



Número: **0806906-63.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/02/2018**

Valor da causa: **R\$ 9450.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA
AUTOR	LEONARDO DE SOUSA RUFINO
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12360 044	01/02/2018 15:33	1 PROCURAÇÃO	Procuração
12360 077	01/02/2018 15:33	2 DOCS PESSOAIS	Documento de Identificação
12360 093	01/02/2018 15:33	3 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Comprovação
12360 117	01/02/2018 15:33	4 B.O.	Documento de Comprovação
12360 147	01/02/2018 15:33	5 DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
12360 169	01/02/2018 15:33	6 DECLARAÇÃO SAMU	Documento de Comprovação
12360 204	01/02/2018 15:33	7 PRONTUÁRIO TRAUMA I	Documento de Comprovação
12360 277	01/02/2018 15:33	8 PRONTUÁRIO TRAUMA II	Documento de Comprovação
12360 304	01/02/2018 15:33	9 PRONTUÁRIO TRAUMA III	Documento de Comprovação
12360 369	01/02/2018 15:33	10 DPVAT ADMINISTRATIVO INDEFERIDO	Documento de Comprovação
12538 165	16/02/2018 08:50	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

(Versão: 2017)

OUTORGANTE: Leonardo de Sousa Regino, Brasileiro, Solteiro, conferente, inscrito no CPF sob o nº 118.075.894-39, e RG 4.064.300 SSPS/PB, residente e domiciliado na Rua João Galdino da Silva, nº 33, Apto Redentor, no município de João Pessoa/PB. CEP: 58071-090

OUTORGADOS: MARCOS ANTONIO INÁCIO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB, OAB/PE, OAB/RN, OAB/CE, OAB/MA, OAB/BA e OAB/RJ sob os nºs 4.007, 573-A, 560-A, 20.417-A, 9.503-A, 29.933 e 199.239, respectivamente; e no CPF sob o nº. 206.448.414-00; NARRIMAN XAVIER DA COSTA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº. 10.334, e no CPF sob o nº. 419.121.364-49; NELSON AZEVEDO TORRES, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 11.488, e no CPF sob o nº. 031.129.754-48; KARLA GABRIELA SOUSA LEITE, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº. 11.755, e no CPF sob o nº. 035.175.634-55; CAIO TIBÉRIO BARBALHO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 18.873, e no CPF sob o nº. 074.757.494-44; TANIELLE KÉZIAH DE SOUSA FREIRE TOSCANO HENRIQUES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº. 18.326, e no CPF sob o nº. 066.489.494-14; LETÍCIA BOLZANI GONDIM, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº. 12.526, e no CPF sob o nº. 039.892.364-74; JOÃO PAULO BARBALHO INÁCIO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 23.419, e no CPF sob o nº. 058.378.254-01; DANIEL BRUNNO DE MELO E SOUSA, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 14.278, e no CPF sob o nº. 043.407.044-07; todos com escritório profissional localizado à Rua Francisca Moura, 548, Centro, JOÃO PESSOA-PB, onde recebem intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

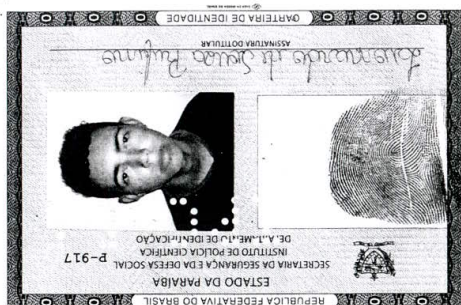
PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda aos Advogados acima descritos, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

João Pessoa/PB, 26 de Janeiro de 2018

* 
OUTORGANTE



1992.1668.0100.0165

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
118.075.894-39
Nome
LEONARDO DE SOUSA RUFINO
Nascimento
20/12/1995
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

192.168.010.019

JOSEANE PEREIRA
RUA JOAO GALDINO DA SILVA, 33 - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA/PB CEP: 58071-090 (AG 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 16 - 2 - 599 - 2790
Nº medidor: 00008197066

