



Número: **0803647-26.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **5º Juizado Especial Cível da Capital**

Última distribuição : **01/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	CARLOS ANDRE DA SILVA
AUTOR	JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18962 483	01/02/2019 10:46	procuração	Procuração
18962 682	01/02/2019 10:46	documento de identificação pessoal	Documento de Identificação
18962 745	01/02/2019 10:46	Boletim de Atendimento do Hospital de Trauma-otimizado 1	Documento de Comprovação
18962 760	01/02/2019 10:46	Boletim de Atendimento do Hospital de Trauma-otimizado 2	Documento de Comprovação
18962 774	01/02/2019 10:46	Boletim de Atendimento do Hospital de Trauma-otimizado 3	Documento de Comprovação
18962 785	01/02/2019 10:46	Boletim de Atendimento do Hospital de Trauma-otimizado 4	Documento de Comprovação
18962 797	01/02/2019 10:46	Boletim de Atendimento do Hospital de Trauma-otimizado 5	Documento de Comprovação
18962 810	01/02/2019 10:46	Boletim de Atendimento do Hospital de Trauma-otimizado 6	Documento de Comprovação
18962 823	01/02/2019 10:46	Boletim de Ocorrencia	Documento de Comprovação
18963 001	01/02/2019 10:46	receituários médicos	Informações Prestadas
18962 877	01/02/2019 10:46	Laudo médico	Documento de Comprovação
18963 057	01/02/2019 10:46	carta de exigencias documentais	Informações Prestadas
18963 089	01/02/2019 10:46	comprovante de retirada de pendencias de correios	Informações Prestadas
19152 596	12/02/2019 09:42	Mandado	Mandado
19152 597	12/02/2019 09:42	Carta	Carta



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL”

JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS, inscrita no RG Nº 44829 – SSP/PB, CPF Nº 025.051.264-53, com endereço na Rua Silva Mariz, nº 579, Bairro: Cruz das Armas, João Pessoa/PB, constitui como sua bastante procuradora e advogado, o Dr. CARLOS ANDRÉ DA SILVA, OAB-PB 22.751, com endereço profissional na Rua Rodrigues de Aquino, 368, Ed. Nenza, Sala 205, Centro, João Pessoa – PB, a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, a fim de agindo em conjunto ou separadamente, defender os direitos do outorgante perante qualquer juízo ou tribunal, repartição pública, autarquia e entidade para estatal, representar o contratante em processo administrativo DPVAT, seguradora Lider e outras seguradoras, propondo ação competente quando o outorgante for autor ou réu, podendo ainda reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, desistir, transigir, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, praticando todos os demais atos necessários ao bom desempenho deste mandato, que tudo será dado pelo outorgante como firme e valioso.

João Pessoa, 16 de Novembro de 2016



Mandante

Carlos André — Advocacia
Rua: Rodrigues de Aquino, nº 368 – Ed. Nenza – Sala 205 – Centro – João Pessoa/PB
Contatos: (83) 98716-8816
E-mail: carlos.advocacia@uol.com.br



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

437301

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2016

**JOSE CLAUDIO SOARES DOS S
AV SILVA MARIZ 579**

**CRUZ DAS ARMAS 58085- 350
JOAO PESSOA**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável	
		Residencial	Comercial	Industrial	Bônus	
001.09.105.0150	0	1	0	0	0	437301

Hidrômetro Data de Instalação Localização Situação Água Situação Esgoto
Y12N225200 11/07/2012 5 LIGADO LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
502	510	8	31	07/08/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
JAN/2016	22	0	NUMERO DE AMOSTRAS	
FEV/2016	18	32	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
MAR/2016	15	0	COLIFORMES 0 0 0	
ABR/2016	0	32	COR	77 102 102
MAY/2016	0	32	TURBIDEZ	294 294 294
JUN/2016	18	0	COLIFORMES	294 294 294
MEDIA(M)	16		DADOS REFERENTES A:MAY/2016	

