



Número: **0802690-19.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **4ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **02/04/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO
AUTOR	GERALDA DA SILVA TAVARES
RÉU	LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
20380391	08/04/2019 12:46	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
20324929	05/04/2019 12:48	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
20249549	02/04/2019 16:14	<a href="#">GUIA DE CUSTAS</a>	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
20249531	02/04/2019 16:14	<a href="#">JUNTADA DE GUIA DE CUSTAS</a>	Outros Documentos
20249390	02/04/2019 16:14	<a href="#">Petição</a>	Petição
20247146	02/04/2019 15:59	<a href="#">ENDEREÇO DA PROMOVIDA</a>	Documento de Comprovação
20247129	02/04/2019 15:59	<a href="#">PROTOCOLO DE ENTRADA ADMINISTRATIVA</a>	Documento de Comprovação
20247097	02/04/2019 15:59	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO HOSPITAL DE TRAUMA</a>	Documento de Comprovação
20247084	02/04/2019 15:59	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO ORTOTRAUMA</a>	Documento de Comprovação
20247078	02/04/2019 15:59	<a href="#">LAUDO MÉDICO ORTOTRAUMA</a>	Documento de Comprovação
20247067	02/04/2019 15:59	<a href="#">LAUDO MÉDICO HOSPITAL DE TRAUMA</a>	Documento de Comprovação
20247061	02/04/2019 15:59	<a href="#">ENCAMINHAMENTO HOSPITAL DE SAPÉ</a>	Documento de Comprovação
20247054	02/04/2019 15:59	<a href="#">ATENDIMENTO HOSPITAL DE SAPÉ</a>	Documento de Comprovação
20246995	02/04/2019 15:59	<a href="#">BOLETIM DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
20246988	02/04/2019 15:59	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
20246948	02/04/2019 15:59	<a href="#">CTPS VERSO</a>	Documento de Identificação
20246894	02/04/2019 15:59	<a href="#">CTPS FRENTE</a>	Documento de Identificação
20246866	02/04/2019 15:59	<a href="#">PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE POBREZA</a>	Procuração



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DA CAPITAL

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

0802690-19.2019.8.15.2003

Advogado do(a) AUTOR: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - PB12554

Advogado do(a) RÉU:

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para **odia 21 de maio de 2019, às 16:20h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e 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. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de

conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos [pauloleite@seguradoralider.com.br](mailto:pauloleite@seguradoralider.com.br) e [philipe.rocha@seguradoralider.com.br](mailto:philipe.rocha@seguradoralider.com.br) e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado de citação/intimação.

**P.I. Cumpra-se com urgência.**

João Pessoa, 4 de abril de 2019

Juiz(a) de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DA CAPITAL

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

0802690-19.2019.8.15.2003

Advogado do(a) AUTOR: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - PB12554

Advogado do(a) RÉU:

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para **odia 21 de maio de 2019, às 16:20h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e 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. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de

conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos [pauloleite@seguradoralider.com.br](mailto:pauloleite@seguradoralider.com.br) e [philipe.rocha@seguradoralider.com.br](mailto:philipe.rocha@seguradoralider.com.br) e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**


Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado de citação/intimação.



**P.I. Cumpra-se com urgência.**

João Pessoa, 4 de abril de 2019

Juiz(a) de Direito

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 200.7.19.08527/01
<b>Nº do Processo:</b> 0802690-19.2019.815.2003	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 02/04/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.608527 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			<b>Data de vencimento:</b> 30/04/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 497,50 - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Despesas processuais postais: R\$ 28,36 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 49,75
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 668,96
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866700000064 689609283189 520190430204 071908527014 			<b>Valor final:</b> R\$ 668,96

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 200.7.19.08527/01
<b>Nº do Processo:</b> 0802690-19.2019.815.2003	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 02/04/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.608527 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			<b>Data de vencimento:</b> 30/04/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 497,50 - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Despesas processuais postais: R\$ 28,36 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 49,75
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 668,96
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866700000064 689609283189 520190430204 071908527014 			<b>Valor final:</b> R\$ 668,96

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 200.7.19.08527/01
<b>Nº do Processo:</b> 0802690-19.2019.815.2003	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 02/04/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.608527 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			<b>Data de vencimento:</b> 30/04/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 497,50 - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Despesas processuais postais: R\$ 28,36 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 49,75
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 668,96
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866700000064 689609283189 520190430204 071908527014 			<b>Valor final:</b> R\$ 668,96

# C&C | Cabral & Coutinho Advogados

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA REGIONAL  
DE MANGABEIRA/PB

**Processo nº. 0802690-19.2019.8.15.2003**

**GERALDA DA SILVA TAVARES**, já devidamente qualificada nos autos da ação em epígrafe, vem à presença de V. Exa., por seus advogados, em atendimento à determinação judicial requerer a juntada da **GUIA DE CUSTAS PROCESSUAIS**.

