

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 CÍVEL 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 n.º 3.663.964 SSP/SP e do CPF n.º 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 CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA, ESTADO DE PARAÍBA**, nos termos da Lei n. 7.510, de 04 de julho de 1986, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da Lei, não dispondo de meios para prover as custas do processo da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT, Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso o presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

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

Declarante: Adriana Santos de Souza





Conta referente: 300 - Código do Consumidor: 8/1568062-3

## Apresentação

3,794,035

Deixar previsto da  
próxima leitura.

•

1. *Journal of the American Medical Association*, 1990; 263: 1025-1028.

1. **Author:** [Name]  
 2. **Title:** [Title]  
 3. **Journal:** [Journal]  
 4. **Volume:** [Volume]  
 5. **Issue:** [Issue]  
 6. **Page:** [Page]  
 7. **Year:** [Year]

[illegible]

Historico de Consumo:  
(kWh)

00000000

— 405 —

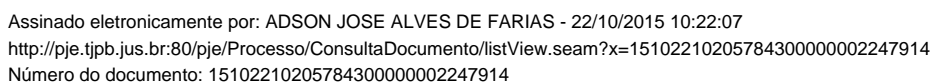
### OTAL A PAGAR

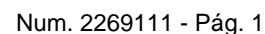
\$5 115.69

requisitos de evaluación

[illegible]

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26



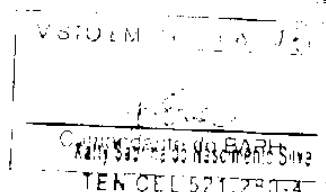
[illegible]

## 34653

2010 6 25 09:54:16

2/2/2014

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1036.



**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 registradas 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 3.663.984 2ªVIA SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (colisão moto e moto), ocorrido na Av. João Pessoa, Tibiri II, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prelo AR-46, tendo como chefe o **CABO BM Israel Patricio** de Andrade, matrícula 522.789-1 constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se inconsciente, 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 - Matr. 525.810-3, (\_\_\_\_\_) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei e prometo certificar que foi assinada por mim e pelo chefe da 3ª Seção/BAPH.

João Pessoa, 20 de Agosto de 2015

TER 20A810-3

\_\_\_\_\_  
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 22/10/2015 10:18:58  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=15102210212839100000002247918  
Número do documento: 15102210212839100000002247918





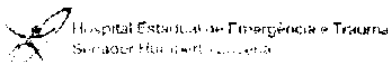
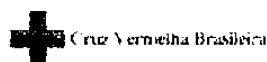
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DA PARAÍBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Adson S. J. Soares</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>22.10.2015</u>			Data da alta: <u>03.11.2015</u>		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura exposta do fêmur</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>Cirurgia realizada</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não ( ) - Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações:					
<u>Fratura exposta do fêmur</u>					
<u>Fratura exposta do fêmur</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por _____ dias					
retorno às atividades sem esforço físico por _____ dias					
retorno às atividades com esforço físico por _____ dias					
Cuidados com a ferida operatória: manter a ferida limpa e seca, lavar as mãos antes e depois de tocar a ferida, observar sinais de vermelhidão ou inchaço no local da cirurgia, 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: <u>de</u> <u>03.11.2015</u>					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se à aprovação do atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					







ACOLHIMENTO, 0 - CNES: 123312 - Tel:

Setor de Atendimento Emergencial: 833413

### Identificação do paciente

ID <b>883974</b>	Nome <b>ADRIANA SANTOS DE SOUZA</b>	Sexo <b>Feminino</b>
Data de nascimento <b>24/02/1976</b>	Idade <b>39 anos 2 meses 6 dias</b>	Estado civil <b>CASADO(A)</b>
Mãe <b>IRENE REGINA DA SILVA SANTOS</b>	Pai <b>JOAO DA SILVA SANTOS</b>	Profissão <b>NAO INFORMADA</b>
Escolaridade <b>FUNDAMENTAL INCOMPLETO</b>	Responsável (Parentesco) <b>KATSSA R TORRES - FILHO(A)</b>	
DDD Mãe <b>83</b>	Telefone <b>86127735</b>	Endereço <b>RECIFE</b>
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>	Número documento <b>3663564</b>	Número <b>89600418481260</b>
Local de procedência <b>SANTA RITA</b>	Município <b>MUNICÍPIO</b>	UF <b>PE</b>
Endereço <b>RECIFE</b>		

### Endereço

CEP <b>53301050</b>	Endereço <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PE</b>
Número <b>SN</b>	Endereço <b>Popular</b>	

