

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

CONTRATANTE: ADRIANA SANTOS DE SOUZA, brasileira, casada, portadora do RG n.^o 3.663.964 SSP/PB e do CPF n^o 892.508.854-15, residente e domiciliada na Rua Projetada, n^o 101-A, Loteamento Sol Nascente, Tibiri, Santa Rita/PB. Constitui e nomeia os Drs. WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB 6846 e o Dr. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB 9949, como seus procuradores, podendo ser intimados na Rua Doutor Severino Guimarães n^o 301, Mangabeira II, João Pessoa, Estado da Paraíba, onde receberão as intimações e notificações de praxe; ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula “ad Judicia”, art. 38 parte final do CPC, especialmente para ajuizar Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT, junto a VARA CIVEL DA COMARCA DE SANTA RITA, ESTADO DE PARAÍBA. Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor e firmar acordos entre as partes, receber intimações, transigir, apresentar réplica, oposições, receber valores e dar quitação, receber alvarás judiciais junto aos cartórios das serventias judiciais, apresentar recurso e contra razões junto ao Tribunal de Justiça, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo acompanhar todo processo até o final do julgamento e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

João Pessoa/PB, em 09 de outubro de 2015.

Outorgante: Adriana Santos de Souza..

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 POBREZA

**ADRIANA SANTOS DE SOUZA, brasileira, portadora do RG nº 3.663.964 SSP/SP e
do CPF nº 892.508.854-15 ,residente e domiciliado na Rua Projetada 101 A
Loteamento sol nascente Tibiri, Santa Rita/PB**

DECLARA, para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova junto a **VARA CIVEL DA COMARCA DE SANTA RITA , ESTADO DE PARAÍBA**, nos termos da Lei n.º 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, em 09 de Outubro de 2015.

Declarante: Adriana Santos de Souza





Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

Nome:

Nascimento

JOÃO DA SILVA FARIAS
TREMÉ BARBOSA, 01/03/1940



Agradecemos sua visita ao site **www.vale.com.br** ou ligue para o número **1800-683-0000**.

Centro referente: 100 - Código do Consumidor; 6/1568052-3

Capítulo 10

ANSWER

2014.10.25

De la próxima
lectura

| Subject | Date | Time | Location | Attenuation | Period |
|---------------|------|------|----------|-------------|--------|
| Intercalation | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Histórico de Consumo (kWh)

ABONOAMENTO TOTAL A PAGAR
2015/2016 R\$ 115,69

| Introducción de Esclavos | | Emigración | | Emigración | |
|--------------------------|-----------|------------|----------|------------|---------|
| División | República | Brasil | Colombia | Perú | Ecuador |
| 1820-1830 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1831-1840 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1841-1850 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1851-1860 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1861-1870 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1871-1880 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1881-1890 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 1891-1900 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Media | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIA - 22/10/2015 10:22:07
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1510221020578430000002247914>
Número do documento: 1510221020578430000002247914

Núm. 2269109 - Pág. 2



ESTATÍSTICA DE OCORRÊNCIA POLICIAL

第二章 病理学基础

2018-07-10 10:45:00 - 2018-07-10 10:55:00

6) DESCRIÇÃO DO(S) VÉRTICE(S) NESTA VELOCIDADE

MOTIVO DE LA DENUNCIA / PERSONAS ENVOLVIDAS / PRECEDENTE:

THE FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION, U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE

SANDRI RESIDENT NA PECINA KERA DA WYOMING, WY.

QUE, AUNQUE A MONTAÑAS DEL PRIMER ANIVERSARIO, HABIA VIVIDO UNA VIDA QUANDO
COJERIA AL PUEBLO, Y QUE, DESDE EL DIA DE SU BODA, HABIA VIVIDO UNA VIDA QUANDO
SIDO CASADA CON UN HOMBRE QUE SE HABIA CASADO CON UNA MUJER, Y QUE, DESDE EL DIA DE SU BODA,

DEPARTAMENTO DE AVIACIONES Y COMERCIO INTERNACIONAL
ESTADO DE MEXICO

18. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma*



JOIN THE STEVIA CANNABIS COMMUNITY

BU/DEB/MS/472 11-11-1968 11-11-1968
11-11-1968 11-11-1968
11-11-1968 11-11-1968

PAS/MOTOCICLISTA - APRENDIZ
CARNE/CG 125 FAB KZ
2 B/124 /CL PRATIC PSCPE

I P V A PROG EK + 20/03/2013

ANEXO PAGO DE DIRECCION
DEM PRESERVA EN EL MUNDO

SANTA CLARA, CALIF.

卷之三

...and the other side of the world, the other side of the sun.

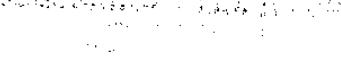
See also [Buddhist cosmology](#), [Buddhist philosophy](#), [Buddhist ethics](#)

010730439078 BB ALTA DE SEGURIDAD

1. *Chlorophytum comosum* (L.) Willd.
2. *Clivia miniata* (L.) Ker Gawler
3. *Crinum asiaticum* L.

