



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07462.01.2018.1.01.012**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07462.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 21:22 horas do dia 22 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigacao, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Vinicius Umburana Costa**, conhecido(a) por 'viniucus', CPF nº 119.091.504-95, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Elizângela Maria Umburana e Severino Manoel Costa, natural de Santa Rita/PB, nascido (a) em 10/04/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Jaques, Nº S/N, complemento ZONA RURAL, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo a Ponte da Batalha, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Via Pública, Quase Na Entrada do Acesso da Br 101, João Pessoa/pb-natal/rn, Vindo da Cidade de Lucena/pb, Lucena/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 25/03/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, OUTROS FATOS.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

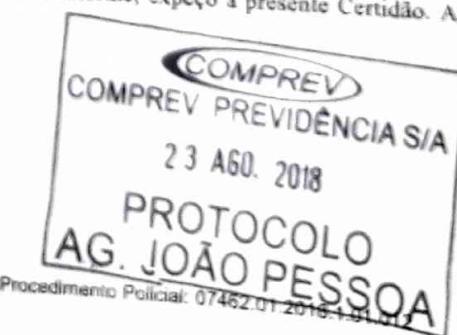
(1) **Moto**, modelo CG 150 TITAN KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2007/2008, placa MOT-8107, chassi 9C2KC08108R084380, renavam 0094447071-8, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013746881314; nº. P.r.t.: 20170800009460-0; nº. Lacre: 0045374163; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Novo; placa Atual: Cruz de Espírito Santo/pb; alienação Fiduciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Ana Paula Costa.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

PILOTAVA O REFERIDO VEÍCULO JÁ DESCrito ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO COLIDIU LATERALMENTE COM UM VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO OPPOSTO, VEÍCULO ESTE QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE QUE FICOU DESMALADO NO SOLO DA PISTA DE ROLAMENTO, SENDO O DECLARANTE SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA, ASSINADO PELO MÉDICO FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS, C.R.M./PB 9603.

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

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
12ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2018.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigacao

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

  
VINICIUS UMBURANA COSTA

Noticiante



Procedimento Policial: 07462.01.2018.1.01.012

2/2

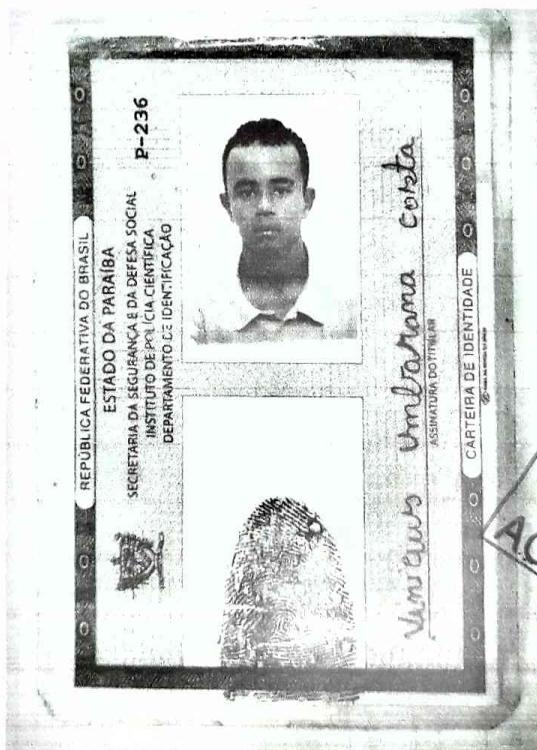


Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 20/09/2018 22:58:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092022532912400000016297018>  
Número do documento: 18092022532912400000016297018

Num. 16728459 - Pág. 2

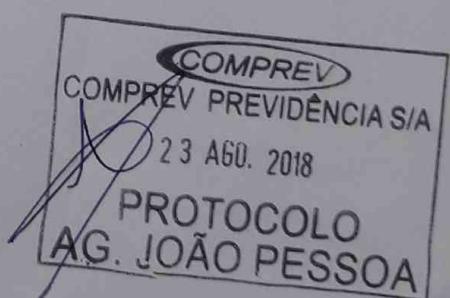


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 20/09/2018 22:58:23  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092022535427100000016297020  
Número do documento: 18092022535427100000016297020

Num. 16728461 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 20/09/2018 22:58:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092022535427100000016297020>  
Número do documento: 18092022535427100000016297020

Num. 16728461 - Pág. 2

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 010.815.092



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

IVONETE MEDEIROS MORENO DA SILVA  
SIT JAQUES S/N  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO

58337-000

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1385649-7

### REFERÊNCIA

13/08/2018

### APRESENTAÇÃO

AGO/2018

### CONSUMO

116

### VENCIMENTO

16/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 77,83

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTEQUE AQUI

IVONETE MEDEIROS MORENO DA SILVA

Rotelro: 05-055-579-0120  
83630000000-4 77830054000-3 13856492018-7 08000055019-6



### VENCIMENTO

16/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 77,83

### MATRÍCULA

1385649-2018-08-0



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 20/09/2018 22:58:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809202253542710000016297020>

