

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 000.511.909



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIO GONCALO PESSOA
SIT CORDEIRO I S/N
ITAPOROROCA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/424816-7

REFERÊNCIA

FEV/2017

APRESENTAÇÃO

09/02/2017

CONSUMO

71

VENCIMENTO

16/02/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 37,77

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

CLAUDIO GONCALO PESSOA

Roteiro: 07-017-477-2150
83610000000-6 37770054000-0 04248162017-9 02500170019-1



VENCIMENTO

16/02/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 37,77

MATRÍCULA

424816-2017-02-5



Assinado eletronicamente por: Bruno Kléberson de Siqueira Ferreira - 09/03/2017 23:24:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1703092319217690000006771425>

Número do documento: 1703092319217690000006771425

Num. 6903575 - Pág. 1

PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA¹, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no R.G. sob o nº 4.101.187 SSDS/PB e no C.P.F./M.F. sob o nº 703.177.444-61, residente e domiciliado no Sítio Cordeiro, s/n, Zona Rural, Município de Itapororoca/PB, C.E.P. nº 58.275-000.

OUTORGADO: BRUNNO KLÉBERSON DE SIQUEIRA FERREIRA, brasileiro, casado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 16.266/PB, com endereço localizado na Rua Napoleão Laureano, nº 559, 1.º andar, Bairro Novo, Guarabira/PB, C.E.P. 58.200-000, e endereço eletrônico constante no rodapé desta procuração.

PODERES: Representação do(a) Outorgante, judicial e extrajudicialmente, junto a todo e qualquer juízo ou tribunal, entidade pública ou particular, defendendo os interesses do(a) Outorgante em todo e qualquer processo judicial físico ou eletrônico no qual o(a) mesmo(a) figure na qualidade de autor(a), réu(é) ou interessado(a), podendo o Outorgado, para tanto, exercer os poderes gerais que a cláusula *ad judicia* lhe transfere e os seguintes poderes especiais: desistir, celebrar acordo, dar quitação, receber, transigir, firmar compromisso, representar o(a) Outorgante junto às repartições públicas e privadas, inclusive para fins de obter documentos, recorrer para qualquer instância ou tribunal e substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Dando tudo por bom, firme e valioso.

Itapororoca/PB, 30 de junho de 2016.

josé alton de mourais pessoa
JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

¹ Cliente 57

Rua Napoleão Laureano, nº 559, 1.º andar, Bairro Novo, Guarabira/PB. Tel: (83) 98707-2920.

E-mail: brunnoklebersonadv@hotmail.com. Web: <http://www.brunnosiqueira.jur.adv.br>



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 10/12/2007
MATRIZ			
NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - SOCIEDADE ANÔNIMA FECHADA			
LOGRADOURO R SENADOR DANTAS	NÚMERO 74	COMPLEMENTO 5,6,9,14 E 15 ANDA RES	
CEP 20.031-205	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO	UF RJ
ENDEREÇO ELETRÔNICO CONTABILIDADE@SEGURADORALIDER.COM.BR	TELEFONE (21) 3861-4600		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007		
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****		

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.470, de 30 de maio de 2014.

Emitido no dia **27/01/2016** às **01:08:17** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

Consulta QSA / Capital Social

Voltar



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO		NQH2732
CARLOS ALBERTO	2016	Imprimir Consulta
NQH2732		Último Licenciamento: 2016
		Proprietário: CARLOS ALBERTO
		Placa: NQH2732
		Combustível: GASOLINA
		Modelo: HONDA/BIZ 125 MAIS
		Fabricação: 2007
		Ano Modelo: 2007
		Cor Predominante: AMARELA
		Observação:
		Restrição:
		Financiada:
		Município: ITAIPOROROCA
		Situação: EM CIRCULAÇÃO
		Data da Consulta: 18/08/2016
ITAIPOROROCA	18/08/2016	



Assinado eletronicamente por: Bruno Kléberson de Siqueira Ferreira - 09/03/2017 23:24:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1703092320044700000006771428>
Número do documento: 1703092320044700000006771428

Num. 6903578 - Pág. 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016

Ocorrência nº. 221/2016



Aos cinco dias de julho de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de Itapororoca/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **RANIELLE VASCONCELOS CABRAL**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA, conhecido por AILTON, Identidade nº 4.101187-SSP/PB, CPF nº 703.177.444-41, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: agricultor(a), filho(a) de Cláudio Gonçalo Pessoa e Ana Cristina Santos de Moura, natural de Mamanguape /PB, nascido(a) em 18/10/1994, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cordeiro nº , bairro Z. rural - Itapororoca/PB, tendo como ponto de referência: na cidade de Itapororoca/PB, fone(s) para contato: (83)- 987860181.