11-96680253077 100-16129
96680253077 (2000) 2000
2010 1 6 96680253077

MATERIAL : PAGO
Data : 29/08/2014



VISTO EM 19/08/2015

Comendador NEVES
TENCEL 521783-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3^a SEÇÃO - OPERAÇÕES

João Pessoa PB, 20 de Agosto de 2015

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 412/2015

Certifico que revendo as fichas de ocorrências apresentadas no dia 30/04/2015, conforme requerimento nº 422/15, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h18min e a Sra: ADRIANA SANTOS DE SOUZA RG Nº 3.663.964 2ºVIA SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (moto/moto), ocorrido na AV. João Pessoa, Tibiri II, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o CABO BM Israel Patrício de Andrade, matrícula 522 299-1 constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se consciente, apresentando suspeita de fratura em membro inferior. A mesma era condutora do motocicleta. Que após os procedimentos de immobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu Manoel José da Almeida Ribeiro - Sd. C.R. Mat. 625.810-3, (.....) auxiliar da 3^a Seção/BAPH, digito a presente certidão, que vai assinada pelo meu chefe da 3^a Seção/BAPH.

José Antônio dos Santos

TEN. GUARDA 517240-3

Chefe da 3^a Seção



GOVERNO
DA PARAIBA

Este documento é digitalizado e autenticado eletronicamente.
Número de identificação: 15102210212839100000002247918
Data: 22/10/2015 10:18:58
Endereço: http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=15102210212839100000002247918





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE - GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta

| | | | | | | |
|--|---|------|---------------|------------|--------|--|
| Nome: | Adriano S. J. Souza | | Registro: | | | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clinica: | Enf: | Leito: | |
| Data de admissão: | 2015-02-10 | | Data da alta: | 2015-02-10 | | |
| Diagnóstico inicial: | Fratura exposta de clavícula | | | | | |
| Diagnóstico final: | | | | | | |
| Outros diagnósticos: | | | | | | |
| Principais exames: | | | | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: | Fratura exposta de clavícula | | | | | |
| Terapêutica medicamentosa: | | | | | | |
| Anatomia patológica: | | | | | | |
| Infecção: sim () não () | Coleta de material: sim () não () | | | | | |
| Resultado bacteriologia: | | | | | | |
| Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: | Fratura exposta de clavícula | | | | | |
| Orientações Pós Alta | | | | | | |
| Dieta: | | | | | | |
| Reposo: | | | | | | |
| relative em casa por _____ dias | | | | | | |
| retorno às atividades sem esforço físico _____ dias | | | | | | |
| retorno às atividades com esforço físico moderado _____ dias | | | | | | |
| Cuidados com a ferida operatória: _____ | Sair de banho e sair das redes por duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchado na localização da ferida. procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | | | |
| Medicações para casa: | | | | | | |
| Retorno: | | | | | | |
| Ao posto de saúde em _____ | para retirada de ponto. | | | | | |
| Ao ambulatório | em 30 dias para revisão. | | | | | |
| João Pessoa: _____ | Ass. Médico / CRM _____ | | | | | |
| Este documento destina-se à aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | | |





© Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
São José dos Campos



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACON BIMENTO 0 - CNES: 123312 - Fe

Bulletin de Atendimento Emergencial: 833413

Identificação do paciente

| | | |
|--|--|---|
| ID 883974 | Nome ADRIANA SANTOS DE SOUZA | Sexo Feminino |
| Data de nascimento 24/02/1976 | Idade 39 anos 2 meses 5 dias | Estado Civil CASADO(A) |
| Mãe IRENE REGINA DA SILVA SANTOS | | Perguntas NAO INFORMADA |
| Fusos horários | | País BRASIL |
| FUNDAMENTAL INCOMPLETO | | Nome JOAO DA SILVA SANTOS |
| DDD Móvel 83 | Área 10000 86137785 | Responsável / Parentesco KAYSSA R TORRES - FILHO(A) |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3660964 | Endereço fixo Nº 1000 |
| | | fone fixo 898600410481269 |
| Local de procedência SANTA RITA | | Município PE |

Endorsements

CNPJ: 52.330.100-0001-01 **CEP:** 68300-000 **Logradouro:** Rua das Flores
Número: 1000 **Bairro:** SANTANA **Cidade:** FORTALEZA **UF:** CE **Nome:** Professor Severo Rodrigues
SN: **Sexo:** Masculino **Idade:** 50 **E-mail:** severo@popular.com.br

Admissão

Data e Hora Prevista: 30/04/2015 15:52:38 Número de protocolo: 10000284723 Unidade: SUS Especialidade: CLÍNICA GERAL Clínica: CLÍNICA TRAUMA E GERAL Detalhe da clínica: VERMELHA Unidade de atendimento: MDT - Atend. em consultório

1. *Urgentum* — *Urgentum*

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Indicadores e Transporte | Passageiros | Carros particulares | Carros de passageiros | Carros de passageiros |
| Classe policial: | Passageiros | Carros particulares | Carros de passageiros | Carros de passageiros |
| Não | Não | SIM | SIM | Não |
| Meio de transporte | Passageiros | Carros particulares | Carros de passageiros | Carros de passageiros |

RESCATE - SUM

Exercises and Problems

Exames complementares

Diagnostics

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

— 2 —





RIO Médico

REFSRL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.F.