Número do documento: 1809202253542710000016297020

Num. 16728461 - Pág. 3

<b>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
<b>DETAN PB</b> <b>Nº 013746881314</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> <b>VIA</b> <b>PLACA</b> <b>RENT</b> <b>20170800009460</b> <b>PERÍODO</b> <b>1 0094447071-8 00/00000000 2017</b>	
<b>ANA PAULA COSTA</b> <b>000455337</b> <b>000455337</b> <b>07873370488</b> <b>PLACA</b> <b>MOT8107/PB</b> <b>NOVO</b> <b>PB</b> <b>9C2KC08108R084380</b> <b>PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC</b> <b>ESPECIE/TIPO</b> <b>GASOLINA</b> <b>COMBUSTIVEL</b> <b>HONDA/CG 150 TITAN KS</b> <b>MARCA/MODELO</b> <b>2007</b> <b>2008</b> <b>ANO FAB.</b> <b>2 P/149 /CI</b> <b>CATEGORIA</b> <b>VERMELHA</b> <b>COR PREDOMINANTE</b> <b>IPVA PAGO EM</b> <b>00/00/0000</b> <b>VENC. COTA UNICA</b> <b>VENC. COTAS</b> <b>FAIXA IPVA</b> <b>PARCELAMENTO/COTAS</b> <b>1º</b> <b>***** 0</b> <b>2º</b> <b>3º</b> <b>PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO</b> <b>***** *SEGURADO PAGO 28/08/2017</b> <b>SEM RESERVA DE DOMÍNIO</b> <b>0</b> <b>CRUZ DO E SANTO-PB</b> <b>LOCAL</b> <b>01/09/2017</b> <b>DATA</b> <b>41947</b> <b>7003781</b>	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 09.248.608/0001-04</b> <b>7003781-1527385-20170901</b>	
<b>ACO-2017</b>	

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**23 AGO. 2018**  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Scanned with CamScanner



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Paula Costa,

RG nº 26 99192, data de expedição 29/09/1999

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 078-733-704-88, com  
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sít. Jaúves, nº 511,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Vinícius Umburana Costa, cujo o condutor era  
Vinícius Umburana Costa.

Veículo:

Modelo: HONDA/CG 150 titan KS

Ano: 2007

Placa: MOT 8107

Chassi: 9C2K C08108 R084380

Data do Acidente: 25/03/2018

Local e Data: Santa Rita

3º OFÍCIO

x Ana Paula Costa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA PB

Rua Siqueira Campos, 19, Centro, Santa Rita - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
ANA PAULA COSTA

Doc. nº: Santa Rita/PB - 17/04/2018

Tabelião Bel: Renan Gonçalves Menezes

Selo Digital: AGU46606-PYV

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

Emol R\$ 9,48 ISS R\$ 0,47 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



318039411



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL **318039411** CPF da Vítima **119.091.504-95** Nome completo da vítima **Vinícius Umburana Costa**

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<b>Vinícius Umburana Costa</b>	CPF titular da conta	<b>119.091.504-95</b>	Profissão	<b>Recreio.</b>
Endereço	<b>Sítio Jaques</b>	Número	<b>S/N</b>	Complemento	<b>Casa 1</b>
Bairro	<b>Zenópolis</b>	Cidade	<b>Brumado de Belém do Pará PB</b>	Estado	<b>58337-000</b>
Telefone (DDD)	<b>(83) 98708-8728</b>				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		NRC. _____	
AGÊNCIA NRC.	CONTA NRC.	AGÊNCIA NRC.	CONTA NRC.
<b>1914</b>	<b>D/V</b>	<b>23</b>	<b>23</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**José Pessoa** de **08** de **2018**

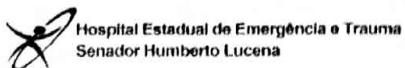
Local e Data

**Vinícius Umburana Costa**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1071465



#### Identificação do paciente

ID 1274014	Nome VINICIUS UMBURANA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/04/1996	Idade 22 anos 16 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 107861
Mãe ELIZANGELA MARIA UMBURANA				Pai SEVERINO MANOEL COSTA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987911087	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4104779	Nº Cns		
Local de procedência SANTA RITA		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

#### Endereço

CEP 58302530	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Acesso a João Pessoa
Número SN	Complemento FAZENDA PATROCINIO	Bairro Municípios	

#### Admissão

Data e Hora 25/03/2018 19:28:31	Número da pulseira <b>100006291777</b>	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

#### Indicadores e Transporte

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

#### Sinais Vitais

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

#### Exames complementares

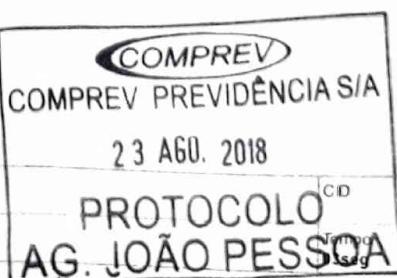
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA

Imprimir





■ Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



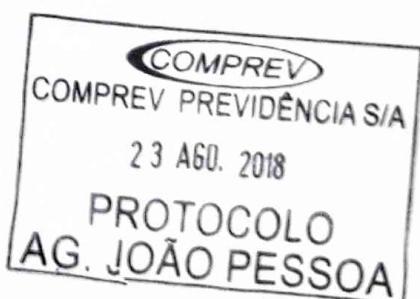
GOVERNO  
DA PARAÍBA

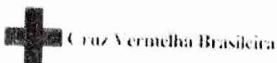
## Documento de Alta

<b>Nome:</b> VINICIUS UMBURANA COSTA			<b>Número Prontuário:</b> 107861
<b>Data de</b> 10/04/1996	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 26/03/2018 01:23:53	<b>Data de Alta:</b> 20/04/2018 07:21:52
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> 21a, 25º dih, vítima de acidente de moto. 1- fratura luxação pelvica (fixação externa) 2- aparelho extensor do joelho (realizado na urgência) 3- diáfise de femur (17/04) DCS longo 4- femur distal (17/04) DCS longo 5- fratura de platô tibial (schatzker 4) (17/04) placa de suporte			
<b>Resumo da Internação:</b> 21a, 25º dih, vítima de acidente de moto. 1- fratura luxação pelvica 2- aparelho extensor do joelho (realizado na urgência) 3- diáfise de femur (17/04) 4- femur distal (17/04) 5- fratura de platô tibial (schatzker 4) (17/04) evoluiu com anemia, hemotransfundido. 06/04 hb: 10,6 realizada retirada de fixador externo transarticular de femurotibial com colocação de tração trans-esquelética na tibia e. paciente evolui clinicamente bem, sem dor ao sentar e ao mobilizar a pelve.			
<b>Resultado de Exames:</b>			
<b>Tratamento:</b> tratamento cirúrgico de fraturas de diáfise do femur E, do femur distal E e do platô tibial E. Tratamento conservador de fratura/luxação pélvica.			
<b>Diagnóstico:</b> S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
<b>Recomendações:</b> Acompanhamento ambulatorial. Não pisar até liberação médica.			