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B-230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58011-870
CNPJ 09.085.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-4

Nº da Fatura/Conta de Energia Elétrica: 1101 187 573

Ate
Co

Ap

28/11/2016
Data prevista da próxima leitura

27/12/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

Faturas em atraso		Demonstrativo	
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,15043	4,51
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	0,25823	18,07
Consumo - 101 a 200 kWh-BR	120	0,38735	46,48
Consumo acima de 200 kWh-BR	201	0,43040	86,51
Adic. B Amarela			4,74
Subsidio			30,58
ICMS			71,78
PIS			0,57
COFINS			2,62

Histórico de Consumo (kWh)		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	
Out/16	309	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA	11,16
Set/16	371	JUROS DE MORA 09/2016	2,25
Ago/16	347	MULTA 09/2016	4,85
Jul/16	303	PARCELAMENTO DE DÉBITO 81/100	23,37
Jun/16	330	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 09/2016	0,28
Mai/16	327	Devolução Subsidio	-30,58
Abr/16	469		
Mar/16	461		
Fev/16	372		
Jan/16	304		
Dez/15	331		
Nov/15	338		

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	265,87	71,78
PIS	265,87	0,57
COFINS	265,87	2,62

VENCIMENTO 05/12/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 276,99

RESERVADO AO FISCO

Indicadores de Qualidade 9/2016 - Cristo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,43	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,89	0,00
DIC ANUAL	21,73	0,00
FIC MENSAL	3,48	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,97	0,00
FIC ANUAL	13,95	0,00
DMIC	3,11	
DICRI	12,22	

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 13/12/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fica a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,58.

192.168.010.019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leonardo de Sousa Rufino,

RG nº 4.064.300, data de expedição 19/06/2012 Órgão IPC-PB,

CPF nº 118.075.894-39, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Galdino da Silva</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Oristo</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58071-090</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98661-2975</u>
E-mail	<u>(83) 98687-1714</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa,

Assinatura do Declarante: Leonardo de Sousa Rufino



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01433.01.2016.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01433.01.2016.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:28 horas do dia 28 de dezembro de 2016, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigação, matrícula 1819763, ao final assinado, compareceu **EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA**, RG nº 1961558 SSDS/PB, CPF nº 066.868.084-90, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão CUIDADORA, filho(a) de SEVERINA CORDEIRO DE SOUSA e HELIO FRANCISCO DE SOUSA, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 15/01/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) RUA AILTON MEDEIROS DE MORAIS, complemento QUADRA 69 - APTO 102 - BLOCO 07, bairro Gramame, tendo como ponto de referência IG, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98744-0559.

Dados do(s) Fatos:

Local: MARTINS DISTRIBUIDORA, IG, João Pessoa/PB, bairro Distrito Industrial; Tipo do Local: estabelecimento comercial (loja, supermercado, etc); Data/Hora: 28/12/16 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Veio relatar que seu filho de nome LEONARDO DE SOUSA RUFINO (RG 4.064.300 SSDS/PB) sofreu um acidente de trânsito no dia 23/12/2016 às 23h próximo a feira de Oitizeiro, nesta, QUE seu filho estava a caminho do trabalho, QUE o mesmo teve ferimentos e foi socorrido para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta, e no dia 26/12/2016 foi transferido para o Hospital da UNIMED, nesta, onde encontra-se internado até a presente data sem previsão de alta médica, aguardando cirurgia.

ADENDO(S):

Que na data 06/06/2017, à(s) 15:25 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A noticiante declara que seu filho Leonardo de Sousa Rufino no dia do acidente acima descrito estava pilotando a motocicleta de placa OEX 3191/PB, que estava na faixa da direita e passou para a faixa da esquerda momento em o carro da frente parou e seu Filho Leonardo de Sousa Rufino colidiu na traseira do carro, e o condutor do carro se evadiu local.. Adendo registrado por: Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigação, matrícula: 1819763.