DATA DA LEITURA: 11/07/2016	HORA DA LEITURA: 11:40:21
DESCRICAÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 32,78 26,22 R\$59,00
030-PARCELAMENTO	R\$10,24
047-JUROS DE MORA	R\$0,38
050 ACRESCIMO(S) R\$5(E) ANT.	R\$3,25
821-PARC DEB A COBRAR PARCEL	R\$37,24

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$8,90 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
23/07/2016	R\$110,11

v.16.4 R. 1.0

DICAO DE LEITURA:REALIZADA
DICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
Nº EXISTE(RO) CONTAÇÃO ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

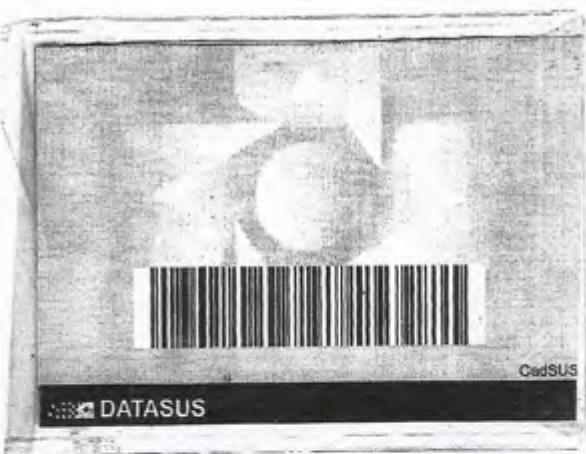
PARA SUA CONODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTÔMICO.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
437301	JUL/2016	23/07/2016	R\$110,11

82680000001-8 10110010820-4 04373010720-8 16000000002-8







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 908542



Identificação do paciente

ID 1016866	Nome JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/01/1936	Idade 80 anos 1 mes 26 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS	Pai JOSE SOARES DOS SANTOS			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) JUSSARA PEREIRA DE SOUZA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988504121	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 44829	Nº Cnes 888000433091055		
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS	Tipo BAIRRO			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
Endereço				
CEP 58085350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SILVA MARIZ	
Número 579	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS		

Admissão

Data e Hora Prevista 23/03/2016 18:36:20	Número da pulseira 1000004317417	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento QUEDA	Detalhe do acidente QUEDA DO MESMO NIVEL	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou THAYNA OLIVEIRA DE SOUZA		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

*transfusional.
12104
de
NS) del*

CID

Diagnóstico

ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS

Tempo
05min 34seg

Imprimir



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

1000004317417 BE. 906542
 JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS DT. NASC.: 26/01/1938
 MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
 END.: SILVA MARIZ
 N. 578 - CRUZ DAS ARMAS
 JOAO PESSOA
 FONE: /
 CELULAR: (83) 988504121
 ZERQUE: 40 DT. ENTRADA

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

*Reunião vítima de queda de próprio altura
de quase 2m de altura no piso + cinto*

ME PRIMARIO

AÉREAS () Pêrvias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade
() Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD [() Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente]

HTE [() Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente]

RUIDOS

[() sim
() Não]

HTD [Roncos
Sibilos
Estertores]

HTE [Roncos
Sibilos
Estertores]

imp SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: () Normal () Pálida () Cianótica

TEMPERATURA DA PELE: () Normal () Quente () Fria

PULSO: () Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO () Regular () Irregular () Ausente

BULHAS () Normatonéticas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO () Presente () Ausente

BE OU BA () Sim () Não

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

ECG:

ABDOMEN:

DEFÍCIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreageente

() Paralisadas

() Isocôricas

() Anisocôricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

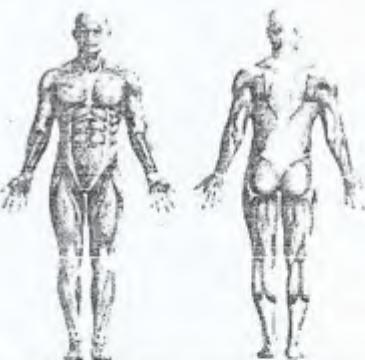
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos 6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza à dor 5
Ao contínuo estímulo	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
TOTAL:				Nenhuma 1

F(NG).CC.001-1

15 -

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
PATOLOGIA	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:

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

OBS.:

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

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º Hartmann		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8	Alt do r. gal		
9	DDipromo Sol susp IV		
10	Uroproflo 100g - Olap IV + cal 500g.		