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 TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 05 de JUNHO de 2016;
- 3) HORÁRIO: 20 h:00min;
- 4) LOCAL: Pb 057 Próximo ao Posto santo Anjo nº , bairro Z. Rural - Itapororoca/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Trauma em João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM ;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM ;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? Sim

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA BIZ 125, MAIS, ANO E MODELO 2007, PLACA NQH 2732/PB, CHASSI 9C2JA04307R007647, LICENCIADA EM NOME DE EDNELZA DE CASSIA SILVA DE ARAUJO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

Não

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Cita o declarante que no dia e hora acima, conduzia o veículo já citado e que ao passar nas proximidades do posto Santo anjo, uma animal (cachorro) passou em sua frente e que o declarante não teve ação de defesa, vindo a colidir com o animal, sofrendo uma queda; Que após o acidente o declarante foi socorrido para o Hospital de Trauma em João Pessoa, onde foi submetido a tratamento cirúrgico no membro inferior direito; Que segue sob orientações médicas até o dia de hoje, segue laudo do Hospital em anexo

9) OBSERVAÇÕES:

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

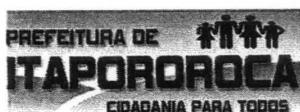
JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

Comunicante



Rua Castelo Branco, 08 Centro - Itapororoca - PB - Cep. 58.275-000 - Fone: 32041077





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU-SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. José Ailton de Mourais Pessoa, residente no Sítio Cordeiro, Itapororoca, foi socorrido pelo SAMU-Itapororoca/PB no dia 05/06/2016 as 20h00min, decorrente de uma queda de moto na PB 057. O mesmo foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena João Pessoa - PB.

Itapororoca, 16 de setembro de 2016

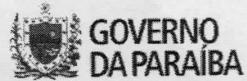
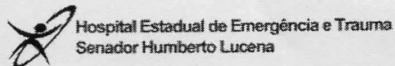
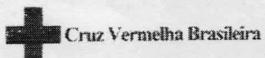
Raphaela S. C. de Almeida
Enfermeira
COREN-PB 222.479

Raphaela Santos Carneiro de Almeida

Coordenadora SAMU Itapororoca/PB



TX



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

Boletim de Atendimento: 925116



Identificação do paciente

ID 1045229	Nome JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/10/1994	Idade 21 anos 7 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANA CRISTINA SANTOS DE MOURAIS	Pai			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANA CLAUDIA DE MOURAIS PESSOA - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 999426966			DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 4101187	Nº Cns 160532905650007	
Local de procedência ITAPOROROCA			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade MAMANGUAPE			CBO/R

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número SN	Complemento	Bairro	

Admissão

Data e Hora 05/06/2016 22:35:23	Número da pulseira 1000004673674	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

diagnos 13/06 Dej JSS/ob		CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA		Tempo 02min 09seg

Imprimir

05/06/2016 22:36

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTU

1000004673674 BE.: 925116
JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA
DT. NASC.: 18/10/1994
MRE: ANA CRISTINA SANTOS DE MOURAIS



NOME DO PACIENTE:

END.:

N. SN -

1000004673674

BE.: 925116

JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

DT. NASC.: 18/10/1994

MRE: ANA CRISTINA SANTOS DE MOURAIS

L

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 Lacerção 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: Simetria: Isocôricas Tamanho: Midriase

Anisocôricas Miose

Sistema Respiratório:

Ventilação invasiva Ventilação espontânea Vias aéreas périvas

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 Perfusion tissular satisfatória

Taquicardia Bradicardia Perfusion tissular comprometida

Palidez Outros:

Sistema Digestório:

HDA Uso de SNG Vômitos Dor à palpação superficial

HDB Corpo estranho Dor à palpação profunda

Outros: Rrigidez abdominal Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

Disúria Hematuria 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:

05/06/16 Paciente deu entrada neste nosso último de acidente de moto no momento consciente e orientado, encaminhado ao CDZ.