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 fê.

João Pessoa/PB, 06 de junho de 2017.


MARIA IVA DE SOUSA VIEIRA
Agente de Investigação


EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA
Noticiante

Procedimento Policial: 01433.01.2016.1.00.401

1/1

6T0*0T0*89T*Z6T



Avenida Ministro José Américo de Almeida, 1450 - TORRE
CEP: 58.040-914 - João Pessoa / PB
Fone: (0**83) 2106-0216

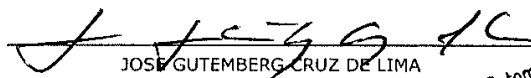
DATA: 01/01/2017

HORA: 12:58

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ORGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº **S723**. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE **120 (CENTO E VINTE DIAS)** DIAS A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016


JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
CRM - 001738
Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) **JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA** a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000222001

Idade: 21 anos

Paciente: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

Data: 24/12/2016

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 28/12/2016 13:08 .

Dr. Lautonio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: **000000222001**

Idade: **21 anos**

Paciente: **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**

Data: **24/12/2016**

RADIOGRAFIA COXA ESQUERDA

- Fratura completa angulada da diáfise femoral esquerda.
- Aumento de partes moles.

**O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 28/12/2016 13:09 .

Dr. Lautonio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB



HOSPITAL ALBERTO ORQUIZA WANDERLEY

Avenida Ministro José Américo de Almeida, 1450 - TORRE
CEP: 58.040-914 - João Pessoa / PB
Fone: (0**83) 2106-0216

DATA: 01/01/2017

HORA: 12:58

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ORGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº **S723**. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE **120 (CENTO E VINTE DIAS)** DIAS A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
CRM - 001738

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) **JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA** a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável

610*010*891*261



Avenida Ministro José Américo de Almeida, 1450 - TORRE
CEP: 58.040-914 - João Pessoa / PB
Fone: (0**83) 2106-0216

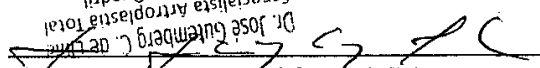
HORA: 12:58

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ORGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº **S723**. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE **120 (CENTO E VINTE DIAS)** DIAS A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738


JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
CRM - 001738

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) **JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA** a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável



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



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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 612/085, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 154575, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **LEONARDO DE SOUSA RUFINO** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 23/12/2016, na Av. Cruz das Armas, Bairro: Oitizeiro - João Pessoa - aproximadamente às 23:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital da UNIMED.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 09 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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




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

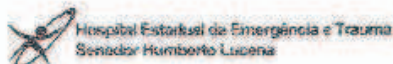


LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	LEONARDO DE SOUSA RUFINO
DATA DE NASCIMENTO	20/12/95
NOME DA MÃE	EDVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	969.633
PRONTUÁRIO N.º	99.408
DATA DO ATENDIMENTO	24/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	05:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLISTICO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
CID 10	V 23 + S 72.3.0
AVALIAÇÃO INICIAL:	
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, RESGATADO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM COXA ESQUERDA. EF= EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MIE + GLASGOW 15 + ENCURTAMENTO DO MIE.	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
RX DO FÊMUR ESQUERDO- RELATO COT- FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO	
RX DO JOELHO ESQUERDO	
TRATAMENTO	
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESDQUELETICA EM MI ESQUERDO. OPERADO POR DR. JOÃO HENRIQUE + MEDICAÇÃO.	
ALTA HOSPITALAR:	TRANSFERÊNCIA- 26/12/2016 PARA O HOSPITAL UNIMED
DATA DA EMISSÃO:	26/02/2017


Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 969633



Identificação do paciente				
ID 1120026	Nome LEONARDO DE SOUSA ROFINO			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/12/1995	Idade 21 anos 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EDVANIA CORDEIRO DE SOUSA	Pai			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 98440559	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência BAIRRO SAG JOSE	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR		
Endereço				
CEP 58034520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DO RIO	
Número SN	Complemento	Bairro SÃO JOSE		
Admissão				
Data e Hora 24/12/2016 00:29:59	Número de pulseira 1000004207962		Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA x mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS				
Tempo 04min 34seg				