NOME DO PACIENTE:

Data: 10/10/2015
Hora: 10:18:58

Pac. 5

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente drogado, não bem informado, com histórico de acidente de motocicleta, envolvendo moto-moto. Foi feita prega encapuzada, máscara de ventilação. Puxada dor em perna (E) e dor em outros pontos no momento.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

Aéreas Permeável - EgoturcoCERVICAL IMOBILIZADA Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEA NA LINHA MEDIANA Sim NaoRESPIRAÇÃO ENTRALVACAL Sim NaoRespiração espontânea Sim NaoVentilação mecânica Apneia

Ausculta pulmonar

1 - MURMURIO VESICULAR

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal | <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal |
| <input type="checkbox"/> Rude | <input type="checkbox"/> Ruidoso |
| <input type="checkbox"/> 1 a 2 minuto | <input type="checkbox"/> Demorado |
| <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Ausente |

2 - RUIDOS

| | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Ausente |

TR: _____ TTE: _____ Sos: _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO

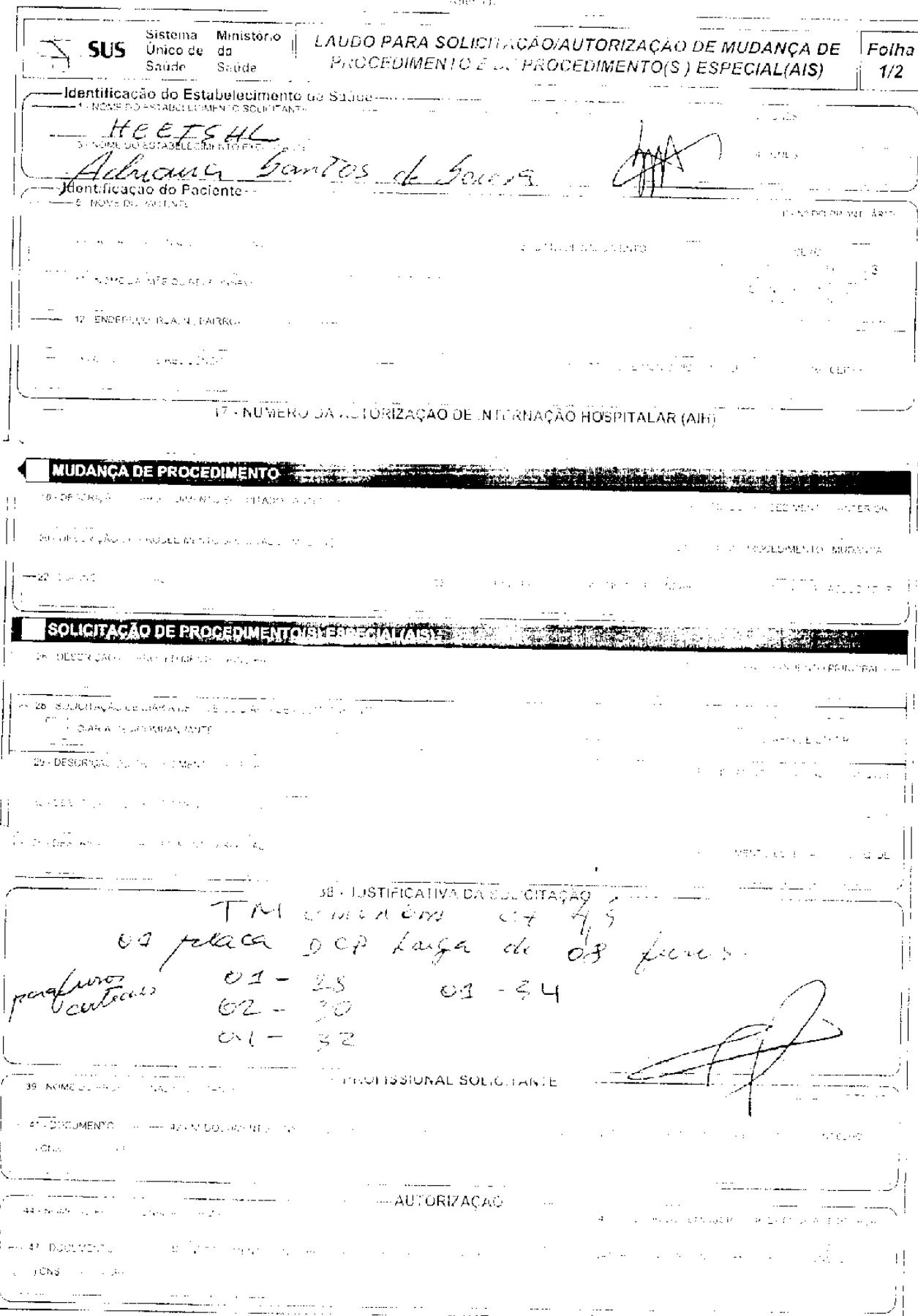
Pop. Inv. () Fator: _____ Data: _____

Escala de Glasgow

| ABERTURA DE OLHOS | EVOCAR REFLEXO PUPILAR | MELHOR RESPOSTA MOTORA |
|---------------------|--|------------------------|
| Spontânea | Consciente, evoca reflexo pupilar, pupilas dilatadas | Extremidade direita |
| A evocação verbal | Consciência evocada, responde | Extremidade esquerda |
| A evocação dolorosa | Consciência evocada, responde | Extremidade direita |
| Nenhuma | Nenhuma | Extremidade esquerda |
| TOTAL: | 15 | 2 |

R\$ 0,00,00







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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | | |
|---------------|-----------------------|---------------|---------------------|-----------------|---------------|-----|
| Name: | Nicolau do Nascimento | | Registro: | | | |
| Idade: | 18 | Sexo: | M | Clinica: | EMP: | LR: |
| Data: | 30/10/15 | Cirurgião: | Dr. Antônio | Assistente: | | |
| 2º Assistente | Dr. Aron | 3º Assistente | Dr. Fábio | Instrumentador: | | |
| Anestesista: | | | Tipos de Anestesia: | Hora Início: | Hora término: | |
| | | | | 10h00 | | |