Desta feita, **reitera** o pedido de que sejam concedidos ao Autor os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, propugnando pela **PROCEDÊNCIA** da ação em todo o seu teor.

Termos em que

Pede e Espera Deferimento.

João Pessoa-PB, 02 de abril de 2019.

**IRINA NUNES CABRAL DE PAULO**

**OAB/PB 12.554**

**ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**OAB/PB 22.742**

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB  
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99113-0753  
E-mail: cabralcouthoadvogados@gmail.com/ccf.advs@gmail.com

SEGUE PETIÇÃO DE JUNTADA DE GUIA DE CUSTAS



mail.google.com/mail/u/0/?ui=... X Tribunal de Justiça da Paraíba: X LIFE CONSULTORIA CORRETO... X Seguradora Líder-DPVAT Pont... X

← → ↻ 🏠 🔍 https://www.seguradoralider.com.br/Pontos-de-Atendimento

Seguro DPVAT

## Pontos de Atendimento Autorizados

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar

A Seguradora Líder-DPVAT oferece mais de 8 mil pontos de atendimento autorizados para que você mesmo possa dar entrada no pedido de indenização do Seguro DPVAT. Clique no seu estado e selecione o ponto mais próximo de você.



**Paraíba**

Selecione a Cidade

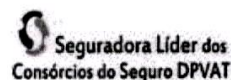
João Pessoa

Tel: (83)3241-8/41  
De 2a a 6a feira - Das 09:00h às 18:00h

**Parceiro DPVAT**  
**Life Assessoria E Corretora de Seguros Ltda - Me**  
Rua Pedro Alves Sabino, 12 - Sala 101  
Mangabeira - João Pessoa - PB  
CEP: 58059-126  
Tel: (83)3578-3020  
De 2a a 6a feira - Das 08:00h às 12:00h e 14:00h às 17:30h

Windows Taskbar: Entrada (2.931) - iii... Seguradora Líder-D... 10:17 21/02/2019

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041470/19

**Vítima:** GERALDA DA SILVA TAVARES

**CPF:** 042.716.044-88

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/05/2018

**Titular do CPF:** GERALDA DA SILVA TAVARES

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### GERALDA DA SILVA TAVARES : 042.716.044-88

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

3190096000

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

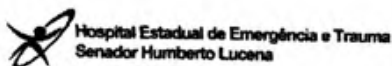
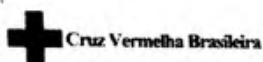
Data da entrega: 04/02/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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

Boletim de Atendimento: 1085462



Identificação do paciente			
ID 1293747	Nome GERALDA DA SILVA TAVARES		Sexo Feminino
Data de nascimento 03/06/1967	Idade 50 anos 11 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA JOSE DA SILVA TAVARES		Pai FRANCISCO JOSE TAVARES	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ERIKA APARECIDA DA SILVA QUIRINO - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993448101	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 708206199372148	
Local de procedência SAPE		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R	
Endereço			
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro CHAN DE BARRA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 31/05/2018 22:22:26	Número da pulseira 1000006553592	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []    Sangue []    Urina []    TC []    Liquor []    ECG []    Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			Tempo 59seg

Imprimir



## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Geralda da Silva TAVARES

BE: 1085462

### II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 1º** - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

**Artigo 2º** - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

**Artigo 3º** - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

**Artigo 11** - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

**Artigo 12**- Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

**Artigo 13** - O **paciente ou o seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

**Observações:** .....

O presente termo foi lido e achado conforme.