Data: 20/04/2018

~~FRANCINEHO DE SOUSA FREITAS~~  
CRM-9603





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1071465



### Identificação do paciente

ID 1274014	Nome VINICIUS UMBURANA COSTA			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/04/1996	Idade 21 anos 11 meses 15 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ELIZANGELA MARIA UMBURANA	Pai SEVERINO MANOEL COSTA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JOAO PAULO - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993418051	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4104779	Nº Cns		
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

### Endereço

CEP 58302530	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Acesso a João Pessoa
Número SN	Complemento FAZENDA PATROCINIO	Bairro Municípios	

### Admissão

Data e Hora 25/03/2018 19:28:31	Número da pulseira 100006291777	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

### Indicadores e Transporte

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

### Sinais Vitais

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

### Exames complementares

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

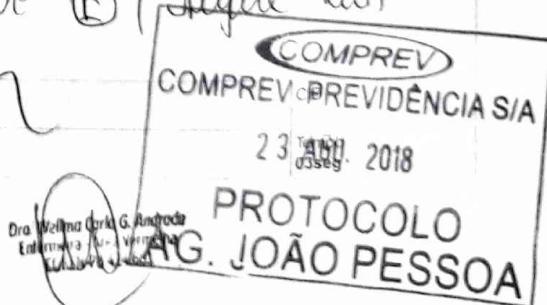
Dados clínicos

Paciente vítima de acidente de moto, alcoolizado, desorientado.  
Negue pt febre e dor abdominal. Exame duplo da fundo de al.  
Exame duplo da fundo de al.

Diagnóstico

Atendido por  
ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA

Imprimir



**AREA LARANJA UDC**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>VINICIUS UMBURANA COSTA</b>	BAE <b>1071465</b>	Data/Hora Entrada <b>25/03/2018 19:28:31</b>	Data Baita
Data de nascimento <b>10/04/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mae <b>ELIZANGELA MARIA UMBURANA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987911087</b>
Endereço <b>Acesso a João Pessoa, SN - FAZENDA PATROCINIO</b>	Bairro e Municípios	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>IGOR QUEIROZ CAVALCANTE</b>	Nº Cons. Regional <b>7733</b>
Data/Hora Classificação <b>25/03/2018 19:28:31</b>		Data/Hora Prescrição <b>26/03/2018 00:58:07</b>	

**Anamnese**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NA BACIA, JOELHO E, FEMUR E APOS QUEDA DE MOTO HÁ HORAS.

COM FRATURA EXPOSTA DO JOELHO E, LESAO DO MECANISMO EXTENSOR, LESAO NA BACIA

CD: FIXADOR EXTERNO NA BACIA, RECONSTRUÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR, FIXADOR EXTERNO DE FEMUR, FIXADOR EXTERNO

TRANSARTICULAR JOELHO E. INTERNAMENTO PARA TTO DEFINITIVO DO FEMUR E BACIA.


**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

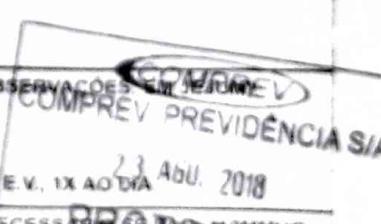
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 2/24H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA


 23 ABU. 2018

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SIB. - IGUAL. ACM. SE NECESSARIO SE TADE P/ MINGO

E/OU PAS&gt;160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSARIO SE HGT&lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INJET. MUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSÉ LIMA DA SILVA em 25/03/2018 19:28:34


 AG. JOÃO PESSOA

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.du?controle=7&amp;imprescricao\_id=247382&amp;pesquisa=S&amp;perform=1



2018-09-16 172 16 0 6 8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=247382&pesquisa=S&perform=

**SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA F.V. 12/12H, 0,0 (MGTSM)**

Diluir

**CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H**

**SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)**

Diluir

**TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H**

#### CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES DIARIO)

SSVV + CCGG

#### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SANGUE

CREATININA

ÓXIO - SORO

POTASSIO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

#### CID10

Código	Descrição
572.3	Fratura da diálise do fêmur

#### Conduta

Internar Paciente

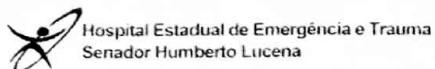
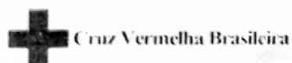
IGOR QUEIROZ CAVALCANTE  
(CRM: 7733/)

VINICIUS UMBURANA COSTA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
23 AGO. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=247382&pesquisa=S&perform=





## AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>VINICIUS UMBURANA COSTA</b>	BAE <b>1071465</b>	Data/Hora Entrada <b>25/03/2018 19:28:31</b>	Data Baixa
Data de nascimento: <b>10/04/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993418051</b>
Mãe <b>ELIZANGELA MARIA UMBURANA</b>			
Endereço <b>Acesso a João Pessoa, SN - FAZENDA PATROCINIO</b>	Bairro <b>Municípios</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EDUARDO MOTTA BRAGA</b>	Nº Cons. Regional <b>7253/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>25/03/2018 19:28:31</b>	Data/Hora Prescrição <b>25/03/2018 19:41:53</b>		

## Anamnese

JEDA DE MOTO, AGITADO, SEM SINAIS DE TCE  
AGITADO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO E TALA EM FEMUR ESQUERDO

ECG: ECG 10

3D: NDM

PRAX: NDN

CD: RX BACIA, COXA E Perna ESQUERDA + FAST  
HIDRATAÇÃO VENOSA  
MONITORIZAÇÃO  
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

## CID10

Código	Descrição
14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

VINICIUS UMBURANA COSTA

EDUARDO MOTTA BRAGA

(: 7253/PB)



Boletim registrado por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 25/03/2018 19:28:34





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual do Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: GEORGE DE  
ALBUQUERQUE C MENDES  
Em: 27/03/2018 16:26:18

Paciente <b>VINICIUS UMBURANA COSTA</b>	Boleto de Atendimento <b>1071465</b>	Data/Hora Entrada <b>25/03/2018 19:28:31</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/04/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>107861</b>

Plantão  
**DIURNO**

## **Evolução Médica (GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES - 27/03/2018 16:26:07)**

### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA#

PACIENTE DE 21 ANOS, POLITRAUMATIZADO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA.