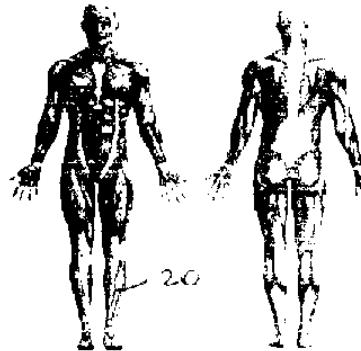
| | |
|--------------------------------|-----|
| Diagnóstico(s) Pós-Operatório: | CID |
| Enterite aguda de bact. | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimento(s) Cirúrgico(s) | Código |
|------------------------------|--------|
| Ressecção Colpectomia | |
| Biopsia P.T. rectal | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|--|--|
| Acidente durante ato cirúrgico | Descreva: |
| 1º sim 2º não | |
| Biópsia de congelação: | 1º sim 2º não |
| Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico: | 1º enfermaria 2º residência 3º óbito durante ato cirúrgico |

| | |
|--------------------|----------------------|
| 30.10.15 | |
| João Pessoa - Data | Ass. do Médico / CRM |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|---------------------------|---------------|--------------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------------------|---------------|----------------|----------|---------------------|--------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------|----------------------|--------------|---------------------|------------|---------------------|-----------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|-----|--------------------------------|--|
| EXAME SECUNDÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AERGIA: | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÉDICAMENTOS: | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMUNIZAÇÃO: | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PATOLOGIA: | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALIMENTOS INGERIDOS: | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCAL DA LÉSAO | Parte Corporal: <input type="checkbox"/> Cabeça e Pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Extremidades Correspondente ao: <input type="checkbox"/> Cabeça e Pescoço <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Extremidades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>20</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>1. Abcesso</td> <td>18. Fratura Óssea Fechada</td> </tr> <tr> <td>2. Ameigelado</td> <td>20. Fratura Óssea Aberta</td> </tr> <tr> <td>3. Anemia</td> <td>21. Úlceras cutâneas</td> </tr> <tr> <td>4. Choque</td> <td>22. Edema cutâneo, febril ou não</td> </tr> <tr> <td>5. Coagulação</td> <td>23. Convulsões</td> </tr> <tr> <td>6. Crise</td> <td>24. Dolor de cabeça</td> </tr> <tr> <td>7. Derrame pleural</td> <td>25. Dolor ósseo</td> </tr> <tr> <td>8. Derrame subaracnóideo</td> <td>26. Mau humor ósseo paroxístico</td> </tr> <tr> <td>9. Edema cerebral</td> <td>27. Úlceras cutâneas</td> </tr> <tr> <td>10. Enfisema</td> <td>28. Úlceras mucosas</td> </tr> <tr> <td>11. Fadiga</td> <td>29. Úlceras mucosas</td> </tr> <tr> <td>12. Febre</td> <td>30. Úlceras mucosas</td> </tr> <tr> <td>13. Úlceras cutâneas</td> <td>31. Úlceras mucosas</td> </tr> <tr> <td>14. Úlceras mucosas</td> <td>32. Úlceras mucosas</td> </tr> <tr> <td>15. Úlceras mucosas e cutâneas</td> <td>33. Úlceras mucosas</td> </tr> <tr> <td>16. Úlceras mucosas e cutâneas</td> <td>34.</td> </tr> <tr> <td>17. Úlceras mucosas e cutâneas</td> <td></td> </tr> </table> | | 1. Abcesso | 18. Fratura Óssea Fechada | 2. Ameigelado | 20. Fratura Óssea Aberta | 3. Anemia | 21. Úlceras cutâneas | 4. Choque | 22. Edema cutâneo, febril ou não | 5. Coagulação | 23. Convulsões | 6. Crise | 24. Dolor de cabeça | 7. Derrame pleural | 25. Dolor ósseo | 8. Derrame subaracnóideo | 26. Mau humor ósseo paroxístico | 9. Edema cerebral | 27. Úlceras cutâneas | 10. Enfisema | 28. Úlceras mucosas | 11. Fadiga | 29. Úlceras mucosas | 12. Febre | 30. Úlceras mucosas | 13. Úlceras cutâneas | 31. Úlceras mucosas | 14. Úlceras mucosas | 32. Úlceras mucosas | 15. Úlceras mucosas e cutâneas | 33. Úlceras mucosas | 16. Úlceras mucosas e cutâneas | 34. | 17. Úlceras mucosas e cutâneas | |
| 1. Abcesso | 18. Fratura Óssea Fechada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Ameigelado | 20. Fratura Óssea Aberta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Anemia | 21. Úlceras cutâneas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Choque | 22. Edema cutâneo, febril ou não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Coagulação | 23. Convulsões | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Crise | 24. Dolor de cabeça | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Derrame pleural | 25. Dolor ósseo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Derrame subaracnóideo | 26. Mau humor ósseo paroxístico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Edema cerebral | 27. Úlceras cutâneas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Enfisema | 28. Úlceras mucosas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Fadiga | 29. Úlceras mucosas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Febre | 30. Úlceras mucosas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Úlceras cutâneas | 31. Úlceras mucosas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Úlceras mucosas | 32. Úlceras mucosas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Úlceras mucosas e cutâneas | 33. Úlceras mucosas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Úlceras mucosas e cutâneas | 34. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Úlceras mucosas e cutâneas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBS.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEIMADURA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Superfície corporal queimada: <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 7% <input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 9% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMES SOLICITADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Radiografia <input type="checkbox"/> Urticária - EAS ⁺ <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Exames de sangue <input type="checkbox"/> Exames de urina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROCEDIMENTOS REALIZADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONDUTAS E PROCEDIMENTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º atendimento: exames g. e. 2º Tétano: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não 3º Liberação: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Dr. Ivete da Abrahão ORC M.A.C.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicita parecer da: | <u>OFTALMIA</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se o(s) parecer(es) da: | <u>15 de maio de 2004</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUESTÃO DO PACIENTE | <input type="checkbox"/> Gestante ou a grávida <input type="checkbox"/> Transfere a gravidez e o bebê | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA | <u>15/05/2004</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DA | <u>08:00</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAÍDA | <u>08:45</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORAS: | <input type="checkbox"/> Júbito <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 200% <input type="checkbox"/> 300% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 22/10/2015 10:18:58
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1510221021283910000002247918>
Número do documento: 1510221021283910000002247918