DESTINO:

ENFERMEIRO: *Luiz*

COREN:

124615

F(NG).ENF.022-1



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	DATA:
PROCEDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia TIPO DE ACIDENTE: <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros: TIPO DE LESÃO: <input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encravado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros: LOCAL DA LESÃO: <input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros: DADOS CLÍNICOS (sintomas) DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / / EXAME FÍSICO PA: ____ / ____ mmhg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____ Sistema Neurológico: Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Avaliação das pupilas: Simetria: <input type="checkbox"/> Isocôricas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> Miose Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas périvas <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas Sistema Circulatório: <input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros: Sistema Digestório: <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros: <input type="checkbox"/> Rígidez abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal Sistema Genito-urinário: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros: HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias <input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Outros: Especificar: USO DE MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar: HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: DESTINO: ENFERMEIRO: COREN: 			



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

Primeiro Atendimento Médico

1000004673674 BE.: 925116
JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA
DT. NASC.: 18/10/1994
MRE: ANA CRISTINA SANTOS DE MOURAIS

END.:
N. SN -

FONE: ()
CELULAR: (63) 999426966
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de queda de motocicleta em via pública. Traído pelo SAMU. Negativo.
Presença de concussão em crânio (X).
Pulsos distais presentes fértil.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS Périvas () Obstruídas
EAS ()

CERVICAL IMOBILIZADA: (X) Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA (X) Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA (X) Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD	() Presente e normal	HTE	() Presente e normal
() Rude	() Rude	() Diminuído	() Diminuído
() Diminuído	() Ausente	() Ausente	() Ausente

2 - RUIDOS

() sim	HTD	Roncos	HTE	Roncos
() Não	Sibilos	Sibilos	Estertores	Estertores

DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas (X) Fotorreageente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow: 15

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

(X) Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

(X) Normal () Quente () Fria
(X) Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

PULSO

AUSCUTA CARDÍACA

(X) Regular () Irregular () Ausente

RÍTMO

(X) Normatonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente

BULHAS

() Presente () Ausente

SOPRO

() Sim () Não

BE OU B4

FC: ____ bpm PA: ____ X mmHg T: ____ °C

ECG:

ABDOMEN: Flácido, indolor

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: Bruno Kléberson de Siqueira Ferreira - 09/03/2017 23:24:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1703092321151670000006771435

Número do documento: 1703092321151670000006771435

Num. 6903585 - Pág. 1

EXAME SECUNDÁRIO
ALERGIA:
 Não Sim: _____

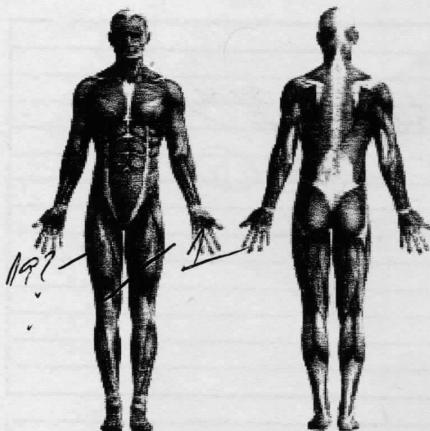
MEDICAMENTOS:
 Não Sim: _____

IMUNIZAÇÃO
 Não Sim: _____

PATOLOGIA
 Não Sim: _____

ALIMENTOS INGERIDOS:
 Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

 Identifique o local com o número
correspondente ao lado


- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Lacerção |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:
QUEIMADURA:

 Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias | <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) | <input type="checkbox"/> Gasometria arterial |
| <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada | <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA/CARIMBO
1	<i>CP torax, rotul, coxa, perna</i>		<i>Dr. Igor Nunes CRM-PE-5858-PB</i>
2			
3			
4			
5	<i>Alta de cir. card.</i>	<i>Dr. Igor Nunes Médico CRM 5858-PB</i>	
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