SUBMETIDO A PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO, COM COLOCAÇÃO DE FIXADORES EXTERNOS.

NO MOMENTO: GLASGOW 15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.  
SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA.

TCC SEM ANORMALIDADES INTRACRANIANAS RELACIONADAS AO TCE QUE NECESSITEM DE TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO.

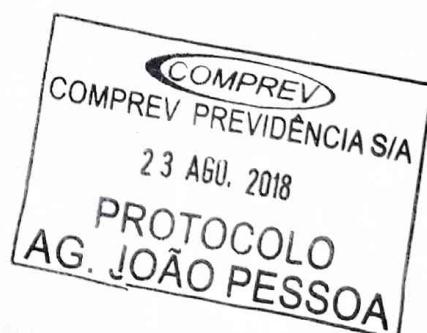
RX DA COL CERVICAL ATÉ C5 SEM EVIDÊNCIA DE FRATURA

CD.: ALTA DA NCR; SEGUO AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Seção: HTOP EGRESO 02 Leito: LEITO 01

Profissional responsável pela informação: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES

George Mendes  
Neurocirurgia / Neuroradiologia  
Número Conselho: 8346





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senator Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## POSTO URPA

Endereço: URPA, S/N, NDA, JOAO PESSOA - PB, 88888888

Tel:

CNES: 1256678

Paciente <b>VINICIUS UMBURANA COSTA</b>	BAE <b>1071465</b>	Data/Hora Entrada <b>25/03/2018 19:28:31</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/04/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987911087</b>
Mae <b>ELIZANGELA MARIA UMBURANA</b>			Prontuario <b>107861</b>
Endereço <b>Acesso a João Pessoa, SN - FAZENDA PATROCINIO</b>	Bairro <b>Municípios</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>	Nº Cons. Regional <b>6028/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>25/03/2018 19:28:31</b>		Data/Hora Prescrição <b>26/03/2018 10:02:27</b>	

## EVOLUÇÃO MEDICA

### OLUÇÃO

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA// PACIENTE DE 21 ANOS, POLITRAUMATIZADO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO, COM COLOCAÇÃO DE FIXADORES EXTERNOS NO MOMENTO. GLASGOW 15. PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. CD: SOL. TC DE CRÂNIO.

### Anamnese

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERfil

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

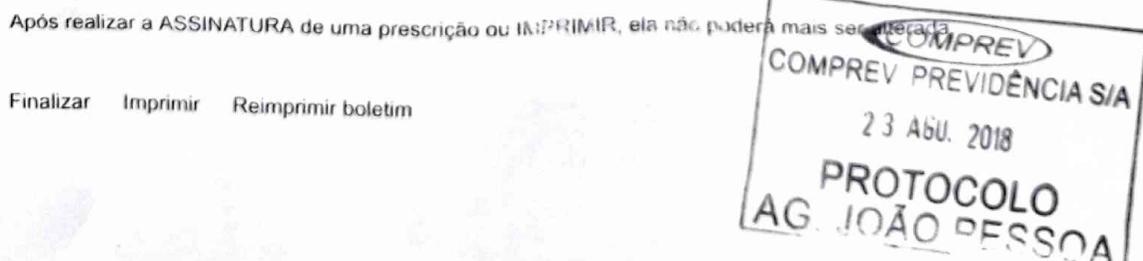
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP+ PERfil)

### Conduta

Em observação

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
(CRM: 6028/PB)

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS



Finalizar Imprimir Reimprimir boletim





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

URPA S/N - NDA  
CNES: 1256678 - Tel:



Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA  
COSTA MATIAS  
Em: 26/03/2018 10:01:05

Paciente VINICIUS UMBURANA COSTA	Boletim de Atendimento 1071465	Data/Hora Entrada 25/03/2018 19:28:31	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/04/1996	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 107861
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

#### EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 26/03/2018 09:58:20)

##### EVOLUÇÃO

##### PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO.

#AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA#

PACIENTE DE 21 ANOS, POLITRAUMATIZADO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO, COM COLOCAÇÃO DE FIXADORES EXTERNOS.

NO MOMENTO, GLASSOW 15, PUPILAS ISOC/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALIA A PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA.

CD.: SOL. TC DE CRÂNIO.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 04  
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Número Conselho: 6028



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRGÃOS, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - CI

TM *luminifera*

Número 10000  
Paciente Iturias Verburana Costa

Prologue 107 465

Date 10/10/2010

Atitude da tribo + Retorno fixador da tribo  
Pra curar p'laras tribais + carreiros traiçoeiros

### Child Progress \_\_\_\_\_

Per la seva part, el Partit Popular Espanyol (PP) i el Partit Demòcrata Popular (PDP) han manifestat la seva intenció d'apoyar la moció de censura.