### Admissão

Data e Hora Prevista <b>30/04/2015 15:52:38</b>	Número Triagem <b>100002841723</b>	Sistema <b>SUS</b>
Especialidade <b>CLINICA GERAL</b>	Clinica <b>CLINICA TRAUMA E GERAL</b>	
Classificação de risco <b>VERMELHA</b>	Origem do paciente <b>RUA</b>	
Caráter de atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do motivo <b>MOTO X MOTO</b>

### Indicadores e Transporte

Caso potencial <b>Não</b>	Exatidão <b>Não</b>	Exatidão <b>Não</b>
Meio de transporte <b>RESCATE - BOMBEIROS</b>		

### Sinais vitais

PA <b>PA</b>	Pulso <b>Pulso</b>	Temperatura <b>Temperatura</b>
-----------------	-----------------------	-----------------------------------

### Exames complementares

Radi X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	ECG [ ]	Líquor [ ]	CSF [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	---------	------------	---------	---------------------

Diagnóstico <b>Diagnóstico</b>	
-----------------------------------	--

Atendido por <b>PRISCILA JORGE DA SILVA</b>	Tempo <b>Tempo</b>
--	-----------------------

Impressão





MINISTÉRIO DA SAÚDE

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE



UNIDADE DE SAÚDE

Atendente Médico

B.F.

HELENE

#### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente atropelado pelo bonde, com história de acidente de trânsito, vítima de colisão frontal. Lesões: TCE, fratura de fêmur, contusão de abdômen. Estado de consciência: em coma (E). Lesões cutâneas: queimaduras no momento.

#### EXAME PRIMÁRIO

##### VIAS

##### AÉREAS

##### CERVICAL IMOBILIZADA

##### VENTILAÇÃO

##### TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA

##### RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

##### 1 - VENTILAÇÃO MECÂNICA

##### 2 - APNÉIA

##### AUSCULTA PULMONAR

##### 1 - MURMÚRIO VESICULAR

##### 2 - RUÍDOS

##### 3 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 4 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 5 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 6 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 7 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 8 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 9 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 10 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 11 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 12 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 13 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 14 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 15 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 16 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 17 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 18 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 19 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 20 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 21 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 22 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 23 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 24 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 25 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 26 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 27 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 28 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 29 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 30 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 31 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 32 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 33 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 34 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 35 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 36 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 37 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 38 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 39 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 40 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 41 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 42 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 43 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 44 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 45 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 46 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 47 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 48 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 49 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 50 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 51 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 52 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 53 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 54 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 55 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 56 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 57 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 58 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 59 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 60 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 61 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 62 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 63 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 64 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 65 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 66 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 67 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 68 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 69 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 70 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 71 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 72 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 73 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 74 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 75 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 76 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 77 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 78 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 79 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 80 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 81 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 82 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 83 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 84 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 85 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 86 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 87 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 88 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 89 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 90 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 91 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 92 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 93 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 94 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 95 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 96 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 97 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 98 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 99 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 100 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 101 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 102 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 103 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 104 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 105 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 106 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 107 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 108 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 109 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 110 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 111 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 112 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 113 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 114 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 115 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 116 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 117 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 118 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 119 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 120 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 121 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 122 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 123 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 124 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 125 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 126 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 127 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 128 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 129 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 130 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 131 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 132 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 133 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 134 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 135 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 136 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 137 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 138 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 139 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 140 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 141 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 142 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 143 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 144 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 145 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 146 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 147 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 148 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 149 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 150 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 151 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 152 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 153 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 154 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 155 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 156 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 157 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 158 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 159 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 160 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 161 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 162 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 163 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 164 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 165 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 166 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 167 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 168 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 169 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 170 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 171 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 172 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 173 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 174 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 175 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 176 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 177 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 178 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 179 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 180 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 181 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 182 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 183 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 184 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 185 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 186 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 187 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 188 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 189 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 190 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 191 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 192 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 193 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 194 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 195 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 196 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 197 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 198 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 199 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 200 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 201 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 202 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 203 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 204 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 205 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 206 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 207 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 208 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 209 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 210 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 211 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 212 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 213 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 214 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 215 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 216 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 217 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 218 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 219 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 220 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 221 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 222 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 223 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 224 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 225 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 226 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 227 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 228 - SÍNDROME DE TORSÃO

##### 229 - SÍNDROME DE TORSÃO

Anexo 1

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
------------	------------------------	---------------------	---	-----------

---

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HCEISHL

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIAL: Admancia Santos de Sousa