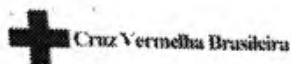
João Pessoa, 02.06.2018

Reginaldo da Silva Farias  
Paciente - RG

\_\_\_\_\_  
Representante Legal - RG

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
GERALDA DA SILVA TAVARES	1085462	31/05/2018 22:22:26	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
03/06/1967	50a 11m 29d	Feminino	708206199372148
Mãe			Telefone de Contato
MARIA JOSE DA SILVA TAVARES			(83) 993448101
Endereço	Bairro	Município	Prontuário
CHAN DE BARRA, SN	ZONA RURAL	SAPE	
Acidente	Motivo	Profissional	UF
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
31/05/2018 22:32:07		01/06/2018 00:20:47	8637/PB

### Anamnese

#ORTOPEDIA#

ACIDENTE VITIMA DE QUEDA, EVOLUINDO COM DOR NO COTOVELO ESQUERDO

RAIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA DO 1/3 DISTAL DO UMEROS

AO EXAME: NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

CONDUTA:

1- INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

2- SOLICITO PRA OPERATORIO

3- SOLICITO MATERIAL

4- TALA AXILO PALMAR

### DIETA

DIETA, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 6/6H

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 8/8H

TENOXCAM 20 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 12/12H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SANGUE

CREATININA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

### EXAME DE IMAGEM

ELETRCARDIOGRAMA

### PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

### CID10

Código	Descrição
S42.4	Fratura da extremidade inferior do úmero

### Conduta

Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 31/05/2018 22:23:25

Internar Paciente

Luiz Juvenio Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8637 / TEST 15.872

GERALDA DA SILVA TAVARES

Luiz Juvencio Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8637 / TEOT 15.822

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA  
(: 8637/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>GERALDA DA SILVA TAVARES</b>		BAE <b>1085462</b>	Data/Hora Entrada <b>31/05/2018 22:22:26</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/06/1967</b>	Idade <b>50a 11m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708206199372148</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993448101</b>
Mãe <b>MARIA JOSE DA SILVA TAVARES</b>				Prontuário
Endereço <b>CHAN DE BARRA, SN</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>10575/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>31/05/2018 22:32:07</b>		Data/Hora Prescrição <b>31/05/2018 22:45:09</b>		
<b>Anamnese</b>				
#ORTOPEDIA				
PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO HOJE. REFERE TRAUMA COM MSE EM HIPEREXTENSAO.				
DO: DOR E LIMITAÇÃO COTOVELO ESQUERDO.				
SOLICITO RX DE PUNHO E COTOVELO ESQUERDO				
SOLICITO TC DE COTOVELO ESQUERDO				
<b>CUIDADOS</b>				
IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: RETIRAR TALA DE MSE - MANTER TIPOIA)				
<b>EXAME DE IMAGEM</b>				
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)				
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)				
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO 3D)				
<b>CID10</b>				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
<b>Conduta</b>				
em observação				

GERALDA DA SILVA TAVARES

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS  
(CRM: 10575/PB)

Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 31/05/2018 22:23:25

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=301660





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: MILTON DA  
SILVA LINHARES  
Em: 02/06/2018 06:05:19

Paciente <b>GERALDA DA SILVA TAVARES</b>		Boletim de Atendimento <b>1085462</b>	Data/Hora Entrada <b>31/05/2018 22:22:26</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>03/06/1967</b>	Idade <b>50</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708206199372148</b>	Prontuário <b>109055</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 02/06/2018 06:05:10)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia  
#fratura supra condilea  
#exame lab ok  
#aguardando risco cirurgico

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0004

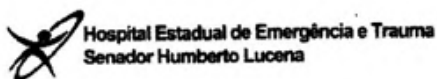
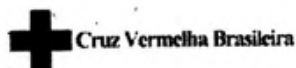
Profissional responsável pela informação. MILTON DA SILVA LINHARES

Dr. Milton da Silva Linhares  
CRM: 153848/2015  
Ortopedia Traumatologia

Número Conselho: 4714

01/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&amp;perform=imprimir&amp;controle=2&amp;id=399819&amp;dataInicial=01/06/2018 09:04:09&amp;dataFin...

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: LUCIANO  
JOSE LIRA MENDES  
Em: 01/06/2018 09:04:17

Paciente: <b>GERALDA DA SILVA TAVARES</b>	Boletim de Atendimento <b>1065462</b>	Data/Hora Entrada <b>31/05/2018 22:22:26</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>03/06/1967</b>	Idade <b>50</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708206199372148</b>
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>109055</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 01/06/2018 09:04:09)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ortopedia  
#fratura supra condilea  
#exame lab ok  
#aguardando risco cirurgico

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0004


Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano J Lira Mendes  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 4290


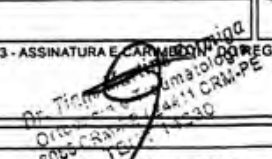
Número Conselho: 4290

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=399819&dataInicial=01/06/2018%2009:04:09&dataFinal=01/06/2018%2009:04:09>