1st Mutation		1st Mutation		1st Mutation	
FORM	DECODER	PLAQUE	DESCR.	CODE	DEC
TM		Plaque EM	Conc. 10% POZ	01	1
		Plaque DES	Conc. 10%	01	1
		Paracitrate	earlier	65 (21 70 (1)	
"	"		32	03	
"	"		38	02	
"	"		40	01	
"	"		34	01	
"	"		30	01	
"	"		56	01	
Paracitrate at 10% conc		no	65	01	
"	"		75	01	

DIFERENCIAZIONE FARMACI

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
PROT. AG. JOÃO	COMPREV PR			

Br. Milton da Silva Lima  
CRM 4714/TEOT 6  
ASSASSINATO DE JOSÉ EDUARDO CRUZ  
Oficina de Traumática

Alma 80 Savoie  
ASSOCIATION CIRQUE LAVANTE RESPONSABLE  
de Sylva 85044



<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>			<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
HEETS HL					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
HEETS HL					
<b>Identificação do Paciente</b>					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
		/ /		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1	Fem <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE			
		DDD			
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CIO 10 SECUNDÁRIO	25 - CIO 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - DIÁRIA DE UTI TIPO I		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<p>3. João Kurschner 2.0 1. Placa h 412 pratas 2. Placa DES 26 pratas para fazer a revisão no 65 470 4132 31 58 21 40 11 3. João Kurschner 20 (2) 34 11 5611</p> <p>PROFISSIONAL SOLICITANTE</p>					
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			38 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
			2018-09-23		
39 - DOCUMENTO		40 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		41 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF			Dr. MIRONOV CRM 471 Ortopedia	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			43 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		
44 - DOCUMENTO		45 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF			2018-09-23	
<b>ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>					
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF				





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Veronica Valdeirina Costa BE/Prontuário: 1077465  
 Idade: 27 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 17/10/18  
 Clínica/Setor: O. Hospital EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ressecção de exoma de fígado feminino + supraductectomia do fígado + platô fibrolipomatoso  
 Cirurgião: Dr. Milton Lins Lacerda 1º Assistente: Dr. William Lins Lacerda  
 2º Assistente: Dr. Gleison Pires 3º Assistente: Dr. Pedro Romão (MR 2)  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Gustavo Andrade  
 Tipo de Anestesia: Norotetan Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura de vértebra pubica	
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura de vértebra do fêmur (L1)	
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura do fêmur distal (L2)	
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura extensa do baclo	
<input checked="" type="checkbox"/> Frasco de urinátil (L3)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de fixador extensor de baclo	
<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de frasco urinátil (L3)	
<input checked="" type="checkbox"/> Tratamento cirúrgico de frat. de vértebra de fêmur (L1)	
<input checked="" type="checkbox"/> Tratamento cirúrgico de frat. de fêmur distal (L2)	
<input checked="" type="checkbox"/> Tratamento cirúrgico de frat. de platô fibrolipomatoso (L3)	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_



Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 27/10/18

F(NG) ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



REFTSHE

### Descrição da Cirurgia

#### Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DDT sob anestesia-gáseos.  
(2) Aquecimento + antiséptico + opacificação das camadas.  
(3) Retirada de fixador externo e colo falso.  
(4) Retirada de frangos transstilíteis.

#### Incisão:

- (5) Visão de acesso adequado lateral ao fêmur falso — como no lado do frâncio distal e da clavícula + incisão antero-mediolateral — o joelho (6).  
(7) Divisão por pla-0 + fêmur — artílano

#### Achados:

- (8) Fratura de clavícula do fêmur (6)  
(9) Fratura do fêmur distal (6)  
(10) Fratura de plato tibial (6)

#### Conduta:

- (11) Reparo da fratura de plato distal sob visualização + fixação com placa em L 2x4 furos + parafusos corticais (3) + espessos (2).  
(12) Reparo da fratura de clavícula do fêmur (6) + fixação com placa DCS Varga, 16 furos + parafusos, co-índice.  
(13) Redução da fratura do fêmur distal e sob visualização direta + fixação com placa do fêmur (6) com parafusos que fixam a clavícula do fêmur com parafuso deslizante.  
(14) Reparo da menota.  
(15) Curvatura de 50,9%.  
(16) Afecção do dreno de sucção.

#### Fechamento:

- (17) Sutura por pla-0  
(18) Anatômico  
(19) RX de controle.

#### Observação:

2018-09-20 22:58:34  
TJ PB  
18092022561950700000016297033

João Pessoa, 1710418

Médico/CRM:

ENICA ASCTR 009-1



+ Disegno di femur + frattura supercondilea + Retinacolo flessore  
del bacino + Retinacolo della caviglia +

Mamado Socorro da  
LINGUAGENS  
Sunda 185009



## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/04/18

PRONTUÁRIO: 107 1465

PACIENTE: **Vinícius Vamburana Costa**

SEXO: COR: IDADE: 21

PRESSAO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL: (C) BOM (E) REGULAR (M) MAU (P) PESSIMO RISCO CIRURGICO: (C) BOM (E) REGULAR (M) MAU (P) PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATORIO

AP. CIRCULATORIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO CLASSE

DOSE: HORAS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: **FRATURA DE FÉMUR DISTAL (C) + DIAFÍSICA (E)**CIRURGIA REALIZADA: **TRATAMENTO CIR. Fratura de Fémur Distal (C) + Diáfise**CIRURGIAO: **Milton + Nilson** AUXILIARES: **R'S**INÍCIO DA ANESTESIA: **14:15** TERMO DA ANESTESIA: **15:45** DURAÇÃO DA ANESTESIA: **1h30**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