3 - NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

4 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

5 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

6 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

7 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

8 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

9 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

10 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

12 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

14 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

15 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

16 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): \_\_\_\_\_

---

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

---

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

TM em nome de 04 43

03 placa de P. larga de 08 furos

01 - 28      01 - 34

02 - 30

01 - 32

39 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

40 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

41 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

42 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

43 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

44 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

45 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

46 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

47 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

48 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

49 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

50 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

51 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

52 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

53 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

54 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

55 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

56 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

57 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

58 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

59 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

60 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

61 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

62 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

63 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

64 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

65 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

66 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

67 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

68 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

69 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

70 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

71 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

72 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

73 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

74 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

75 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

76 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

77 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

78 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

79 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

80 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

81 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

82 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

83 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

84 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

85 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

86 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

87 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

88 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

89 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

90 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

91 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

92 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

93 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

94 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

95 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

96 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

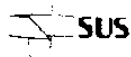
97 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

98 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

99 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

100 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_





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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

6 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

9 - CID - OUTRA DOENÇA

10 - NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

11 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

12 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

14 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

15 - DATA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

18 - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DATA

20 - EXCURSOR DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

22 - DATA

23 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

24 - DATA

25 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

DECLARATIVA DA SOLICITAÇÃO

Os procedimentos solicitados de 11 a 15, não foram realizados por não haver necessidade de tais procedimentos para o paciente. Foi realizado o procedimento de 16 a 20, após ter sido o paciente avaliado.

26 - NOME DO RESPONSÁVEL

PROFISSIONAL SOLICITANTE

27 - DATA

28 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

29 - DATA

AUTORIZAÇÃO

30 - NOME DO RESPONSÁVEL

31 - DATA





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

*[Handwritten signature]*

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Adriano do Santos</i>		Registro: <i>[Handwritten]</i>	
Idade: <i>[Handwritten]</i>	Sexo: <i>F</i>	Cirurgião: <i>[Handwritten]</i>	EMP: <i>[Handwritten]</i>
Data: <i>30/04/15</i>	Cirurgião: <i>[Handwritten]</i>	Assistente: <i>[Handwritten]</i>	LR: <i>[Handwritten]</i>
2º Assistente: <i>[Handwritten]</i>	3º Assistente: <i>[Handwritten]</i>	Instrumentador: <i>[Handwritten]</i>	
Anestesista: <i>[Handwritten]</i>	Tipo de Anestesia: <i>[Handwritten]</i>	Hora Início: <i>[Handwritten]</i>	Hora término: <i>[Handwritten]</i>

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<i>[Handwritten]</i>	

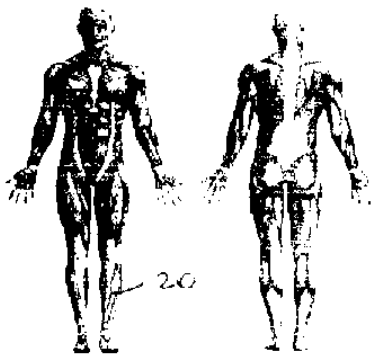
Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>[Handwritten]</i>	