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
<b>Identificação do Paciente</b>		9 - SEXO	
5 - NOME DO PACIENTE		11 - TELEFONE DE CONTATO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
8 - DATA DE NASCIMENTO		15 - UF	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		16 - CEP	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		23 - CID 10 PRINCIPAL	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		31 - QDE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		34 - QDE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		37 - QDE	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
B-Braun / TM Cirúrgica CX. 3.5		45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR DA AUTORIZAÇÃO	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
41 - DOCUMENTO		47 - DOCUMENTO	
42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
44 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR DA AUTORIZAÇÃO		50 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR DA AUTORIZAÇÃO	
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
53 - DOCUMENTO		54 - DOCUMENTO	
55 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		56 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
57 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		58 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
59 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		60 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
61 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		62 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
63 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		64 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
65 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		66 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
67 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		68 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
69 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		70 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
71 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		72 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
73 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		74 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
75 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		76 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
77 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		78 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
79 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		80 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
81 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		82 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
83 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		84 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
85 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		86 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
87 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		88 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
89 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		90 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
91 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		92 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
93 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		94 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
95 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		96 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
97 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		98 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	
99 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE		100 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE	

ANEXO II

 <b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HTOP			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HTOP			
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
Ceralda da Silva		1085462	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
		Masc <input type="checkbox"/> 1    Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE. MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - QTD.		32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - QTD.		34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - QTD.		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - QTD.			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
ex. parafuso canulado 4,5 TM Cirúrgico 01 parafuso canulado nosca parcial n° 50			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
( ) CNS ( ) CPF			
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
45 - COD. ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
( ) CNS ( ) CPF			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: GERALDA DA SILVA TAVARES BE/PRONTUÁRIO 1085462  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 26/06/2018  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE UMERO DISTAL ESQUERDO  
CIRURGIÃO: DR. RENNA 1º ASS: DR. TIAGO FORMIGA  
2º ASS: DANIEL MR1 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: JOELMA ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO+ GERAL HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO-POS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE UMERO DISTAL ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE UMERO DISTAL ESQUERDO</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
\_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

*Daniel Consueiro Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA: 26/06/2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM DVH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>
Incisão:
<b>VIA DE ACESSO POSTERIOR NO COTOVELO</b>
<b>DIVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS</b>
Achados:
<b>FRATURA COMINUIDA DE Umero DISTAL ESQUERDO</b>
<b>FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO</b>
<b>FIBROSE INTENSA</b>
Conduta:
<b>DIVULSAO POR PLANOS</b>
<b>VISUALIZAÇÃO + ISOLAMENTO + PROTEÇÃO DO NERVO ULNAR</b>
<b>OSTEOTOMIA DO OLÉCRANO ESQUERDO</b>
<b>LIMPEZA DE FOCO FRATURA Umero + CALOCRASIA</b>
<b>REDUÇÃO CRUENTA DE Umero</b>
<b>FIXAÇÃO PROVISORIA COM FIOS K</b>
<b>FIXAÇÃO DEFINITIVA COM PLACAS BLOQUEADAS (LATERAL E MEDIAL) +PARAFUSOS</b>
<b>OSTEISSINTESE DO OLÉCRANO (BANDA DE TENSÃO)</b>
<b>2 FIOS K + CERCLAGEM SOB ESCOPIA</b>
<b>LIMPEZA COM SF0,9%</b>
Fechamento:
<b>SUTURA POR PLANOS</b>
<b>CURATIVO</b>
<b>RX DE CONTROLE</b>
Observação:

Médico/CRM:

*Daniel Conserva Arruda*  
**MÉDICO**  
**CRM 11134**

João Pessoa,

26/06/2018



NOME DO PACIENTE: **GERALDA DA SILVA**  
 IDADE: **50** BE: **108446** PRONTUÁRIO: **06** ENFERMARIA: **06** LEITO: **03**  
 CIRURGIÃO: **Dr. Thiago de Consolidação, viciosa de Umore Distal**  
 ANESTESIA: **Bloqueio + Cerebral**  
 ANESTESISTA: **Dr. Rossini & Janice R1**  
 INSTRUMENTADOR: **Joelma (emprego)**  
 DATA: **26/06/18** CIRÚRGICO: **08:46** CIRURGIA INICIO: **14:45** Cirurgia **09:00**  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE): **ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3)**  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA  
 MEDICACÕES ANESTÉSICAS QTD.