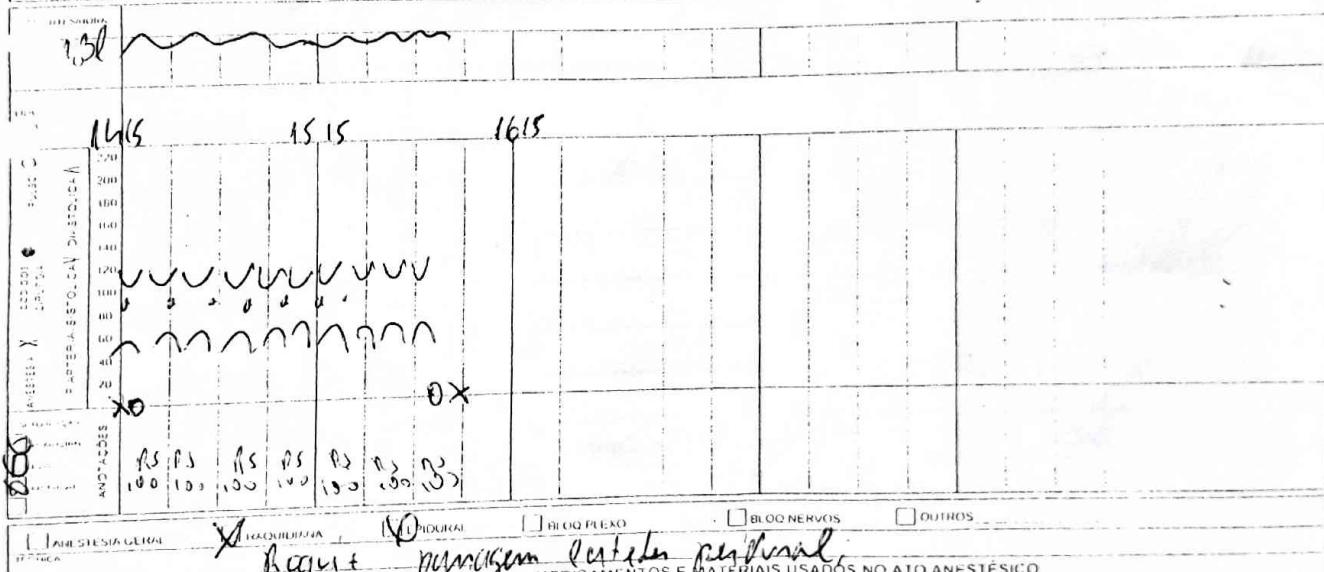
QUANT. DE CH:

VALOR US\$:

ANESTESIA:

CPI:

CRM-PB:



ANESTESIA GERAL  LACUERNA  PÍVORAL  BLOQ PLEXO  BLOQ NERVO  OUTROS

**Requrit paralisação extensa peritoneal.**

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GRUPO	DESCRICAÇÃO	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	QUANT. USADA	VALOR TOTAL
1	Uropi. 100mg 20	11			
2	Uropan. 80	12			
3	Urosp. 25	13			
4	Uropan. 25	14			
5	Uropan. 25	15			
6	Uropan. 25	16			
7	Uropan. 100	17			
8		18			
9		19			
10		20			

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**23 AGO. 2018**  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

ASSINATURA DO ANESTÉSICO

Dr. Gustavo Cavalcanti Mendes  
Anestesista  
CRM-PB 1273



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Veronica Paula Costa BE/Prontuário: 1077465  
 Idade: 21 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 10/10/18  
 Clínica/Setor: Osteopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Retirada de fixador externo + instalação trans-tibial  
 Cirurgião: Dr Orlando 1º Assistente: Dr João Henrique  
 2º Assistente: Dr Francisco Almeida (MDF) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura de diáfise do fêmur (6)	
- Fratura de extremidade distal do fêmur (1)	

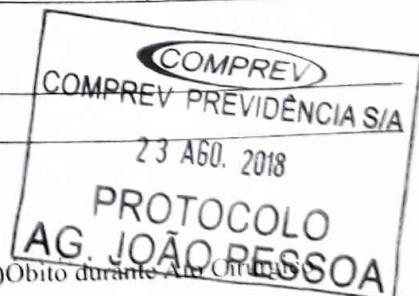
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada de fixador externo + instalação de fixação trans-tibial (6)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico



Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr Francisco Almeida Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
fone: 0310457905760

João Pessoa, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

F(NG).ASCIR.009-1





# CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Ponto e DORT sob reclinacão
- ② Aspiração e antisepsia
- ③ Posição dorsal por estores

### Incisão:

### Achados:

### Conduta:

- ④ Retirada dos pinos de fixação externa
- ⑤ Parage de Rio de Vártice 4,5 transfixial, com tração de 6 Kg.

### Fechamento:

- ⑥ Curativos
- ⑦ RX de controle

### Observação:

Dr Francisco Freitas  
Médico  
CRM PB 9603  
CNS 7034(04579057)

