015-905</i>		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Inf. exp. 2015-905</i>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Exame físico - normal</i>			
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES)			
<i>Paciente evoluiu bem após procedimento com anestesia local.</i>			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA:			
REPOUSO: Relativo em casa por <i>04</i> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>30</i> dias e com esforço maior em <i>30</i> dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>			
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Seguir receita.</i>			
RETORNO Ao posto de saúde em <i>01/05/12</i> para retirada de pontos.			
Ao Ambulatório do <i>Dr. P. P. Neto</i> em <i>30 dias</i> para revisão.			
DATA			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar			
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO			
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Servílio do Costa Barbosa</i>				Registro:	
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Pedro Triop</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>hacuf.</i>	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>frat. exposta do 3º e 5º QDS.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>osteossintese com fio K.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não					Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua An. Fiscal José Costa Duarte S/N CEP 58056-384 Mangabeira II João Pessoa - PR



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
	- DDH rob anest. loc.
	- Anestesia + antiespasm.
	- Lavagem extensa cl St 99%.
	- Fixação com fio K 1mm
Incisão:	- Sutura do feto ungueal com nylon-4
	- Sutura de pele
	- Alta pl ambulatório
Achados:	
Conduta:	
Fechamento:	
OBS:	

Dr. Pedro Thiago
CRM 23.122

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Serviuco da C. Bentes Data da Admissão: 07.03.18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 1/1 _____
QPD: Secreto em 3 e 5º QDS
HDA: Insônia de um tipo leve com paroxismo em 3/5º QDS.
EF: E6K, VOTB, AAA, G: 15.
HD: Insot. exposta 3 e 5º QDS.
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudore
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náusea
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidad
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Serecio do Costa Barbosa

Lupo Médico

Paciente com amputação
parcial traumática do 3º
QDE e 5º QDE. Em P.O (15 dias)

Em uso de imobilizações e
incapacitado ao uso da mesa

CSO } S68.2

21/3/18

Dr. Pedro Thiago
Assinatura e Carimbo



5

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Severino da Costa Barbosa

Laudo Médico

*Paciente teve amputação
traumática (parcial) do 5º dedo
há 40 dias que adquire con-
dição muito subjetiva a
amputação do 5º do 5º em
11/4/18.*

CSP } 598.1

11/4/18

Assinatura e Carimbo

Dr. Pedro Thiago
Traumato - Ortopedista
CRM 23122 - EOT 16256