ALFENTANILA	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL	<b>5000 RINGUI</b>	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
ETOMIDATO	<b>50 5000 R. OK</b>	NIT SIST DREN TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FLUMAZENIL	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO DE NYLON Nº	
ISOFLURANO	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
BUPIVACAÍNA S/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	<b>OK</b>	FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAM	AGULHA 13X4,5	LUVAS ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
MORFINA	AGULHA 25X07	LUVAS ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
NIMBÍUM	AGULHA 25X08	LUVAS ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
PANCURÔNIO	AGULHA 40X12	LUVAS ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA	<b>OK</b>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PROPORFOL	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
RAMIFENTANILA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
SEVOFLURANO	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUXAMETÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
TIOPENTAL	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
ADRENALINA	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
AGUA DESTILADA	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ATROPINA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
BEXTRA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
CEFAZOLINA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
DEXAMETASONA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
DIPLOMA SÓDICA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
FLUMAZENIL	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
GLICOSE 50%	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		TM. Cirúrgica	
GLUCONATO DE CÁLCIO	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
HIDROCORTISONA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
LIDOCAÍNA GELEIA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONIOSO	
ONDASENTRONA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
PLASIL	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
PROSTIGMINE	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
PROTAMINA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
TENOXICAN	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
	EQUIPO TRANSF. SANGUE	Dreno penrose		EQUIPAMENTOS	
	EQUIPO MICROGOTAS			(X) ASPIRADOR	
	ESPONJA DE PVPI			(X) BISTURI ELÉTRICO	
	ESPARADRAPO			(X) CAPNOGRAFO	
	GAZES			(X) CARDIOMONITOR	
	GAZES ALGODOADAS			( ) DESFIBRILADOR	
	GEL ELETROLÍTICO			( ) FOCO AUXILIAR	
	JELCO Nº14			(X) FOCO CENTRAL	
	JELCO Nº16			( ) MICROSCOPIO	
	LAPE			(X) OXIMETRO DE PULSO	
	ANTEBRACO			(X) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
	Bondif. Esqui			(X) PERFURADOR ELÉTRICO	
				(X) SERRA	
				CIRURGIA DE BASTÃO	
				CURETA	