Núm. 2269113 - Pág. 8



**Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)

DESPACHO

Vistos, etc.

1. Defiro parcialmente o pedido de concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, determinando a intimação da parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, para antecipar as despesas referentes às diligências necessárias ao andamento processual, bem como emendar a petição inicial, no mesmo prazo, adequando-a aos requisitos do art. 319 do CPC.
2. Intime-se, outrossim, para a comprovar a prévia provocação administrativa e ainda para revisar as cópias de documentos acostados, eis que vários deles estão ilegíveis.

SANTA RITA, 31 de março de 2016.

Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França

Juiz(a) de Direito



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DA 2^a VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

PROCESSO: 0803258-46.2015.8.15.0331

PROMOVENTE: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

PROMOVIDA: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A

ADRIANA SANTOS DE SOUZA, já amplamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, por intermédio de seu advogado que esta subscreve, acatando o d. despacho Id., nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, que move contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOSDO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT S/A**, vem à presença de Vossa Excelência, expor para ao final requerer:

A parte autora informa que tem interesse na conciliação, entretanto, é imprescindível a realização de prova pericial, para que assim possa tornar viável a conciliação, como também junta aos autos o requerimento junto à Seguradora Líder, através do Sinistro nº 3150815299, documento em anexo.

ISTO POSTO, requer à Vossa Excelência, que seja nomeado perito judicial, através do convênio TJPB/Seguradora Líder para que possa ser submetido a perícia médica, e assim designando audiência de conciliação, dado prosseguimento no feito, até final decisão, sendo desta forma, realizada a mais lídima **JUSTIÇA**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa/PB, em 19 de maio de 2016.

Bel. Adson José Alves de Farias

OAB/PB 9949





Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/05/2016 16:43:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16051916435173500000003785049>
Número do documento: 16051916435173500000003785049

Num. 3840506 - Pág. 2

SINISTRO 3150815299 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADRIANA SANTOS DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ADRIANA SANTOS DE SOUZA

CPF/CNPJ: 89250885415

Posição em 19-05-2016 10:32:22

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/05/2016 16:43:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16051916430821600000003785072>
Número do documento: 16051916430821600000003785072

Num. 3840529 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Santa Rita**

DESPACHO

Vistos, etc.

1 - Considero o documento acostado (ID 3840529), como comprovação do prévio requerimento administrativo.

2 - Cite-se.

3 - Nos casos de pedido de indenização fundadas na Lei de DPVAT, comprehendo como inócuas a realização de audiência inicial de conciliação quando não há perícia nos autos, razão pela qual, para assegurar que a audiência cumpra seu propósito, determino o imediato encaminhamento do autor ao IML, para fins de ser submetido a perícia médica, intimando-se as partes (com prazo comum de dez dias) para que ofereçam de imediato seus questionamentos. Juntada do laudo no prazo máximo de trinta (30) dias.

4 - COM A JUNTADA DO LAUDO, conclusos

SANTA RITA, 3 de abril de 2017.

Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MARIA DOS REMEDIOS PORDEUS PEDROSA - 07/07/2017 22:15:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17070722154576500000007104796>
Número do documento: 17070722154576500000007104796

Num. 7245473 - Pág. 1

PROVIMENTO DA CGJ Nº: 04/2014

ATO ORDINATÓRIO EM FACE DE: CITAÇÃO / INTIMAÇÃO **Anexo: D**

ATO ORDINATÓRIO

Art. 8º. Expedi intimação à parte autora para, no prazo de 5 (cinco) dias, juntar aos autos, novos documentos legíveis.

Santa Rita, 14 de junho de 2019.

Gerlândia Lins e Silva Carneiro

Técnica Judiciária



Assinado eletronicamente por: GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO - 14/06/2019 12:28:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061412284644600000021387597>
Número do documento: 19061412284644600000021387597

Num. 22025591 - Pág. 1

0803258-46.2015.8.15.0331

AUTOR: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

INTIMAÇÃO VIA SISTEMA

Por ato ordinatório, intimo a parte autora, por seu advogado, para juntar novos documentos legíveis nos presentes autos, no prazo de 05(cinco) dias.