 Solicito parecer da OBTO / às : do dia / / /
 Solicito parecer da _____ / às : do dia / / /

DESTINO DO PACIENTE
 Centro cirúrgico

 Transferência (unidade de saúde) _____

 Internado (setor) _____

DATA

DA _____ / _____ / _____

SAÍDA

SAÍDA _____ : _____

() Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revalia () Desistência

() Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



1000004673874 BE.: 925116
JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA
DT. NASC.: 18/10/1994
MRE: ANA CRISTINA SANTOS DE MOURAIS

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

FONE: ()
CELULAR: (83) 999426966
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
05/06/16	16	# <u>Autópsia</u>
		Paciente faleceu de acidente de moto. Com queixa de dor em M16.
		Exame: M16 suspenso, pleura encurvada e viscido líquido. Líquido em pleura. ADM preservada. M16 com queixas de alterações.
		Exame neuromuscular preservado. MM 99 com ADM preservados. Presença de fibras em cinturão (1). Exame neuromuscular preservado.
		Conclusão: Relato radiográfico.
		Jéssyka Emilia F. Andrade Médica CRM 10045/PB
06/06/16	12:50	# <u>Óbito de 06/06/16</u> # Fratura do fêmur e tíbia. Fraturas do trânsito ósseo e quebra de ossos. # Fraturas Anatomia profléptica Soclado de fratura de fêmur e tíbia Porção do cinturão ósseo deslocada Cinturão Dr. Francisco Túlio CRM 0634

F(NG).ENF.018-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



F(G) ENF.018-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Antônio L. Mavas Pessoa BE/Prontuário: 925116
 Idade: 21 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 13/06/2016
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: 16 LR: 02
 Cirurgia: Rotinuburgia (fístula diphórica para o fêmur)
 Cirurgião: Dr. L. L. Lobo 1º Assistente: Dr. J. G. Guedes
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Neto Leite
 Tipo de Anestesia: Dopar Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fístula contínua expurgo do fístula para- mial do fêmur direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Rotinuburgia (fístula diphórica à fêmur)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Ricardo Barros Cardoso
Ortopedia
CRM-PP 391

João Pessoa, 13/06/2016

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Posição em decúbito dorsal, em corpo comum contíguo, sob rotação lateral
 ② Acessos e abertura de VCD e tecido blástico, PVA, SRL e ósseo do joelho
 ③ Ressecção e reseção do córneo operatório
 ④ Fecho do acesso patelar, por par, no seu nível proximal

Incisão:

- ⑤ Fecho lento
 ⑥ Abertura por planos da camada de proteína e pele
 ⑦ Reparo da pele
 ⑧ Fecho dos tecidos periféricos

Encaixos:

- ⑨ Fissura (de formação de estrutura óssea de friso articular)
 ⑩ Ressecção de tecido ósseo para 2,5 mm de calcanhar
 e nível do rebordo
 ⑪ Colocação de parafusos distais de 8 mm no calcanhar

Conduta:

- ⑫ Colocação de placa 135 tubular de 12 mm e parafuso
 ⑬ Parafusos de calcanhar de 9,5 mm
 ⑭ Colocação de placa distal, contínua para
 ⑮ Coxofemoral de nível ósseo
 ⑯ Fixação óssea simples
 ⑰ Colocação de ferimento (côncavo) operatório / 5 POFI
 ⑱ Sutura no nível de ferimento cirúrgico
 ⑲ Cierre

Fechamento:

Observação:

Tutucos e ferimentos. Vide folha de evolução
 Nega.