AGULHA de PEXA 100 - B-PRV-11  
 - B-PRV-11

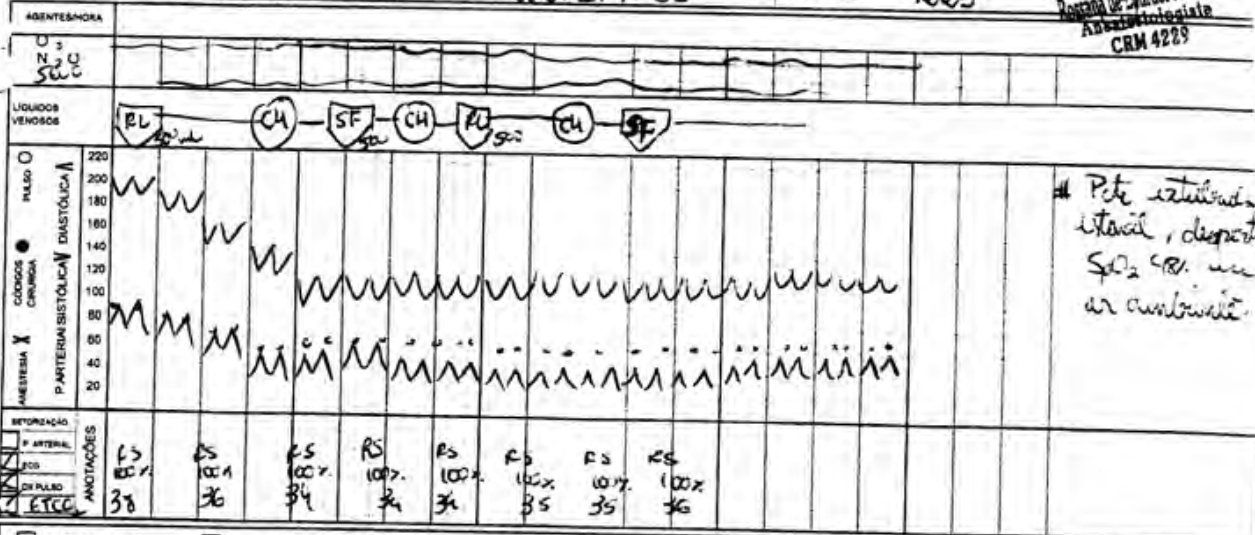




## FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Gerarda da Silva Tavares DATA: 26/04/19 PRONTUÁRIO: 4035462  
 SEXO: F COR:  IDADE: 50  
 PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 82 RESPIRAÇÃO:  TEMPERATURA:  PESO:  GRUPO SANGÜÍNEO:   
 ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO  
 EXAMES COMPLEMENTARES: sem procedimentos, diábetes  
 AP. RESPIRATÓRIO: MVE, S1A AP. CIRCULATÓRIO: RCP, DT, S1S hipertensão?  
 AP. DIGESTIVO: sem ESTADO MENTAL: L.O.T.C DROGAS EM USO:   
 PRÉ-ANESTÉSICO:  DOSE/HORA:  ESTADO FÍSICO (AS): II  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de úmero distal exp. + fratura de rádio  
 CIRURGIA REALIZADA: fixação de fratura úmero distal + fratura de rádio  
 CIRURGIÃO: Dr. Tiago AUXILIARES: Dr. Bruno  
 INÍCIO DA ANESTESIA: 9:45 TÉRMINO DA ANESTESIA: 14:45 DURAÇÃO DA ANESTESIA:   
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  QUANT. DE CH.:  VALORES RS:   
 ANESTESISTA: Va Rossana CPF: 600.882.174-01 CRM-PB: 4229

*Rossana de Fátima M. P. Vilela*  
 Anestesiologista  
 CRM 4229



ANESTESIA GERAL ☐ RACIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA: Pte. em DDH, macilto-sugado, puncionando A.P. em M5 (20G) não cateter nasal, com (C).

LÍQUIDOS: Volume em ml

GLICOSE:

NaCl:

SANGUE:

RINGER:

TOTAL:

DESTINO DO PACIENTE:

APTO ☐ ENFERMARIA ☐

UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐

OUTROS:

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. MIDAZOLAM 2mg

2. ROPIVACAÍNE 0,75% 10ml + 5ml 0,9% NaCl

3. LIDOCAÍNA 1% 10ml + 5ml 0,9% NaCl

4. FENTANIL 100mcg

5. PROPOFOL 200mg

6. SUCRAMOLINA 60mg

7. CISATRAMISOL 8mg

8. CEFTRIAXONA 2g + 1g

9. DIÁLIO 200ml

10. DEAMETRESOL 10mg

11. OXAPROLETINA 9mg

12. CETOPIFENO 100mg

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

Pte. de pte. braço (qual) = pte. de caixa intubada, pte. direita, pte. esquerda, pte. intubada.

União de apêndice de útero A100 + macilto-sugado, estímulo (4), injeção de 5ml de sangue de

(3)+(4) - via oral; localização a axila, pte. esquerda, pte. direita e alguns da mão.

Estímulo (4), injeção de 5ml de (3)+(4) sem intubação. (CRAI) = Pte. em (1) =

sem cateter nasal, injeção com (5) + (6) + (7) - 10T, 1T, 1T, 1T, 1T, 1T, 1T, 1T, 1T, 1T,

confirmada por capnografia.

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

*Rossana de Fátima M. P. Vilela*  
 Anestesiologista  
 CRM 4229

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 132847 Atd: Nao Regul  
Data: 31/05/2018  
Hora: 20:55:02  
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE R  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GERALDA DA SILVA TAVARES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.05.004274

CNS: 708206199372148 Sexo: F CARTAO SUS: 708206199372148 Fone: 993448101

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/06/1967 Id: 51 ano(s)

End.: SITIO CHAN DE BARRO,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAPE UF: PB

Mae: MARIA JOSE TAVARES

Pai: FRANCISCO JOSE DA SILVA TAVARES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: GERALDA DA SILVA TAVARES

Tel/Doc. Responsavel: 993448101 / CARTAO SUS: 708206199372148

Procedencia: RESIDENCIA

**FATURADO**

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO PARADA NA RESIDENCIA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

21/40  
14h20  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Carlos Augusto Pava  
CRM-PR 6973

Série social  
Paciente encaminhada ao  
trauma conforme protocolo.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Pecilda Alves  
ASSISTENTE SOCIAL  
CRESS 3190 - PB

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



### REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

1-CPF  
2-CGC

2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITTY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE	<i>Cecília</i>
ENDEREÇO	
BAIRRO	

IDENTIDADE	IDADE
ORIGEM	
PAM	<input type="checkbox"/>
SES	<input type="checkbox"/>
SSM	<input type="checkbox"/>