Santa Rita, 14 de junho de 2019

GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO

Téc. Judiciária



Assinado eletronicamente por: GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO - 14/06/2019 12:32:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061412322746100000021388007>
Número do documento: 19061412322746100000021388007

Num. 22026006 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 2^a VARA MISTA
DA COMARCA DE SANTA RITA/PB**

Processo nº 0803258-46.2015.8.15.0331

ADRIANA SANTOS DE SOUZA, já devidamente qualificada nos autos em epígrafe, que tramita perante este juízo, por intermédio de seu advogado que esta subscreve, vem perante Vossa Excelência, requerer a juntada aos autos dos documentos legíveis, os quais seguem em anexo, bem como o prosseguimento do feito até final decisão, por ser medida da mais lídima **JUSTICA**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

Adson José Alves de Farias

Advogado OAB/PB 9949





Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 01/07/2019 16:44:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907011644219940000021704226>
Número do documento: 1907011644219940000021704226

Num. 22360336 - Pág. 1

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 026.481.124



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

MARTA RAMOS DE SOUSA SILVA
RUA ROBERTO SANTOS CORREIA 189
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1036516-1

REFERÊNCIA
JUN/2019

APRESENTAÇÃO
13/06/2019

CONSUMO
276

VENCIMENTO
21/06/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 214,42

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 02732.462177 8 79270000021442

Pagador: MARTA RAMOS DE SOUSA SILVA CNPJ/CPF: 048.715.304-93

RUA ROBERTO SANTOS CORREIA 189 - VARZEA NOVA - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

| Nosso-Número | Nº Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------|
| 26249120002732462 | 001036516201906 | 21/06/2019 | R\$ 214,42 | |

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 01/07/2019 16:44:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070116442199400000021704226>
Número do documento: 19070116442199400000021704226

Num. 22360336 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD RENAVAM PRT 20140000381894-0 EXERCÍCIO
1 0020816629-7 00/00000000 2014

JOAO DA SILVA SANTOS FILHO

06686353477

NPR4094/PB

PLACA/NR/UF
MCA/O PB

9C2JC4110AR030859

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLC

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

CAP/POT/CIL

2 E/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

ANO FAB. ANO MOD.

2010 2010

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

IPVA PAGO EM

VENC COTA UNICA

29/08/2014

VENC/COTAS

FAIXA IPVA

PANCELAMENTO/COTAS

0

29

39

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

29/08/2014

OBSERVACOES

0

SEN RESERVA DE DOMÍNIO

SANTA RITA - PB/01

36633



DATA

01/09/2014

48414

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE JUZGOS DE CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 010730439078 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 01/09/2014

VIA 1 06686353477 PLACA MPR4094/PB

RENAVAM 00208166297 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2010 CAT. FAZ. 9 N° CHASSI 9C2JC4110AR030859

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

***** ***** *****

SEGURADOR PAGO

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTAÇAO

3 29/08/2014

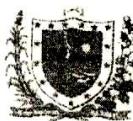
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.600/0001-04

www.seguradoralider.com.br

48414-1440082-20140901

2013



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2015
Ocorrência nº. 1473/2015

Aos DEZESSETE dias de AGOSTO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ai, por volta 17h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ADRIANA SANTOS DE SOUZA, conhecido por X.X., Identidade nº 3.663.964-SSP/PB, CPF nº 892.508.854-15, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de João Da Silva Santos E De Irene Regina Da Silva Santos, natural de Recife/PE, nascido(a) em 24/02/1976 (39 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, 101-A, Loteamento Sol Nascente, Tibiri II, Santa Rita - Pb., tendo como ponto de referência: fica por trás do Cemitério de Tibiri II, Santa Rita - PB, na cidade de SANTA RITA - PB, fone(s) para contato: (83) 98613.7789.

a quem me 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: 30 de abril de 2015;
- 3) HORÁRIO: 15h:30min;
- 4) LOCAL: Por trás do Cemitério de Tibiri II, Santa Rita - PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS, SANTA RITA - PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE, CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 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:

MOTO HONDA/CG125 FAN KS, ANO E MODELO 2010, COR PRETA, PLACA NRP4094-PB, CHASSI NO 9C2JC4110AE030859, CUJO DOCUMENTO SE ENCONTRA EM NOME DO IRMÃO DA NOTIFICANTE: JOÃO DA SILVA SANTOS FILHO.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

SANDRO, RESIDENTE NA MESMA RUA DA NOTIFICANTE.

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE, AFIRMA A NOTIFICANTE QUE PEGOU A MOTO DO IRMÃO PARA APREENDER A DIRIGIR, QUANDO COLIDIU COM OUTRA MOTO, TENDO SOFRIDO FRATURA EXPOSTA NA Perna ESQUERDO, TENDO SIDO SUBMETIDO A UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

Adriana Santos de Souza
ADRIANA SANTOS DE SOUZA
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 135.670-4



VISTO EM: 20/08/15

Comandante do BAPH
Rony Souza do Nascimento Silva

TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 20 de Agosto de 2015.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 412/2015

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 30/04/2015, conforme requerimento nº 422/15, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h18min o/a Sr.(a) ADRIANA SANTOS DE SOUZA RG Nº 3.663.964 2ºVIA SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (*colisão moto x moto*), ocorrido na Av. João Pessoa, Tibiri II, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o CABO BM Israel Patrício de Andrade, matrícula 522.299-1 constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se consciente, apresentando suspeita de fratura em membro inferior. A mesma era condutora da motocicleta. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu Manoel José de Almeida Neto - SD BM Mat. 525.810-3, (Assinatura) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinete B/S dos Santos
TEN. QOABM-517240-3