SOLICITAÇÃO DE PARECER/MÉDICO

Solicito parecer da	<i>Ltspb.</i>	às	:	do dia	/	/
Solicito parecer da		às	:	do dia	/	/

DESTINO DO PACIENTE

DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico
DA	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Internado (setor)
HORAS:	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revalia <input type="checkbox"/> Desistência
	<input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO

ASSIN

ASSIN



MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONT

NOME DO PACIENTE:

1800084317417
JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS BE - 908542
DT. NASC : 26/01/1936
MARI MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS
END : SILVA MARIZ
N. 579 - CRUZ DAS ALMAS
JOGO PESSOA
FONE: (83) 880504121
CELULAR: (83) 880504121
IDADE: 80
DT. ENTRADA:

PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU		
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento
	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Lacerada <input type="checkbox"/> Queimadura				
	<input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encrevado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros				
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros				
DADOS CLÍNICOS (sintomas)					
DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: 23/07/16					
EXAME FÍSICO	PA: _____ mmHg	P: _____ bpm	SpO ₂ : _____	Tax: _____	
Sistema Neurológico:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input checked="" type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Miose				
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias		
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstáculo parcial das vias aéreas		
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstáculo total das vias aéreas		
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular satisfatória		
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida		
	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros:			
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial	
	<input type="checkbox"/> JHD		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda	
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rápido/edem	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal	
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Diárisia	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Cidígia	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> EVD
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cirurgias
	<input type="checkbox"/> Internações	<input type="checkbox"/> Outros:	Especificar: _____		
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Especificar: _____		
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:					
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: <i>Wellma Carla G. Andrade ENFERMEIRA COREM-PB 00000001</i>					
DESTINO:					
COREM:					
F(NG).ENF.022-1					



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSCH

BE/PRONTUÁRIO

90 8542

Nome do paciente

paciente
Joi davam sons dos Sestos

DATA	HORA	Descrição da Evolução
		<u>Onze dezo</u> 20.43
		Ex tramoculéica D.
		Tronze II
		Internar p/ TTO (inverz)
		Solicitar 2re-02 / EG 6 e
		risco cirurgico



CRUZ VERAELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

六
HETSEL

BE/PRONTUÁRIO

908542

Nome do paciente

paciente José Lázaro Soto de Soto

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<u>Origen</u> 20.43
		<u>Ex trópoacálica D.</u> <u>Trenze II</u>
		<u>Internar p/ TTO Univas</u> <u>Selicato Tre-02 / ECA e</u> <u>síco cinza</u>
		<i>Diego Lira</i>
		STAFF: Dr. Diego Lira

F(NG).ENF.018-1



CRUZ VERAELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSEL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

F(NG)ENF.018-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: José Cláudia Soares dos Santos DE/Prontuário: 908542
Idade: 80 anos Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/
Clínica/Setor: Ortopedico EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Osteotomia de Fémur Direito
Cirurgião: Dr. Nilvan Diniarow 1º Assistente: Dr. Jaynefer
2º Assistente: Dr. André (MRA) 3º Assistente: Dr. Glauber (MRS)
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Hercules
Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Transfracanular de Fêmur Direito.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Traçado e fixação Transfracanular de fêmur Direito</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: _____