Imprimir



Primeiro Atendimento Médico

1000004207962 BE: 908633
LEONARDO DE SOUSA ROFINO
DT. NASC.: 29/12/1996
PAE: EDVANIA CORDEIRO DE SOUSA

END.: DO RIO
N. SN - S. 80 JOS 2
JOSÉ PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 98440559
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE	IDADE
------------------	-------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, trazido
pelo JAMU, apresentando ferimento profundo no
fêmur @, com + da mobilização do
limbo.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS: ☒ Pervas ☐ Obstruídas
AÉREAS: ☐ Sim ☒ Não
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
RUIDOS:
☒ Sim ☐ Não
HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
FR: ____ Imp SaO₂ ____ %

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 B4: ☐ Sim ☒ Não
FC: ____ bpm PA: ____ X mmHg T: ____ °C
ECG: ____

ABDOMEN: flácido, hipotônico, indurado

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupílas: ☐ 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 contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

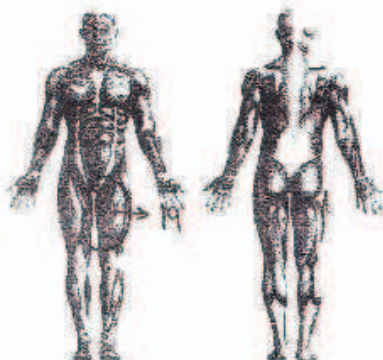
F(NG).CC.001-1

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 Tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encrevado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma Branca | 30. Parálise |
| 13. F. Arma de Fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-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
1	Atendimento inicial		
2	diagnóstico 1º + A.O. 0		
3	Exatomaferase 100mg + 100ml 1F0.9% G		
4	Intoxicação 01 amp IM		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORÃO / _____ às _____ do dia ____ / ____ / ____
 Solicito parecer da _____ / _____ às _____ do dia ____ / ____ / ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA: ____ / ____ / ____
 SAÍDA: _____
 HORAS: _____
 () Centro cirúrgico () Transferência (unidade de saúde) _____
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica _____
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO


ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1

	Sistema: Ministério Único de da Saúde 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;">H. E. E. T. S. H. L.</div>		2 - CNES <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		4 - CNES <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;">Rosamundo da Souza R. Lima</div>		6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;">864</div>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		8 - DATA DE NASCIMENTO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		11 - SEXO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;">M</div>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		13 - TELEFONE DO CONSULTÓRIO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA (1) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		15 - CID 10 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
22 - DIAGNÓSTICO GERAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		23 - CID 10 PRINCIPAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <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 </div>			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; font-family: monospace; min-height: 100px;"> 01. Rio de Janeiro - N: 4.0. </div>			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		37 - DATA DA SOLICITAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
38 - DOCUMENTO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		39 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
40 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
AUTORIZAÇÃO			
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		43 - CÓD. ORGÃO EMISSOR <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
44 - DOCUMENTO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-family: monospace;"> </div>	

 Sistema Ministério União de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Pág. 18 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE			3 - CNES	
Identificação do Paciente				
4 - NOME DO PACIENTE			5 - NOME DO FILHO	
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			7 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			13 - CIDADE	
14 - CÓDIGO MUNICIPAL			15 - CEP	
16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			18 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			20 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
21 - DIAGNÓSTICO GERAL			22 - CID 10 PRINCIPAL	
23 - CID 10 SECUNDÁRIO			24 - CID 10 OUTRAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
27 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<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 - QTD.	
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				
01. Rio da Guaraná. N° 4.0.				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			38 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
39 - DOCUMENTO			40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			42 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			48 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	