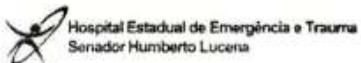
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br





ACOLHIMENTO, 0 - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 833413

| Identificação do paciente | | | | |
|--|---|---|---|-------------------------------------|
| ID 883974 | Nome ADRIANA SANTOS DE SOUZA | | | Sexo Feminino |
| Data de nascimento 24/02/1976 | Idade 39 anos 2 meses 6 dias | Estado civil CASADO(A) | Religião NAO INFORMADA | Prontuário |
| Mãe IRENE REGINA DA SILVA SANTOS | Pai JOAO DA SILVA SANTOS | | | |
| Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO | Responsável (Parentesco) RAYSSA R TORRES - FILHO(A) | | | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 86137789 | DDD Fijo | Fone Fijo | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3663964 | Nº Cns 888000415481289 | | |
| Local de procedência SANTA RITA | Tipo MUNICIPIO | | UF PB | |
| Email | Naturalidade RECIFE | | CBO/R | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58301000 | Município de residência SANTA RITA | UF PB | Logradouro Professor Severo Rodrigues | |
| Número SN | Complemento Bairro Popular | | | |
| Admissão | | | | |
| Data e Hora Prevista 30/04/2015 15:52:38 | Número da pulseira 100002841723 | Convênio SUS | | |
| Especialidade CLINICA GERAL | Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL | | | |
| Classificação de risco VERMELHA | Origem do paciente RUA | | | |
| Caráter de atendimento URGENCIA | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente MOTO X MOTO | | |
| Indicadores e Transporte | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veículo de ambulância Sim | Trauma Não | |
| Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS | Quem transportou | | | |
| Sinais Vitais | | | | |
| PA X mmHg | P脉 | Temperatura | | |
| Exames complementares | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] ECG [] Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | |
| Diagnóstico | | | | |
| Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA | | | | CIO Tempo |

Imprimir



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

100002841723
 ADRIANA SANTOS DE SOUZA BE 833413
 DT NASC: 24/02/1976
 MRE: IRINE REGINA DA SILVA SANTOS

END: Professora: Sra. Mrc. Rmnd + Bvns.
 N. SA - Popular
 SANTA RITA
 FONE: (11) 86137789
 CELULAR: (11) 86137789
 IDADE: 39
 PT: ENTRADA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Relato Médico



B.E.

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente trazida pela bombeiros com história de acidente de motocicleta, caiu no solo - moto - lixeira, seguia em alta velocidade, não usava capacete, ferida na perna (E). Nenhuma queixa no momento.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Périvas Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal | <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal |
| <input type="checkbox"/> Rude | <input type="checkbox"/> Rude |
| <input type="checkbox"/> Diminuído | <input type="checkbox"/> Diminuído |
| <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Ausente |

2 - RUIDOS

| | | |
|---|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> sim | Roncos | Roncos |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não | Sibilos | Sibilos |
| | Estertores | Estertores |

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

Déficit Neurológico

Pupilas: Fotorreagente Paralisadas Isocônicas Anisocônicas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

| 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 |
| À continuto 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: | 15 | | | | |

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO

| ALERGIA: | <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------|--------|---|--------------------------|-------|--|--------------------------|-------|--|------------------------------|-------|--|---|-------|--|---|-------|--|---|-------|--|---|-------|--|---|-------|--|---|-------|--|----|-------|--|
| MEDICAMENTOS: | <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMUNIZAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PATOLOGIA | <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALIMENTOS INGERIDOS: | <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Sim: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCAL DA LESÃO | Identifique o local com o número correspondente ao lado | → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 30%;"> 20 </td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 60%;"> 1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efirsema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36 </td> </tr> </table> | | | 20 | | 1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efirsema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | 1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efirsema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBS.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th style="text-align: center;">CÓDIGO</th> <th style="text-align: right;">ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º atendimento cirúrgico</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;">Drª Eveline Abrantes CRM/PB 9434 MRZ</td> </tr> <tr> <td>2 Tetanograma 250 UI IML</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>3 Tribuada da cirurgia geral</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> </tbody> </table> | | | CONDUTAS E PROCEDIMENTOS | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO | 1º atendimento cirúrgico | _____ | Drª Eveline Abrantes CRM/PB 9434 MRZ | 2 Tetanograma 250 UI IML | _____ | | 3 Tribuada da cirurgia geral | _____ | | 4 | _____ | | 5 | _____ | | 6 | _____ | | 7 | _____ | | 8 | _____ | | 9 | _____ | | 10 | _____ | |
| CONDUTAS E PROCEDIMENTOS | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º atendimento cirúrgico | _____ | Drª Eveline Abrantes CRM/PB 9434 MRZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Tetanograma 250 UI IML | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Tribuada da cirurgia geral | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLICITAÇÃO DE PAREcer MÉDICO Solicito parecer da <u>ORTOPEDIA</u> às <u>16:15</u> do dia <u>30/04/15</u> Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESTINO DO PACIENTE DATA: _____ / _____ / _____ DA: _____ SAÍDA: _____ HORAS: _____ <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Tranferência (unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor) <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A reavalia <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASSIN | | ASSIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