João Pessoa, 12104156

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sos Cirúrgica

NOME DO PACIENTE:		<i>José Claudio Soares dos Santos</i>			
IDADE:	80	PRONTUÁRIO:	905562	LÉG.	
CRM:	Dr. Wilson P. Andrade R. 2 - Dr. Glauco R. 1				
ANESTESIA:	Barbitúricos				
ANESTESISTA:	Dr. Hercules Tomilie				
INSTRUMENTADOR:					
DATA:	27/07/12	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:	14:30	COMPLETO FIM:	16:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3) ASA IV (ASA 4) ASA V (ASA 5)					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE INFECTADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOZ	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
RUPIVACAÍNA ISÓRÁTICA	<i>OK</i>	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
RUPIVACAÍNA PESADA	<i>OK</i>	JELCO N°22		FIO DE ÁCIDO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE ÁCIDO N°	
DROPERIDOL		KIT RST. DREN. TORACICO N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES QTD.	LÂMINA RST. UBI N°11		FIO DE NYLON N°	30
PENOBARBITAL	ALCOOL ETÍlico 70%	UMIMA BISTURI N°15		FIO POLIGLACTINA N°	10
FENTANILA	PVP1 DEGERMANTE	UMIMA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVP1 TINTURA	UMIMA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVORUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ESTERETO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVORUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO INT.	N	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTERIL N°7,0		FIO POLIGLECAPRONE N°	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTERIL N°7,5		FIO SEDA N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTERIL N°8,0		FITA CARDIACA	
MORFINA	AGULHA 48X12	LUVA ESTERIL N°8,5		MATERIAL ESPECIAL QTD.	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRÚRGICA		CATETER DE PVC	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CIMENTO CIRÚRGICO	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGATURA	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°16		FIO DE KIRSCHNER N°	
RAMIPENTANILA	AGULHA BAQUIN N°26	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA SML		FIO STEINMAN N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 10ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERTINGA 20ML		HEMOST. ABSORVÍVEL	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		KIT DERIVA VENTRICULAR	
MEDICAÇÕES	QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		PRÓTESE VASCULAR	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		KIT PAM	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		FIXADOR EXTERNO	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		EMPRESA	
BEXTRA		SONDA FOLEY 2VIAS N°12			
CEFAZOLINA		SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DEXAMETASONA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS COFTICAS	
DIPIRONA SÓDICA		SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS PORTICAS	
EFEDRINA		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CALCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
LIDOCÁINA GELÉIA		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
ONDASENTRONA					
PLASIL				EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
PROTAMINA		FIO ALGODÃO S/A N°		() BISTURI ELÉTRICO	
TENOIXCAN		FIO ALGODÃO S/A N°		() CAFÉDOGRAFO	
		FIO ALGODÃO C/A N°		() CARDIOMONITOR	
		FIO ALGODÃO C/A N°		() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
				() PERFORADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	
				<i>Zoitine</i>	
				FINOASCIR 021-2	



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito dorsal sob Traçado de Anestesia
- 2 - Asepsia + antisepse
- 3 - Afastação de partes urinárias.

Incisão:

- 4 - Tracção lateral da coxa direita
- 5 - Dissecção por planos
- 6 - Flexão da coxa lateral.

Achados:

- 7 - Fratura Transforaminal do fêmur

Conduta:

- 8 - Redução indirecta em placa de Traçado sob escopia
- 9 - Passagem de fita guia em calo do fêmur sob escopia.
- 10 - Fixação
- 11 - Fixação com 9 HS + 3 parafusos calcâneos.
- 12 - Curvatura com SFQSI.