DADOS CLÍNICOS

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA

**FEATURADO**  
Dr. Enes P. Cabral  
Médico Residência Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 0491





25

## CERTIDÃO

Nº. 0076/2019

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 132847 pertencentes a **GERALDA DA SILVA TAVARES** que foi atendida dia 31/05/2018 às 20H55min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em cotovelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em cotovelo esquerdo. Medicada e imobilizada.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



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 Geralda da Silva Tavares  
DATA DE NASCIMENTO 03/06/67  
NOME DA MÃE Maria José da Silva Tavares

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 109055  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1085462  
DATA DO ATENDIMENTO 31/05/18  
HORA DO ATENDIMENTO 22:22  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero distal esquerdo  
CID 10 S42.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo, com dor e limitação em cotovelo esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX cotovelo e punho esquerdo


### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de terço distal de úmero E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero distal esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 29/06/18  
DATA DA EMISSÃO: 07/12/18

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



ACOLHIMENTO: THAISA

ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
**HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE**

**Ficha de Encaminhamento**

Nome do Paciente: GENILDA DA SILVA TAVARES. Data: 31/05/18.

End.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: SAPÉ

Unidade de origem: \_\_\_\_\_

**Motivo de Encaminhamento**

Paciente chega ao serviço apresentando  
dor + edema no cotovelo (E), após queda  
de moto há 1 hora.  
OBS: Serviço sem radiografia.

PA: 150 x 90 mmHg

Solicitado avaliação e conduta especializada.  
Medicamento Administrado

Diploma de AG 140 EV

Referenciado para: LOANATANA OLIVEIRA V.O.

Contra referência

Motivo: \_\_\_\_\_

Contra referência para: \_\_\_\_\_

CMTO,

Drº Ubiratan Galdino Pereira  
MÉDICO  
CRM-PB 8581

Assinatura/Carimbo médico

**SUS** **PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS: **HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE**

NOME: **HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE**  
CÓDIGO DA UNIDADE: **2357445** CNPJ: **08.036.438/0001-31**  
ENDEREÇO: **Rua Gentil Lins, 46 - Centro**  
MUNICÍPIO: **Sapé** ESTADO: **Paraná** UF: **PR**

NOME: **Analita da Silva** PACIENTE  
PROFISSÃO: **Enfermeira** SEXO: **F** IDADE: **60 anos**  
ENDEREÇO: **Rua Gentil Lins, 46 - Centro** DOCUMENTO: **2357445**  
MUNICÍPIO: **Sapé** ESTADO: **Paraná** UF: **PR**  
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: **2357445** CNS: **40801619472478**  
DATA DO NASCIMENTO: **03/06/67** DATA DO ATENDIMENTO: **31/05/18**  
CPF: **38.340.600**  
NOME DA MÃE: **IRINA NUNES CABRAL DE PAULO**  
TELEFONE: **(83) 39344-3107**

**RACIA/COR**  
[ ] 1 - BRANCA [ ] 2 - PRETA [ ] 3 - PARD  
[ ] 4 - AMARELA [ ] 5 - INDÍGENA [ ] 6 - SEM INFORMAÇÃO

**ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)**  
Paciente chega ao serviço  
Amarelado por trauma da gravidez  
Moi. Quen de mão  
Moi. Alívio. Mergulhada

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)**  
AS 19.15 - 150x90 mmHg

**RESULTADOS:**

**CARÁTER DO ATENDIMENTO**  
[ ] 01 - ELETIVO.  
[ ] 02 - URGÊNCIA  
[ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.  
[ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.  
[ ] 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.  
[ ] 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

**PROCEDIMENTO - descrição:**

**DIAGNÓSTICO:**  
HMS / MATURNA CID-10

**MEDICAÇÃO:**  
[ ] PRESCRITA  
[ ] APLICADA

**ENCAMINHAMENTO:**  
[ ] OBSERVAÇÃO  
[ ] INTERNAÇÃO  
[ ] OBITO  
[ ] RESIDÊNCIA  
[ ] OUTRO HOSPITAL  
[ ] OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**  
1 - 0301010101010101  
2 - 0301010101010101  
3 - 0301010101010101

**ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo**  
CNS CBO CRM  
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo  
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

**OU-POLEGAR DIREITO**



Às 18:59 hrs  $\frac{31}{05}$  / 18 - Foi realizada imobilização no MTE e  
logo após realizada medicação para dor  
mais SSV. Logo após encaminhada para  
o Ortopedia