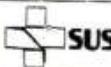
F(NG).CC.001-1



| | | | | |
|--|------------------------------|---|---|---|
| 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 | | 2 - CNES | | |
| <i>HEETS HL</i> | | <i>[Signature]</i> | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | | |
| <i>Adriana Santos de Souza</i> | | | | |
| Identificação do Paciente | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | | |
| <i>Adriana Santos de Souza</i> | | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | | 9 - SEXO |
| | | / / / / | | Mac. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | | |
| | | DDD | | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | | 15 - UF |
| | | | | 16 - CEP |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR | | |
| | | | | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | 21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | |
| | | | | |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | | | |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| <i>TM cirurgia CT 45 os ferros DCP larga de 08 ferros. próximos cativos 01 - 28 01 - 34 02 - 30 04 - 32</i> | | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | PROFISSIONAL SOLICITANTE | | |
| | | | | |
| 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | | | |
| 41 - DOCUMENTO | | 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 43-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| <input type="checkbox"/> CNS | <input type="checkbox"/> CPF | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 45 - CÓD. ORGÃO EMISOR | 46-DATA DA AUTORIZAÇÃO | |
| | | | | |
| 47 - DOCUMENTO | | 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 49-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| <input type="checkbox"/> CNS | <input type="checkbox"/> CPF | | | |



Anexo II

| | | | |
|--|---|---|--------------|
|  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 <i>HEETS HC</i> 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Alineana Santos Souza</i> 4 - CNES | | | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE 6 - N° DO PRONTUÁRIO 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - FONE DE CONTATO N° DO FONE 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP | | | |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| <i>01 fôrader extorno de fibra impac n foi usado pôr o medico optou pela placar 115. apôs ter aberto o fixador.</i> | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>[Handwritten Signature]</i> | | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>[Handwritten Date]</i> | |
| 41 - DOCUMENTO — 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| AUTORIZAÇÃO 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>[Handwritten Signature]</i> | | 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR — 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>[Handwritten Date]</i> | |
| 47 - DOCUMENTO — 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | |





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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------|----------|---------------|-----|--|
| Name: | Adriana dos Santos Souza | | | Registro: | | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clinica: | EMP: | LR: | |
| Data: | Cirurgião: | 1º Assistente: | | | | |
| 2º Assistente | 3º Assistente | Instrumentador: | | | | |
| Anestesista: | Type de Anestesia: | Hora Início: | | Hora termino: | | |

| Diagnóstico(s) Pós-Operatório | CID |
|-------------------------------|-----|
| Fratura exposta do húmero | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimento(s) Cirúrgico(s) | Código |
|-------------------------------|--------|
| Ressecção da fratura com fita | |
| | |
| | |
| | |

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| Acidente durante ato cirúrgico | Descreva: | |
| 1º sim 2º não | | |
| Biopsia de congelação: | 1º sim | 2º não |
| Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico: | 1º enfermaria 3º residência | 2º terapia intensiva 4º óbito durante ato cirúrgico |

30/04/10
João Pessoa - Data

Ass. do Médico / CRM





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



| | | | | |
|---|-------|-------------------------------|----------|------|
| Nome: <i>Ademir S. da Silva</i> | | Registro: | | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clinica: | Enf: |
| Data de admissão: <i>30.04.11</i> | | Data da alta: <i>01.05.11</i> | | |
| Diagnóstico inicial: <i>H. tórax e abd.</i> | | | | |
| Diagnóstico final: | | | | |
| Outros diagnósticos: | | | | |
| Principais exames: | | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Osteomíte</i> | | | | |
| Terapêutica medicamentosa: | | | | |
| Anatomia patológica: | | | | |
| Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não () | | | | |
| Resultado bacteriologia: | | | | |
| Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>fez abordagem cirúrgica dia 30.04.11</i> <i>Dr. Edilson Ribeiro</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: lava-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 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | | |
| Medicações para casa: _____ | | | | |
| Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório em 30 dias para revisão. | | | | |
| João Pessoa: <i>20 05 de 11</i> | | | | |
| Ass. Médico / CRM | | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | |



0803258-46.2015.8.15.0331

AUTOR: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

INTIMAÇÃO VIA SISTEMA

De Ordem da MM. Juíza de Direito desta Unidade Judiciária, Dra. Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França, intimo a parte autora, por seu advogado, por todo teor da(o) Decisão/Despacho ID n. 7245473.

Santa Rita, 17 de janeiro de 2020

GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO

Téc. Judiciária



Assinado eletronicamente por: GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO - 17/01/2020 09:35:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011709353745800000026553724>
Número do documento: 20011709353745800000026553724

Num. 27517977 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCESSO N° 0803258-46.2015.8.15.0331

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)
[SEGURO]

AUTOR: ADRIANA SANTOS DE SOUZA
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205 , para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 285 do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

Encaminha-se anexa cópia da petição inicial.

Encaminha-se cópia de Despacho: 17070722154576500000007104796

SANTA RITA-PB, 17 de janeiro de 2020.

GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO
Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO - 17/01/2020 09:35:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011709353771200000026553975>
Número do documento: 20011709353771200000026553975

Num. 27517978 - Pág. 1

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

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

15102210215506100000002247888



Assinado eletronicamente por: GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO - 17/01/2020 09:35:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011709353771200000026553975>

Número do documento: 20011709353771200000026553975

Num. 27517978 - Pág. 2