Fechamento:

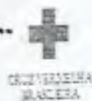
- 13 - Sutura por planos.
- 14 - Curvatura esternal
- 15 - Rx de controle

Observação:

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 12/04/12

F(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/06/16

PRONTUÁRIO:

IDADE: 80

PACIENTE: José Cândido Soares Santos

SEXO: M COR: L

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 120/80 RESPIRAÇÃO 16/10 TEMPERATURA 36,5 PESO 70 GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. CIRCULATÓRIO

AP. RESPIRATÓRIO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

AP. DIGESTIVO

ESTADO FÍSICO (ASA)

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA TRANSCONTRARIANA DE FEMUR DIREITO

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO Cirurgia de tratamento transcondrofílica de femur

CIRURGÃO Dr. Nelson + Dr. André AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 14:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 15:45 DURAÇÃO DA ANESTESIA CRM-PB / 3774-14

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Henrique

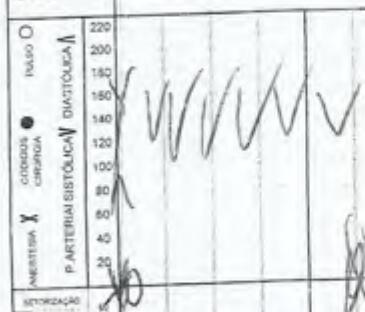
CPF

CRM-PB

ASSENTO/HORA 14:30 16:00

O N 30

LÍQUIDOS VENOCOS



ANESTESIA
● CETOZINA
X OXIGÊNIO
■ NEUROSTIM
■ ANESTESIA
■ CAPNÓMETRO
■ ANESTOFONE

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO FLEXO BLOQUEIO NERVOUS OUTROS

TÉCNICA *Dr. Henrique monitorizou, desferg, fluxo lumbar 13-44, fioto linfo, 19-75. H(120)*

USOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

LÍQUIDO	VOLUME EM ML	Nº
NACL	208 ml	1
SANGUE	2g	2
RINGER	100 ml	3
TOTAL		5
DESTINO DO PACIENTE		6
<input type="checkbox"/> APT*		7
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA		8
<input type="checkbox"/> UTI		9
<input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA		10
<input type="checkbox"/> OUTROS		11
		12
		13
		14
		15
		16
		17
		18
		19
		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

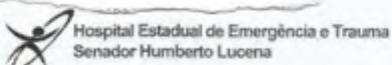
F (NG) ASCR 125-1

Dr. Henrique Pereira Trindade
Médico Anestesiologista
CRM 3774-PB / 3774-14

1000005762704 BE : 941300
 JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
 DT. NASC.: 26/01/1936
 NRE: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS



Cruz Vermelha Brasileira



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

Boletim de Atendimento: 941300

**Identificação do paciente**

ID 1016866	Nome JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/01/1936	Idade 80 anos 6 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 94178
Mãe MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS	Pai JOSE SOARES DOS SANTOS			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) CLODOMAR MARQUES SOARES - FILHO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988504121	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 44829	Nº Cns 898000433091055		
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58085350	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SILVA MARIZ
Número 579	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS	

Admissão

Data e Hora 18/08/2016 11:27:19	Número da pulseira 1000005762704	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA	Tempo 02min 15seg

Imprimir

EXAME SECUNDÁRIO
ALERGIA: Não Sim:

MEDICAMENTOS: Não Sim:

IMUNIZAÇÃO: Não Sim:

PATOLOGIA: Não Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim:

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado →


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

OBS.:
QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

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

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

DESTINO DO PACIENTE

- | | |
|---|--|
| DATA
DA _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico |
| SAÍDA
HORAS: _____ : _____ | <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Internado (setor) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revália <input type="checkbox"/> Desistência |
| | <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO |

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:		END.: I. SILVA MARRIZ N. 578 - CRUZ DAS ARMAS JORDA PESSOA FONE: (83) 988584121 CELULAR: (83) 988584121 IDADE: 60 DT. ENTRADA:	
PROCEDÊNCIA:		<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	
TIPO DE ACIDENTE:		<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta
		<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Atropelamento
TIPO DE LESÃO:		<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Lacerção
		<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encravado	<input type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input type="checkbox"/> Queimadura
LOCAL DA LESÃO:		<input type="checkbox"/> Membros sup.	<input type="checkbox"/> Membros inf.	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço
DADOS CLÍNICOS (sintomas)					
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:		/	/		
EXAME FÍSICO		PA: ____ / ____ mmHg	P: ____ bpm	SpO ₂ : _____	Tax: _____
Sistema Neurológico:					
<u>Nível de Consciência:</u>		<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado
<u>Avaliação das pupilas:</u>		Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas		Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase	
		<input type="checkbox"/> Anisocônicas		<input type="checkbox"/> Miose	
Sistema Respiratório:		<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias	
		<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas	
		<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas	
Sistema Circulatório:		<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória	
		<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida	
		<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros: _____		
Sistema Digestório:		<input type="checkbox"/> HDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial
		<input type="checkbox"/> HDB		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda
		Outros: _____		<input type="checkbox"/> Rigidex abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal
Sistema Genito-urinário:		<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poliúria
		<input type="checkbox"/> SVD		<input type="checkbox"/> Outros: _____	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:					
<input type="checkbox"/> Internações		<input type="checkbox"/> Outros: _____	Especificar: _____		
USO DE MEDICAÇÃO?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Especificar: _____	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:					
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:					
DESTINO:		ENFERMEIRO:		COREN:	

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Polícia		
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	
	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros:
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Queimadura	
	<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encravado	<input type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input type="checkbox"/> Amputação membro	<input type="checkbox"/> Outros:	
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup.					<input type="checkbox"/> Membros inf.
DADOS CLÍNICOS (sintomas)						
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:	/	/				
EXAME FÍSICO	PA: _____ / _____ mmHg	P: _____ bpm	SpO ₂ : _____	Tax: _____		
Sistema Neurológico:						
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado		
Avaliação das pupilas:	Simetria: <input type="checkbox"/> Isocôricas		Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase			
	<input type="checkbox"/> Anisocôricas		<input type="checkbox"/> Miose			
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias			
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas			
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória			
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida			
	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros:				
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> JHDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial		
	<input type="checkbox"/> HDB		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda		
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rígidez abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal		
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> SVD	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cirurgias	
<input type="checkbox"/> Internações	<input type="checkbox"/> Outros:	Especificar:				
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Especificar:			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:						
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:						
DESTINO:	ENFERMEIRO:			COREN:		



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



A standard linear barcode is located at the bottom right of the page. It consists of vertical black lines of varying widths on a white background.

JOSE CLAUDIO SORRES DOS SANTOS
DT. NRSC: 28/01/1936
MAE: MARIA DA PENHA

NAME: MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS

END.: SILVA MARIZ
N. 579 - CRUZ DAS ARMAS
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 9988004121
IDADE: 60
DT. ENTRADA:

Nome do paciente



EVOLUÇÃO DO PACIENTE





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



F(NG).ENF.018-1

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Policia Civil de João Pessoa



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03244.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03244.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 19 dias do mês de Agosto de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Policia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 12:11 horas, compareceu **JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão APOSENTADO, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 26 de Janeiro de 1936, idade 80, filiação MARIA DA PENHA SOARES DOS SANTOS e **JOSÉ SOARES DOS SANTOS**, Documento - CPF: 025.051.264-53, residente R. SILVA MARIZ,579, Cruz das Armas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98775-3580

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 23/03/16 14:00

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

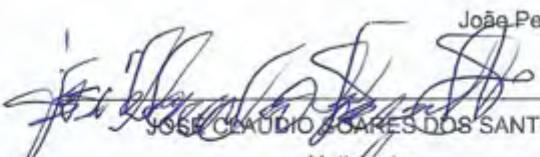
Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Cabedelo - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

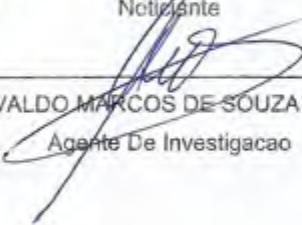
Que , no dia 23/03/2016, por volta das 14:00, quando se encontrava de carona na carroceria da caminhonete de marca I/FORD RANGER XLT 13D, ano 1999, de cor AZUL, placa MNI1138/PB, CHASSI: 8AFER13D7XJ104403, Registrada em nome do notificante, Por uma rua no Bairro de Intermares-bairro Cabedelo/PB, quando o veiculo em que ia de carona deu marcha a Ré, e o notificante perdeu o equilíbrio caindo ao solo,e em decorrência desse fato sofreu FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÉMUR DIREITO, Sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Truama Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 19 de Agosto de 2016


JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

Noticiante


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente De Investigacao

Procedimento: 03244.01.2016.1.91.000



Receituário Médico



Venho Atestar devo, Retificar o
laudo de internamento Hospitalar do
paciente Sari Claudio das Santas, 80 anos,
Afirmando que o motivo do internamento
Hospitalar no dia 23/10/156, relatado
pelo paciente foi: Acidente de
Trânsito.

Data: 18/10/16

G. B. M. NOVIS MENDONÇA
CRM - B
239.662
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Receituário Médico



HEETSHL

Lançado à vista

Caro Dr. José Claudio S. Barreto, Sá e Melo, em férias
profissional. Lançado (abril/2010)
é motivo transcorrente de
sua saúde, evoluindo em
excellentíssimo quadro anatô-
mico e fisiológico e. Obrigado
por sua profissionalidade.

Cido Sá & Melo
M.D.B.

Data: 01/05/10

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 908542 e PRONTUÁRIO nº 94178

PACIENTE: JOSÉ CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 26.01.36

Data e Hora do Atendimento: 23.03.16

Horário: 18:36h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de queda da própria altura com quadro de dor na região pélvica à direita. Atendido pelo Dr. Glauber Novais Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FEMUR DIREITO

CID 10 S 72 1

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de Tórax PA e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil e tratamento cirúrgico com redução e fixação de fratura transtrocantiana do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 14.04.16

Data da Emissão: 26.07.16

Dr. Glénder Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM-3920

Dr. Glénder Tercio Trindade
Auditor / HETSHL
CRM 3920 - Mat. 29031-9

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



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10235424

A/C: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160747275 ASL-1200838/16

Vitima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

Data Acidente: 23/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180045725
Vitima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Data do Acidente: 23/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180045725, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido é considerado por ausência de comprovação documental. Providencie a sua documentação para que não perca seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta n.º 1204201

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180045725
Vitima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS
Data do Acidente: 23/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180045725, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta n.º 12304201



DP-VAT

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

Sinistro: 3180045725

Vítima: JOSE CLAUDIO SOARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180045725 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12759721

astrado sob o número
umentação apresentada,

REGULAÇÃO, onde o aviso
3.

ção do Seguro DPVAT foi
rega da documentação

ar do recebimento desta
neste prazo, o seu pedido
cumental. Providencie a
ição do Seguro DPVAT.

ligue para o SAC DPVAT

12935987

**ECT - Empresa Brasileira de Correios e Telegrafos**

Ag.: 425598 - AGF PONTO DE CEM REIS
JOAO PESSOA - PB
CNPJ: 41153495000176 - Ins. Est: 160946654

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 264154928
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao..: 62267655

Movimento...: 10/01/2018 Hora.....: 09:25:52
Caixa.....: 84666934 Matricula..: 9651*****
Lancamento.: 004 Atendimento: 00002
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1413187072

DESCRÍÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...:	21,75	
Peso real (G).....:	46	
POSTAL RESPOSTA DPV	1	28,00+
Valor do Porte(R\$)...:	28,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....:	46	
OBJETO.....:	DY742485247BR	

=====

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

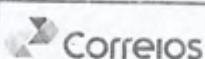
A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78 De 24/11 a 31/01, devido aumento nos serviços de encomendas,
estão acrescidos 2 dias à teis de tolerância no prazo de entrega. SARA 7.7.08

VIA_CLIENTE



ECT - Empresa Brasileira de Correios e Telegrafos

Ag.: 425598 - AGF PONTO DE CEM REIS
 JOAO PESSOA - PB
 CNPJ: 41153495000176 - Ins. Est: 160946654

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
 CNPJ/CPF.....: 09248608000104
 Doc. Post.....: 210456868
 Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
 Cartao..: 62267655