Dr. Ricardo Barros Cardoso
 Ortopedia
 CRM-PB 3974

Médico/CRM:

João Pessoa, 13/06/2016

F(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA



CJ

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

925116

		DATA: <u>13/06/2016</u>	PRONTUÁRIO: <u>925116</u>	
PACIENTE: <u>JOSE AILTON DE MOURA</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>BR</u>	IDADE: <u>57</u>
PRESSÃO ARTERIAL: <u>120/80</u>		PULSO: <u>80/min</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA: <u>36,5</u>
ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> COM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/> COM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		PESSOAL: <u>REGULAR</u>
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE / HORA			ESTADO FÍSICO (ASA)	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRICO: <u>FRATURA DO FEMUR PROXIMAL DIREITO</u>				
CIRURGIA REALIZADA: <u>TRATAMENTO CIRÚRGICO</u>				
CIRURGIA: <u>D. RICARDO FRANCISCO</u>		AUXILIARES: <u>D. FRANCISCO</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>07:50</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>10:50</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>03 HORAS</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ESTÉSISTA: <u>Netoleite</u>		<u>PPG</u>	CRM-PB: <u>2584</u>	
AGENTESESP: <u>+ EVERTON / RA</u>				
O ₂ N ₂ O				
LÍQUIDOS VENOSOS				
● PULSO O ● CÓDIGOS CIRURGIA X ANESTESIA ● PERTERIALISISTÓICA V DIASTÓLICA A ● TORACOSIS ● PERTERIALISISTÓICA V DIASTÓLICA A ● ANOTAÇÕES				
TÉCNICA: <u>ORADRESANESTÉSIA</u> LIQUIDOS: Volume em ml: <u>1250</u> MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO: GLICOSE: <u>NEOGLACAL 1500</u> 11 NACL: <u>LEFACORT 0,27</u> 12 SANGUE: <u>TENOXICAL 100</u> 13 RINGER: <u>DETAH 100</u> 14 TOTAL: <u>HIDROCOR 1000</u> 15 DESTINO DO PACIENTE: <u>6 NOVO BUPI - 05/06/17</u> 16 APT: <input type="checkbox"/> ENFERMARIA: <u>7 NOVIDADE 11/06/17</u> 17 UTI: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA: <u>8</u> 18 Médico - CRM: <u>Netoleite Fernandes de Araújo 2584</u> 19 OUTROS: <u>9</u> 20 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: <u>10</u>				
Netoleite Fernandes de Araújo CRM: 2584 Assinatura do Anestesiologista: <u>Netoleite Fernandes de Araújo CRM: 2584</u> ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>Netoleite Fernandes de Araújo CRM: 2584</u> F.(NG).ASCIR.026-1				



FICHA DE ANESTESIA

DATA: / /

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:		SEXO:	COR:	IDADE:	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO () 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					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO	AUXILIARES				
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$		
ANESTESISTA	CPF		CRM-PB		

AGENTE/HORA			
O 3 N 2 0	CHECAGEM DE ENFERMAGEM NA HEMOTRANSFUSÃO		
LIQUIDOS VENOSOS	HOSPITAL DE TRAUMA/CRUZ VERMELHA CNPJ: 07.345.851/0003-37		
PULSO	COMP	HORA INICIO	HORA TERM
● CÓDIGOS CIRURGIA	SSVV 10min APÓS INÍCIO DA INFUSÃO	PA	RESP
X ANESTESIA P. ARTERIAL SISTÓLICA V DIASTÓLICA	DATA	ml GS	
RETORNAÇÃO	ANOTAÇÕES		

ANESTESIA	ANALGÉSICO	TRANQUILIZANTE	EPIDURAL	BLOQ.PLEXO	BLOQ.NERVOS	OUTROS
CHECAGEM DE ENFERMAGEM NA HEMOTRANSFUSÃO						
HOSPITAL DE TRAUMA/CRUZ VERMELHA						
CNPJ: 07.345.851/0003-37						
LÍQUIDOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
GLICOSE	COMP	ml GS	11 HOSPITAL DE TRAUMA/CRUZ VERMELHA			
NACL	HORA INIC.	HORA TERM	12 CNPJ 08 778 268/0037 71			
SANGUE	SSVV 10min	APÓS INÍCIO DA INFUSÃO	13 EN 395			
RINGER	PA	T P	14 60525048515 ml GS			
TOTAL	DATA	RESP	15 DOX62 362			
DESTINO DO PACIENTE	6		16 35V 10 366 P 81			
<input type="checkbox"/> APT ^o	<input type="checkbox"/> ENFERMAGEM	7	17 13106116 RESP. 10 96			
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> ENFERMAGEM	8	18			
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ENFERMAGEM	9	19			
OBSERVAÇÕES INFORMATIVAS						
CNPJ 08 778 268/0037 71						
HOSPITAL DE TRAUMA/CRUZ VERMELHA						
CHECAGEM DE ENFERMAGEM NA HEMOTRANSFUSÃO						
HOSPITAL DE TRAUMA/CRUZ VERMELHA						
CNPJ: 07.345.851/0003-37						
COMP ml GS						
HORA INIC. HORA TERM						
SSVV 10min APÓS INÍCIO DA INFUSÃO						
PA T P						
DATA / / RESP F.(NG) ASCIR 026-1						