RELATÓRIO DE CIRURGIA

021



Nome: Leonardo de Souza Delfino Prontuário: 969633
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / _____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Dr. João Henrique
Cirurgião: Dr. João Henrique 1º Assistente: Dr. Claudio (AS)
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Rafaela
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura da tíbia do fêmur</u>	<u>86</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Troca Transversosteal em MTE</u>	<u>86</u>
<u>(Túbia proximal)</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

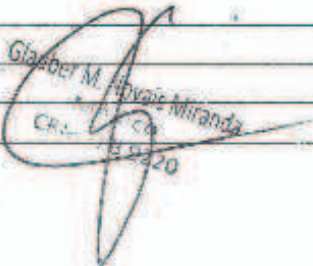
Médico/CRM: _____

Glauber M. Novais Miranda
CRM: 2020

João Pessoa, 29 / 12 / 2016

F(NG).ASCIR.008-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo:</p> <p>1- Paciente em Decúbito Dorsal sob anestesia</p> <p>2- Anestesia + Antimigração</p> <p>3- Afaseção de campos amplos</p> <p>Incisão:</p>
<p>Achados:</p>
<p>Conduta:</p> <p>4- Colocação de Tração Transversal com fio K 8/0 na pele a 1 cm do furo da pele + mandagem de fios + 8 kg de peso</p> <p>5- Curadura Estil</p> <p>6- Rx de controle</p> <p>Fechamento:</p>
<p>Observação:</p>


Glauber M. de Souza Miranda
CRM: 15.220

João Pessoa, 24/12/16

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: <u>João Paulo de Souza Brito</u>						
IDADE: <u>22</u> SEXO: <u>M</u> NÚMERO: <u>969633</u> ENDERECO: <u>Av. ...</u> CIDADE: <u>...</u>						
CIRURGO: <u>Dr. João Paulo de Souza Brito</u> N.º: <u>...</u>						
CIRURGIÃO: <u>Dr. João Paulo de Souza Brito</u> N.º: <u>...</u>						
ANESTESIA: <u>...</u>						
ANESTESISTA: <u>Dr. João Paulo de Souza Brito</u>						
INSTRUMENTADOR: <u>...</u>						
DATA: <u>24.12.16</u> LOCAL: <u>...</u> ANESTESIA: <u>...</u> FIM: <u>...</u> CATEGORIA: <u>...</u> INICIO: <u>12:30</u>						
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.						
ALFENTANIL	1	9.8.21.2000	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA	1	9.8.21.2000	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPÍ DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPÍ TINTURA	LÂMINA DE DERMATÓMIO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		PVPÍ TÓPICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	10	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		MATERIAS	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIURETANO Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	1	FIO SEÇÃO Nº	
MORFINA		AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	1	FITA CARDÍACA	
NEBIBUM		AGULHA PERIDURAL Nº6	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PVC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	1	AGULHA RAQUÍ Nº25G	SCALP Nº18		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUÍ Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CRUPOM	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	1
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLOC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		SCI. PAIN	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFADROXILA	L	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA	L	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFDORINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONGIOSOS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA ORUTRAL Nº		PARAFUSOS ESPONGIOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS MATELACAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATELACAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		PLETODÓIS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	L	EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			() BISTURI ELÉTRICO	
PROTANINA		ESPONJA DE PVP			() CAPNÓGRAFO	
TENDONICAN		ESPARADRAPO			() CARDIOMONITOR	
		GAZES			() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS			() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO			() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14			() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16			() OXÍMETRO DE PULSO	
					() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
					() PERFURADOR ELÉTRICO	
					() SERRA	
					CIRCULANTE	



146670

Dr. Robert W. Hentley, Jr.
M.D.
Chapel Hill, NC

SINISTRO 3170242685 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEONARDO DE SOUSA RUFINO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora

S/A-Filial João Pessoa-PB

BENEFICIÁRIO LEONARDO DE SOUSA RUFINO

CPF/CNPJ: 11807589439

Posição em 07-08-2017 10:21:42

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.



**Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7)0806906-63.2018.8.15.2001

AUTOR: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, 14 de fevereiro de 2018