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

*30.04.15*  
João Pessoa - Data

*[Handwritten signature]*  
Ass. do Médico / CRM



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 checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																																	
LOCAL DA LESÃO	<div>  <p>20</p> </div> <div> <p>1. Abdome</p> <p>2. Antebraço</p> <p>3. Braço</p> <p>4. Cabeça</p> <p>5. Coluna</p> <p>6. D. M.</p> <p>7. Dorso</p> <p>8. Extremidade inferior</p> <p>9. Extremidade superior</p> <p>10. Face</p> <p>11. Genérbio</p> <p>12. Membro superior</p> <p>13. Membro inferior</p> <p>14. Nariz</p> <p>15. Orelha</p> <p>16. Tórax</p> <p>17. Tronco</p> <p>18. Membro superior</p> <p>19. Membro inferior</p> <p>20. Fratura Ossea Aberta</p> <p>21. Fratura Ossea Fechada</p> <p>22. Fratura Ossea Fechada</p> <p>23. Fratura Ossea Fechada</p> <p>24. Fratura Ossea Fechada</p> <p>25. Fratura Ossea Fechada</p> <p>26. Fratura Ossea Fechada</p> <p>27. Fratura Ossea Fechada</p> <p>28. Fratura Ossea Fechada</p> <p>29. Fratura Ossea Fechada</p> <p>30. Fratura Ossea Fechada</p> <p>31. Fratura Ossea Fechada</p> <p>32. Fratura Ossea Fechada</p> <p>33. Fratura Ossea Fechada</p> <p>34. Fratura Ossea Fechada</p> <p>35. Fratura Ossea Fechada</p> <p>36. Fratura Ossea Fechada</p> <p>37. Fratura Ossea Fechada</p> <p>38. Fratura Ossea Fechada</p> <p>39. Fratura Ossea Fechada</p> <p>40. Fratura Ossea Fechada</p> </div>																																	
OBS.																																		
QUEIMADURA:	Superfície corporal queimada: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande																																	
EXAMES SOLICITADOS	<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma <input type="checkbox"/> Eletromiografia <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma																																	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONDIÇÃO E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º atendimento emergencial</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>2º atendimento - 22/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>3º atendimento - 23/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>4º atendimento - 24/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>5º atendimento - 25/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>6º atendimento - 26/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>7º atendimento - 27/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>8º atendimento - 28/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>9º atendimento - 29/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> <tr> <td>10º atendimento - 30/10/2015</td> <td></td> <td>Dr. Iverson Abrantes</td> </tr> </tbody> </table>	CONDIÇÃO E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1º atendimento emergencial		Dr. Iverson Abrantes	2º atendimento - 22/10/2015		Dr. Iverson Abrantes	3º atendimento - 23/10/2015		Dr. Iverson Abrantes	4º atendimento - 24/10/2015		Dr. Iverson Abrantes	5º atendimento - 25/10/2015		Dr. Iverson Abrantes	6º atendimento - 26/10/2015		Dr. Iverson Abrantes	7º atendimento - 27/10/2015		Dr. Iverson Abrantes	8º atendimento - 28/10/2015		Dr. Iverson Abrantes	9º atendimento - 29/10/2015		Dr. Iverson Abrantes	10º atendimento - 30/10/2015		Dr. Iverson Abrantes
CONDIÇÃO E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																
1º atendimento emergencial		Dr. Iverson Abrantes																																
2º atendimento - 22/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
3º atendimento - 23/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
4º atendimento - 24/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
5º atendimento - 25/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
6º atendimento - 26/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
7º atendimento - 27/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
8º atendimento - 28/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
9º atendimento - 29/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
10º atendimento - 30/10/2015		Dr. Iverson Abrantes																																
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	<p>Solicito parecer da <u>ORTOPEDIA</u> em <u>15/10/2015</u></p> <p>Solicito parecer da <u>ORTOPEDIA</u> em <u>15/10/2015</u></p> <p>DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência para unidade de referência</p> <p>DATA: <u>15/10/2015</u></p> <p>SAÍDA: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferência</p> <p>HORAS: <u>15h</u></p>																																	

FORM-00001





**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 2ª 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 CONSÓRCIOS DO 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 lúdima **J U S T I Ç A**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

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

**Bel. Adson José Alves de Farias**

**OAB/PB 9949**







## **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.





**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, compreendo como inócua 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



**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



**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 presente autos, no prazo de 05(cinco) dias.

Santa Rita, 14 de junho de 2019

GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO

**Téc. Judiciária**



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 2ª 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 lúdima **JUSTIÇA**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

Adson José Alves de Farias

Advogado OAB/PB 9949





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 026.481.124



ENERGISA PARAIBA - 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. 16.015.823-8

## 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](http://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	Nr 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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010730439078  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD RENAVAL PRT 20140000381894-0  
1 0020816629-7 00/00000000 2014

JOAO DA SILVA SANTOS FILHO

06686353477

PLACA NPR4094/PB

NOVO

PB

9C2JC4110AR030859

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB

2010

ANO MOD

2010

CAP/POT/CIL

2 E/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

IPVA PAGO EM

VENC COTA UNICA

29/08/2014

VENC/COTAS

1º

FAIXA IPVA

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS

0

2º

3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DO PAGAMENTO

29/08/2014

SEM RESERVA DE DOMINIO

OBSERVAÇÕES

0

SANTA RITA-PB LOCAL

36633

DATA

01/09/2014

48414

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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

NPR4094/PB

RENAVAM

00208166297

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB

2010

CAT. TARIF

9

Nº CHASSI

9C2JC4110AR030859

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$)

\*\*\*\*\*

DETRAN (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGO

☐ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

29/08/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.249.600/0001-04

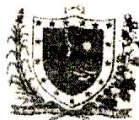
www.seguradoralider.com.br

48414-1440082-20140901

JUN-2013







**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, escrevê(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 EMERGENCIA 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/VÍTIMA 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 NPR4094-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, escrevê(o) que digitei.