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: <i>Jose Gelson de Moraes Lemos</i>		DATA: <i>20/03/2016</i>		PROMOTOR: <i>ENFERMAGA</i>		LEITO: <i>8</i>	
IDADE: <i>20</i>		CIRURGIA: <i>Intervenção de rotura de fêmur proximal direito</i>		CIRURGIA: <i>Intervenção de rotura de fêmur proximal direito</i>		CIRURGIA: <i>Intervenção de rotura de fêmur proximal direito</i>	
CIRURGIA: <i>Intervenção de rotura de fêmur proximal direito</i>		CIRURGIA: <i>Intervenção de rotura de fêmur proximal direito</i>		CIRURGIA: <i>Intervenção de rotura de fêmur proximal direito</i>		CIRURGIA: <i>Intervenção de rotura de fêmur proximal direito</i>	
ANESTESIA: <i>Alucetone + Ropivacaine</i>		ANESTESIA: <i>Alucetone + Ropivacaine</i>		ANESTESIA: <i>Alucetone + Ropivacaine</i>		ANESTESIA: <i>Alucetone + Ropivacaine</i>	
ANESTESISTA: <i>En Mello Leste</i>		ANESTESISTA: <i>En Mello Leste</i>		ANESTESISTA: <i>En Mello Leste</i>		ANESTESISTA: <i>En Mello Leste</i>	
INSTRUMENTADOR: <i>Joséneide</i>		INSTRUMENTADOR: <i>Joséneide</i>		INSTRUMENTADOR: <i>Joséneide</i>		INSTRUMENTADOR: <i>Joséneide</i>	
DATA: <i>20/03/2016</i>		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: <i>7:45</i>		CIRURGIA: INÍCIO: <i>8:50</i>		FIM: <i>10:50</i>	
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.
ALFENTANILA		<i>500 ml</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	JELCO Nº18	<i>01</i>	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA		<i>500 ml</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	<i>01</i>
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70% <i>ml</i>	<i>200</i>	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVP DEGERMANTE <i>ml</i>	<i>200</i>	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	<input checked="" type="checkbox"/>
FLUMAZENIL		PVP TINTURA <i>ml</i>	<i>200</i>	LÂMINA BISTURI Nº24	<i>04</i>	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVP TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	<i>20</i>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	<i>20</i>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 25X07	<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	<i>20</i>	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	<i>1</i>	FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	<i>1</i>	FITA CARDIÁCA	
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	<i>50</i>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUÍ Nº25G	<i>1</i>	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML	<i>06</i>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	<i>06</i>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES		QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA			CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO	<i>01</i>	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROFINA			CATETER EMBOLÉT ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA			CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		<i>02</i>	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA <i>DC D45/DCS</i>	
DEXAMETASONA		<i>02</i>	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		<i>DC D45/DCS</i>	<i>04</i>
DIPIRONA SÓDICA			CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	<i>28-0</i>
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	<i>32-0</i>
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS <i>nd 50</i>	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	<i>30-0</i>
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	<i>36-0</i>
GLUCONATO DE CALCIO			DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	<i>38-0</i>
HIDROCORTISONA		<i>01</i>	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	<i>40-0</i>
LIDOCÁINA GELÉIA			ELETRODOS	<i>05</i>	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA <i>135 C/ 2 seringas</i>	<i>01</i>
ONDASENTRONA			EQUIPO MACROGOTAS	<i>02</i>	TUBO SILICONE (LATEX)	<i>180</i>	<i>para corte</i>
PLASIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE			PLACA <i>135 C/ 2 seringas</i>	<i>01</i>
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			PLACA <i>135 C/ 2 seringas</i>	<i>01</i>
PROTAMINA			ESPONJA DE PVP	<i>08</i>	FIOS	EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN			ESPARADRATO		QTD.	() ASPIRADOR	
			GAZES <i>pct</i>	<i>20</i>		<input checked="" type="checkbox"/> BISTURI ELÉTRICO	
			GAZES ALGODOADAS			() CAPNÓGRAFO	
			GEL ELETROLÍTICO			<input checked="" type="checkbox"/> CÁRDIOMONITOR	
			JELCO Nº14			() DESFIBRILADOR	
			JELCO Nº16			() FOCO AUXILIAR	
			Gato/lobo <i>10</i>			<input checked="" type="checkbox"/> FOCO CENTRAL	
			agulha de plástico <i>100-01</i>			() MICROSCOPIO	
						() OXÍMETRO DE PULSO	
						() P.A. INTRA/NAO INVASIVA	
						() PERFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	
						CIRCULANTE	
						<i>Daniela Mereles</i>	
						<i>255146 PB</i>	
F(NG) ASCIR.021-2							