João Pessoa, 10/10/18

Médico/CBM: CNS 7034045790577

E(NG)-ASCIIR-009-1







## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/10/18

## PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>Wenderson Umbuzeiro da Costa</i>		SEXO: <i>M</i>	COR: <i>BR</i>	IDADE: <i>21</i>																																		
PRESSÃO ARTERIAL: <i>140/80</i>	PULSO: <i>82</i>	RESPIRAÇÃO: <i>REGULAR</i>	TEMPERATURA: <i>36,5</i>	PESO: <i>70</i>	GRUPO SANGUÍNEO: <i>O</i>																																	
ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO																															
EXAMES COMPLEMENTARES: <i>VEG (eletrodo)</i>																																						
AP. RESPIRATÓRIO: <i>regular</i>	AP. CIRCULATÓRIO: <i>estável hemodinamicamente</i>																																					
AP. DIGESTIVO: <i>regular</i>	ESTADO MENTAL: <i>LOTE</i>	DROGAS EM USO: <i>oxitocina</i>			ESTADO FÍSICO (ASA): <i>II</i>																																	
PRÉ-ANESTÉSICO: <i>glicem</i>																																						
DOSE/HORA:																																						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura de fêmur F</i>																																						
CIRURGIA REALIZADA: <i>Fractura de fêmur com IME + Fissura Transversa</i>																																						
CIRURGÃO: <i>Dr. Anderson + Dr. Auxilius + Dr. Fábio + Dr. Fernando</i>																																						
INÍCIO DA ANESTESIA: <i>09:00</i>	TÉRMINO DA ANESTESIA: <i>09:40</i>			DURAÇÃO DA ANESTESIA: <i>40 min</i>																																		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.			VALORES R\$																																		
ANESTESISTA: <i>Dr. Helder + Dr. Felipe (R2)</i>				CRM-PB: <i>CRM 3774-15</i>																																		
DESENHOS/HORA: <i>00 10:00</i>																																						
O: <i>3</i>	N: <i>20</i>																																					
LÍQUIDOS VENOSOS: <i>500 ml</i>																																						
● PULSO: <i>220</i>	● CIRÚRGIA: <i>140</i>	● DIASTÓLICA: <i>140</i>	● ANESTESIA: <i>140</i>	● P. ARTERIAL SISTÓLICA: <i>140</i>	● P. ARTERIAL DIASTÓLICA: <i>140</i>	● CÓDIGOS: <i>220</i>	● ANESTESIA: <i>140</i>																															
● PULSO: <i>200</i>	● CIRÚRGIA: <i>120</i>	● DIASTÓLICA: <i>120</i>	● P. ARTERIAL: <i>120</i>	● P. ARTERIAL SISTÓLICA: <i>120</i>	● P. ARTERIAL DIASTÓLICA: <i>120</i>	● CÓDIGOS: <i>200</i>	● ANESTESIA: <i>120</i>																															
● PULSO: <i>180</i>	● CIRÚRGIA: <i>100</i>	● DIASTÓLICA: <i>100</i>	● P. ARTERIAL: <i>100</i>	● P. ARTERIAL SISTÓLICA: <i>100</i>	● P. ARTERIAL DIASTÓLICA: <i>100</i>	● CÓDIGOS: <i>180</i>	● ANESTESIA: <i>100</i>																															
● PULSO: <i>160</i>	● CIRÚRGIA: <i>80</i>	● DIASTÓLICA: <i>80</i>	● P. ARTERIAL: <i>80</i>	● P. ARTERIAL SISTÓLICA: <i>80</i>	● P. ARTERIAL DIASTÓLICA: <i>80</i>	● CÓDIGOS: <i>160</i>	● ANESTESIA: <i>80</i>																															
● PULSO: <i>140</i>	● CIRÚRGIA: <i>60</i>	● DIASTÓLICA: <i>60</i>	● P. ARTERIAL: <i>60</i>	● P. ARTERIAL SISTÓLICA: <i>60</i>	● P. ARTERIAL DIASTÓLICA: <i>60</i>	● CÓDIGOS: <i>140</i>	● ANESTESIA: <i>60</i>																															
● PULSO: <i>120</i>	● CIRÚRGIA: <i>40</i>	● DIASTÓLICA: <i>40</i>	● P. ARTERIAL: <i>40</i>	● P. ARTERIAL SISTÓLICA: <i>40</i>	● P. ARTERIAL DIASTÓLICA: <i>40</i>	● CÓDIGOS: <i>120</i>	● ANESTESIA: <i>40</i>																															
● PULSO: <i>100</i>	● CIRÚRGIA: <i>20</i>	● DIASTÓLICA: <i>20</i>	● P. ARTERIAL: <i>20</i>	● P. ARTERIAL SISTÓLICA: <i>20</i>	● P. ARTERIAL DIASTÓLICA: <i>20</i>	● CÓDIGOS: <i>100</i>	● ANESTESIA: <i>20</i>																															
SETORIZAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> P. ARTERIAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <i>sedativo</i>																																						
ANESTESIA: <i>Bradicardia. Paciente em TAH, monitorando (PN, TEP, ECG, Ma), sedado com (1)+(2)+(3)</i>																																						
UDOS: <i>MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</i>																																						
<table border="1"> <tr> <td>GLUCOSE</td> <td>1. <i>Pumpal 300 mg</i></td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>NACI</td> <td>2. <i>Meloxicam 2 mg</i></td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td>3. <i>Fenoldil 80 mg</i></td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>RINGER</td> <td>4. <i>Perfusão Ringer 10 mg</i></td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>5. <i>Diprivan 2 g</i></td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>DESTINO DO PACIENTE</td> <td>6. <i></i></td> <td>16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> APT*</td> <td>7. <i></i></td> <td>17</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> UTI</td> <td>8. <i></i></td> <td>18</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OUTROS: <i>URPA</i></td> <td>9. <i></i></td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="2">OBSERVAÇÕES IMPORTANTES</td> <td>10. <i></i></td> <td>20</td> </tr> </table>								GLUCOSE	1. <i>Pumpal 300 mg</i>	11	NACI	2. <i>Meloxicam 2 mg</i>	12	SANGUE	3. <i>Fenoldil 80 mg</i>	13	RINGER	4. <i>Perfusão Ringer 10 mg</i>	14	TOTAL	5. <i>Diprivan 2 g</i>	15	DESTINO DO PACIENTE	6. <i></i>	16	<input type="checkbox"/> APT*	7. <i></i>	17	<input type="checkbox"/> UTI	8. <i></i>	18	<input type="checkbox"/> OUTROS: <i>URPA</i>	9. <i></i>	19	OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		10. <i></i>	20
GLUCOSE	1. <i>Pumpal 300 mg</i>	11																																				
NACI	2. <i>Meloxicam 2 mg</i>	12																																				
SANGUE	3. <i>Fenoldil 80 mg</i>	13																																				
RINGER	4. <i>Perfusão Ringer 10 mg</i>	14																																				
TOTAL	5. <i>Diprivan 2 g</i>	15																																				
DESTINO DO PACIENTE	6. <i></i>	16																																				
<input type="checkbox"/> APT*	7. <i></i>	17																																				
<input type="checkbox"/> UTI	8. <i></i>	18																																				
<input type="checkbox"/> OUTROS: <i>URPA</i>	9. <i></i>	19																																				
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		10. <i></i>	20																																			
<b>COMPREV</b>																																						
<b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>																																						
23 AGO. 2018																																						
<b>PROTOCOLO</b>																																						
<b>AG. JOÃO PESSOA</b>																																						
Assinatura do Anestesista: <i>Dr. Helder - Dr. Felipe - Dr. Anderson - Dr. Auxilius - Dr. Fernando</i>																																						
CRM: <i>CRM 3774-15</i>																																						
F (NG) ASCIR 026-1																																						





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Vinicius Unisurana Costa** CPF da Vítima **159.091.504-95** Data do Acidente **25/03/2018**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prejuízo, concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

**23 AGO. 2018**

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

Local e Data

**Vinicius Unisurana Costa**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



**SINISTRO 3180391411 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** VINICIUS UMBURANA COSTA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev  
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB  
**BENEFICIÁRIO** VINICIUS UMBURANA COSTA  
**CPF/CNPJ:** 11909150495