*Adriana Santos de Souza*  
ADRIANA SANTOS DE SOUZA  
Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 135.670.4







VISTO EM: 20/08/15

Comandante do BAPH  
Ketty Sabrina 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 2ªVIA 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, (447 810-3) 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

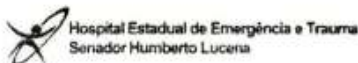
**Chefe da 3ª Seção**



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

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: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 833413

<b>Identificação do paciente</b>			
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
Mãe IRENE REGINA DA SILVA SANTOS	Pai JOAO DA SILVA SANTOS		Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) RAYSSA R TORRES - FILHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86137789	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3663964	Nº Cns 898000415481289	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade RECIFE	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Professor Severo Rodrigues
Número SN	Complemento	Bairro Popular	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora Prevista 30/04/2015 15:52:38	Número da pulseira 10002841723	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	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
		Liquor [ ]	ECG [ ]
		Ultrasonografia [ ]	
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA			Tempo

Imprimir







CLÍNICA  
BRASILIA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

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

END: Professor Severo Rodrigues  
N. SN - Popular  
SANTA RITA  
PONE: ( )  
CELULAR (83) 86137789  
IDADE: 39  
DT ENTRADA:

Atendimento Médico

B.E.

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente trazida pela bombeiros com história de acidente de motocicleta, colisão moto-moto. Refere TCE, não sabe, não se lembra de como aconteceu. Relata dor em punha (E). Não outros queixas no momento.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ Perivas ( ) 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

HTD: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

HTE: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

2- RUIDOS

( ) sim  
( ) Não

HTD: ☒ Roncos  
Sibilos  
Estertores

HTE: ☒ Roncos  
Sibilos  
Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica  
( ) Pletórica ( ) Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO ☒ Normal ( ) Aumentado  
( ) Fino ( ) Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS ☒ Normotonéticas ( ) Hipofonéticas

( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente

BE OU BA ( ) Sim ( ) Não

FC: 88 bpm PA: \_\_\_\_\_ X mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG:

ABDOMEN: flácido, indolor à palpacao

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (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
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo 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					

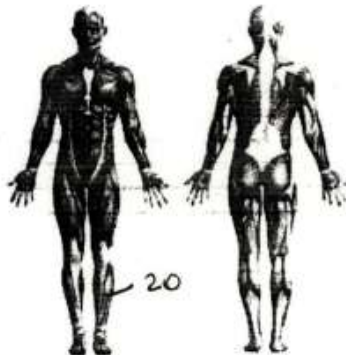
F(NG).CC.001-1

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ 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 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendinea               |
| 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

☒ Radiografias ☐ Lavado peritoneal  
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1º atendimento cirúrgico		Drª Evelyn Abrante:
Tetanoprofilaxia 250 UI IM		CRM/PB 9434
Debitada da cirurgia geral		MR1
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORTOPEDIA às 16:15 do dia 30/04/15  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA: \_\_\_\_\_  
 SAÍDA: \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_

☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_  
☐ Internado (setor) \_\_\_\_\_  
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência  
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1







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

HEETSCHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Adriana Santos de Sousa

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

TM CIRURGIA CT 4/5  
01 placa DCP larga de 08 furos.  
perfuros  
corticais  
01 - 28  
02 - 30  
04 - 32  
01 - 34

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)

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO


47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF



 <b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD - IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CDD 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 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - QTDE		32 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - QTDE		34 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - QTDE		36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - QTDE		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
Os fixador externo de tibia não foi usado pois o paciente optou pela placa H15. após ter abato o fixador.			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO 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)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		52 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	







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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Ademair dos Santos Louz</u>		Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>R</u>	Clinica:
Data: <u>30/4/15</u>		Cirurgião: <u>Dr. Barichew</u>	1º Assistente: <u>Dr. R...</u>
2º Assistente: <u>Dr. A...</u>		3º Assistente:	Instrumentador:
Anestesista:		Tipo de Anestesia: <u>Refre</u>	Hora Início: ? Hora término:

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<u>fratura 94 poro de fêmur</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>Pedicular - Cesta fixa</u>	
<u>com fixação</u>	

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

30.04.15  
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  
Lauda Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Adson S. de Jesus</u>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>30.04.11</u>			Data da alta: <u>03.05.11</u>		
Diagnóstico inicial: <u>fratura exposta do fêmur e</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>Osteossíntese fêmur</u>					
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:					
<u>fratura exposta do fêmur de 30.04.11</u>					
<u>Dr. Esteban R. D. D.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
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: <u>30</u> de <u>04</u> de <u>11</u>					
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**





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

PROCESSO Nº 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



**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