Nome: <i>325 Aran pumir pussot</i>		N de BE:			
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:	
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:		
Diagnóstico de Internação:					
Diagnóstico Definitivo: <i>Px oíressa fôrum D</i>					
Diagnóstico Secundário:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Dn. Ricardo + Dn. Francisco Ivan / 6/06/11</i>					
Biópsias:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim() não()					
Resultado bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Perf sumato à pro contrato os px oíress or fôrum, urinário bon, sem evolu, F-O: limpa.</i>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: _____					
Reposo:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: 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 o Htop.					
Medicações para casa: <i>D ceftriaxona + fum + flunid + mofetil</i>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. <i>Dr. Matheus</i> Ao ambulatório <i>ATDP. 15/03/2011</i> em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <i>15 de 06 de 11</i> _____					
Ass. Médico/CRM _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA
DATA DE NASCIMENTO	18/10/94
NOME DA MÃE	ANA CRISTINA SANTOS DE MOURAIS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	95.622
BOLETIM DE ENTRADA N.º	925.116
DATA DO ATENDIMENTO	05/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	22:35
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO
CID 10	S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, nega trauma na cabeça. Apresenta trauma em coxa direita com dor e deformidade local. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Pupilas fotorreagentes e isocóricas. Presença de fratura cominutiva espiroidal da diáfise do fêmur esquerdo. Internação para cirurgia. Operado e evoluiu sem intercorrências.

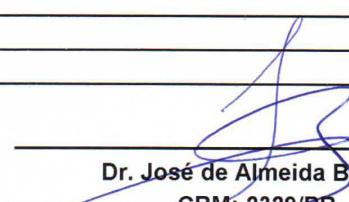
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita AP/P

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	15/06/16
DATA DA EMISSÃO:	16/02/17


Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30300118 - AC ITAPOROROCA

ITAPOROROCA - PB
CNPJ....: 34028316368801 Tel.:-
Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 208056295
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 08/11/2016 Hora.....: 15:05:29
Caixa.....: 78202566 Matricula..: 84788089
Lancamento.: 007 Atendimento: 00002
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1221052384

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGUR DPVAT	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...: 21,75		
CNPJ/CPF Remet : 70317744461		
Nome Remetente.: JOSE AILTON DE MOURAIS PES		
Cont. Nome....: SDA		
Endereco Remet.: SITIO CORDEIRO,0 - ZONA R		
Cont Endereco.: URAL		
Cep Remetente..: 58275-000		
Cidade Remet...: ITAPOROROCA		
UF Remet.....: PB		
SEDEX DPVAT ESPELHO	1	35,52+
Valor do Porte(R\$)...: 35,52		
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (KG).....: 0,058		
Peso Tarifado:.....: 0,058		
OBJETO.....: DJ490816475BR		

Obj Postado após horário 1im post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 57,27

Valor Declarado nao solicitado(R\$)

No caso de objeto com valor, faça seguro, declarando o valor do objeto.

A FATARAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentacao de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderao sofrer variacoes de acordo com as clausulas contratuais

Nome: RG:

Ass. Responsavel.....

Obj Postado após horário 1im post ag. DH (Depois da Hora)

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 30030100
Demais Localidades: 08007257282 Sugestões e
Reclamações: 08007250100-www.correios.com.br

VIA-CLIENTE

SARA 7.6.02



(/)

[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages
/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages
/Atalhos-
COMO PEDIR INDENIZAÇÃO
de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-
COMO PEDIR INDENIZAÇÃO
de-Teclado.aspx)

Documentos Despesas

Médicas

[\(/Pages
/Documentacao-
Despesas-
Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-
Despesas-
Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente

[\(/Pages
/Documentacao-
Invalidez-
Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-
Invalidez-
Permanente.aspx)

Documento Morte

[\(/Pages
/Documentacao-
Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-
Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

[\(/Pages/Dicas-
Indispensaveis-
Para-Pedir-
a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-
Indispensaveis-
Para-Pedir-
a-Indenizacao.aspx)[Nova Consulta](#)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação



Assinado eletronicamente por: Bruno Kléberson de Siqueira Ferreira - 09/03/2017 23:24:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17030923225762700000006771445>
Número do documento: 17030923225762700000006771445

28/12/2016 12:12

Num. 6903595 - Pág. 1

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Declaração de Inexistência de Vitima Pendente
IML

Documentação médica- Vitima Não hospitalar Conforme

Laudo do IML - Lesões Vitima Pendente corporais

Autorização de pagamento Beneficiário Não Conforme
JOSE
AILTON
DE
MOURAIS
PESSOA

Comprovante de residência Beneficiário Pendente
JOSE
AILTON
DE
MOURAIS
PESSOA



PAGUE SEGURO

VÍTIMA JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA
CPF/CNPJ: 70317744461

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3160727248 - Resultado de consulta por beneficiário

Posição em 09-03-2017 22:15:20

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de Inexistência de IML	Vítima	Pendente	
Documentação médica-hospitalar	Vítima	Não Conforme	
Laudo do IML - Lesões corporais	Vítima	Pendente	
Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA



PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA

COMARCA DE MAMANGUAPE - 3^a VARA MISTA

Fórum Des. Miguel Levino, Av. Presidente Kennedy, s/n.^o CEP 58280-000

Processo nº 0800286-44.2017.8.15.0231

AUTOR: JOSE AILTON DE MOURAIS PESSOA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO:

Este despacho/decisão serve como carta/notificação/intimação/precatória/ofício, nos termos do Provimento CGJ nº 08/2014

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98 do CPC.

Considerando que, a exemplo de outros casos desta natureza, a seguradora promovida só permite proposta de acordo após ter contestado a ação, oportunidade em que analisa a situação administrativa do autor, e com realização de perícia judicial, entendo contraproducente a designação de audiência conciliatória do art. 334 do CPC neste momento.

Com vistas à celeridade e economia processual, CITE-SE a promovida para responder à ação, no prazo de 15 (quinze) dias, ocasião em que poderá apresentar tudo o que interesse a sua defesa, além de preliminares, reconvenção, incompetência relativa, incorreção do valor da causa e indevida concessão de justiça gratuita.

Cumpra-se.

Mamanguape, 7 de agosto de 2017



Assinado eletronicamente por: ELZA BEZERRA DA SILVA PEDROSA - 21/08/2017 13:20:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082113202391100000008865586>
Número do documento: 17082113202391100000008865586

Num. 9058707 - Pág. 1

Juiz(a) de Direito

Endereço da diligência:

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, andares 5, 6, 9, 14 e 15, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205



Assinado eletronicamente por: ELZA BEZERRA DA SILVA PEDROSA - 21/08/2017 13:20:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082113202391100000008865586>
Número do documento: 17082113202391100000008865586

Num. 9058707 - Pág. 2