**Posição em 19-09-2018 16:48:15**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/09/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50





**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Cruz do Espírito Santo**

Processo n.º: 0800279-  
32.2018.8.15.0291

**PROCEDIMENTO COMUM (7)**

**[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]**

**AUTOR(S):**

Nome: VINICIUS UMBURANA COSTA  
Endereço: s/n, Sítio Jaques, CRUZ E  
SANTO - PB - CEP: 58337-000  
Advogados do(a) AUTOR: RENAN DE  
CARVALHO PAIVA - PB21393, RUY  
NEVES AMARAL DA ROCHA -  
PB23263

**RÉU(S):**

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A  
Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 6 9 14 e 15  
andares, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-  
205  
Advogado do(a) RÉU:

**DECISÃO**

Vistos, etc.

**Da gratuidade judiciária.**

Defiro a gratuidade para todos os atos do processo.

**Das intimações.**

Os advogados ficam advertidos que não será expedida intimação pessoal por mandado direcionado à parte para comparecimento às eventuais audiências. As partes serão cientificadas para o comparecimento através de seus procurados constituídos nos autos.

Os advogados ficam advertidos que não será expedida intimação por mandado para intimação de eventual testemunha, ficando os patronos, nos termos do art. 455 do CPC, responsáveis por tal providência.

**Do presente feito.**

Recebo a inicial. Não houve pedido liminar.

Diante do requerimento da parte autora e considerando a natureza do feito, não se vislumbra necessidade de designação de audiência de conciliação.

Cite-se o réu para responder ao pedido do autor com as advertências do art. 335 e ss do CPC, inclusive com a advertência de que não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor nos termos do art. 344 do CPC.

**Recomendações sobre a citação.**

Caso a parte promovida seja empresa de médio ou grande porte, deverá ser, inicialmente, tentada a citação via expediente do sistema PJE. Apenas, se a parte promovida não estiver habilitada para receber citação via sistema, é que deverá ser realizada a citação por outro meio.

No cumprimento da citação pelo correio, que fica desde já deferida, a escrivaninha deverá atentar para o que estabelece o art. 248 do CPC.

Não sendo o caso de citação pelo correio, expeça-se o mandado de citação.

Caso o promovido resida em outra comarca a citação poderá se dar por carta ou carta precatória conforme as peculiaridades do endereço.

No caso da parte promovida residir em outra Comarca e esteja impossibilitado de viajar para comparecer neste juízo, poderá apresentar contestação diretamente no sistema PJE, apresentando proposta escrita de conciliação se desejar, requerendo, se for o caso, sua inquirição por carta precatória.

Caso o mandado, carta de citação ou carta precatória não seja cumprida por deficiência de endereço, a parte promovente deverá ser intimada, por seu advogado, para prestar esclarecimento sobre o endereço, renovando-se a citação na forma requerida, se for o caso.

Caso a parte seja assistida pela Defensoria Pública, tal intimação deverá ser feita diretamente a parte autora, por mandado com a advertência de que, nos termos do art. 485, III, §1º do CPC, se não der andamento ao feito no prazo de



30 dias, será decretada a extinção do processo sem julgamento do mérito. A Defensoria deverá ser cientificada desta decisão, podendo se manifestar no mesmo prazo, observada a contagem em dobro nos termos do art. 186 do CPC.

Caso o advogado não se manifeste no prazo de 30 dias, o autor deverá ser intimado pessoalmente, nos termos do art. 485, III, §1º do CPC para promover o andamento do feito em 05 dias sob pena de extinção do feito.

A diligência de citação deverá ser renovada tantas vezes quanto necessário, caso haja requerimento nesse sentido com indicação de novo endereço.

#### **Sobre o detalhamento do endereço.**

Diante das justificativas apresentadas pelos oficiais para os casos de não localização dos endereços, apresentamos algumas sugestões que, se aceitas, podem reduzir a ocorrência de diligências infrutíferas por não localização de endereço.

1. Coordenadas GPS no formato geodésico.
2. Coordenadas GPS no formato geodésico decimal.
3. Link para o endereço, obtida em aplicativos gratuitos com Google Maps.
4. Indicação de rua de esquina.
5. Indicação de rua transversal próxima.
6. Indicação de duas ruas transversais que delimitem o endereço (entre as ruas).
7. Imagem da fachada do imóvel (que pode ser obtida via Google Maps ou diretamente pela parte).
8. Ponto de referência.
9. Telefone da parte.

#### **Providências após a citação.**

Caso a parte promovida apresente contestação, e sendo arguidas preliminares ou apresentados documentos, abram-se vistas ao autor, por seu advogado, para, no prazo de 15 dias, se manifestar nos termos do art. 350 e 351 do CPC, assim como sobre os documentos juntados na contestação.

#### **CUMPRA-SE NA FORMA DA LEI.**

Cruz do Espírito Santo, 17 de outubro de 2018.

**Eduardo R. de O. Barros Filho**

Juiz de Direito

A autenticidade do presente documento poderá ser verificada na forma usual do PJE, através do site abaixo, preenchendo no campo "número do documento" o número indicado abaixo do código de barra ou indicado como número de documento com 29 dígitos.

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



Assinado eletronicamente por: EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO - 17/10/2018 21:54:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101721544712400000016772647>  
Número do documento: 18101721544712400000016772647

Num. 17223163 - Pág. 2



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

PROCESSO N° 0800279-32.2018.8.15.0291

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro]

**AUTOR: VINICIUS UMBURANA COSTA**

**REU: 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, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **CITO:**

**Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

**Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 6 9 14 e 15 andares, 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, nos termos do artigo 335 e seguintes, do CPC. 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).

Segue abaixo LINK da petição inicial.

SANTA RITA-PB, 22 de abril de 2020.

FERNANDA HUEBRA DE SOUZA LEITE

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:

18092022530797600000016297017