Movimento...: 24/11/2016 Hora.....: 14:47:01
 Caixa.....: 78454798 Matricula..: 9651*****
 Lancamento.: 019 Atendimento: 00016
 Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1228216580

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...	21,75	
SEDEX DPVAT ESPELHO	1	40,43+
Valor do Porte(R\$)...	40,43	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (KG).....:	0,143	
Peso Tarifado.....:	0,143	
OBJETO.....: SN515412939BR		

+ ENTREGUE 30/11/16
 16:54.

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

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 62,18

Valor Declarado nao solicitado(R\$)

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

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
 Ass. Responsável.....

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

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78 CAC - Capitais e Regiões Metropolitanas 30030100
 Demais Localidades: 08007257282 Sugestões e Reclamações: 08007250100- www.correios.com.br SARA VIA_CLIENTE
 7.6.02

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 425598 - AGF PONTO DE CEM REIS
JOAO PESSOA - PB
CNPJ...: 41153495000176 Ins Est.: 160946654

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSUL SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248600000104
Doc. Post.....: 298859183
Contrato...: 9912288636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao.: 62267655

Movimento..: 15/08/2018 Hora.....: 08:57:23
Caixa.....: 87813763 Matricula.: 0283*****
Lancamento.: 002 Atendimento: 00001
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1512962784

DESCRÍÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)..:	23,26	
Peso real (G).....:	67	
CNPJ/CPF Remet : 02265601470		
Nome Remetente,: CARLOS ANDRE DA SILVA		
Endereco Remet,: RUA Rua Rodrigues de Aquin		
Cont Endereco.: o - até 401/402,368 - Cen		
Cep Remetente.: 58013-030		
Cidade Remet...: JOAO PESSOA		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)..:	29,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....:	67	
OBJETO.....: DY306810530BR		
=====		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais
Nome: RG:

Ass. Responsável.....

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

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento d
os Correios E
ncomenda cilíndrica ou esférica i
mplica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.02



**5º Juizado Especial Cível da Capital
R MONSENHOR WALFREDO LEAL, 512, TAMBÍA, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58020-540
(83) 31332900**

Nº do processo: 0803647-26.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)
Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

O MM. Juiz de Direito da vara supra manda ao ao oficial de justiça, a quem este for entregue, que em cumprimento a este, intime o(a) advogado(a) para manifestar-se no processo acima.
Para audiência de: **Tipo: Conciliação Sala: SALA 1 (CONCILIADOR) Data: 08/05/2019 Hora: 14:40**

Advogado: CARLOS ANDRE DA SILVA OAB: PB22751 Endereço: desconhecido

JOÃO PESSOA, em 12 de fevereiro de 2019.

De ordem, SERGIO AUGUSTO ARAUJO NEGREIROS
Mat.

**Poder Judiciário da Paraíba
5º Juizado Especial Cível da Capital**
R MONSENHOR WALFREDO LEAL, 512, TAMBÍA, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58020-540
JOÃO PESSOA
(83) 31332900

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0803647-26.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 andar, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 5º Juizado Especial Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado (cópia da inicial anexa), e intimado para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de:

Tipo: Conciliação Sala: SALA 1 (CONCILIADOR) Data: 08/05/2019 Hora: 14:40, ficando advertido(a), desde já, que não comparecimento importará REVELIA, reputando-se verdadeiras as alegações do(a) autor(a) e, em JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE, consoante art. 20, da Lei nº 9.099/95 e 355 do Código de Processo Civil.

JOÃO PESSOA, em 12 de fevereiro de 2019.

SERGIO AUGUSTO ARAUJO NEGREIROS

Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <http://pje.tjpj.pj.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

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

<http://pje.tjpj.pj.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

usando o código: 19020110020628900000018452385

ID do documento: 18962445