Dra. Luana P. Santana  
Enfermeira  
COREN-PE 312.671



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE**

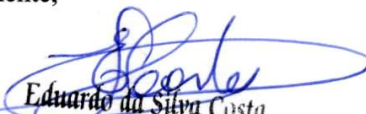
**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de direito que a Sr<sup>a</sup> Geralda da Silva Tavares, residente no Sítio Chan da barra, - Zona Rural – Sapé- PB, Nascido em 03/06/1967 o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 31/05/2018, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde. Sendo encaminhado para outra unidade.(Hospital de Trauma – João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

**Sapé-PB, 14 de Novembro de 2018**

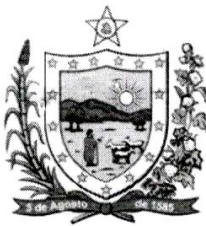
Atenciosamente,



**Eduardo da Silva Costa**  
Diretor Geral  
MAT 2122473

**EDUARDO DA SILVA COSTA**  
Diretor Geral

Rua Gentil Lins, 46 – Centro – Sapé – PB.  
CEP 58.340-000 CNPJ: 08.778.267/0014-85  
Email: [hospitalsaandradedespe@hotmail.com](mailto:hospitalsaandradedespe@hotmail.com)



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

N.º 85/2018

**OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA  
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

**COMUNICANTE:** GERALDA DA SILVA TAVARES **ESTADO CIVIL:** DIVORCIADA **NATURALIDADE:** SAPÉ-PB  
**PROFISSÃO:** AGENTE COMUNITÁRIA **DATA DE NASCIMENTO:** 03/06/1967 **IDADE:** 51 ANOS **RG:** 2469146  
SSP/PB **CPF:** 042.716.044-88 **FILIAÇÃO:** FRANCISCO JOSÉ TAVARES E MARIA JOSÉ DA SILVA TAVARES  
**ENDEREÇO:** SÍTIO CHÃO DE BARRO, S/Nº, POÇO ARTESIANO, ÁREA RURAL, SAPÉ-PB. **TELEFONE:** 83-99130-  
4938 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** BRANCA **DIA DO OCORRIDO:**  
31/05/2018 **LOCAL DO FATO:** SÍTIO CHÃO DE BARRO, ÁREA RURAL, SAPÉ-PB.

**NARRATIVA:** GERALDA DA SILVA TAVARES AFIRMA QUE NO DIA 31/05/2018 POR VOLTA DAS 17:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI DE PLACA QFN-3044/PB, CHASSI Nº. 9C2KC2200HR200105, DE COR PRETA, DE SUA PROPRIEDADE, MOMENTO EM QUE AO ENTRAR COM A MOTOCICLETA EM SUA RESIDÊNCIA, NO SÍTIO CHÃO DE BARRO NA AREA RURAL DO MUNICIPIO DE SAPÉ-PB A REFERIDA MOTO DERRAPOU E EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 22:22H E SIDO DIAGNOSTICADA COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

**COMUNICANTE:** Geralda da Silva Tavares



Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 24 de agosto de 2018

*Vanildo Wanderley Lins Filho*  
**Vanildo Wanderley Lins Filho**  
Agente de Investigação-Polícia Civil  
Matrícula 156.268-1



GERALDA DA SILVA TAVARES  
SIT CHA DA BARRA, S/N - AREA RURAL  
CEP 58340000 - SAPE / PB



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / MONOFÁSICA  
Roteiro: 014-0051-227-4150  
Nº do Medidor: 00008346942

Referência: JAN/19  
Emissão: 24/01/2019

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica  
Nº 019.280.822

Atendimento ao Cliente ENERGISA  
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

ligação gratuita

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

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/1483767-8

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANEEL APURADO LIMITE DE TENSÃO (V)

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICR: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

GERALDA DA SILVA TAVARES

SIT CHA DA BARRA S/N

SAPE

CNPJ/CPF/IRANI 4271604488

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	0,00	0,00
COMPRA DE ENERGIA	0,00	0,00
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,00	0,00
ENCARGOS SETORIAIS	0,00	0,00
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,00	0,00
OUTROS SERVIÇOS	150,00	100,00
TOTAL	150,00	100,00

CONTA REFERENTE A

JAN/19

ANTERIOR

ATUAL

DATA LEITURA DATA LEITURA CONSUMO DIAS

0

APRESENTAÇÃO

24/01/2019

DATA PREVISTA DA  
PRÓXIMA LEITURA

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	Base Calc. Pis/Cofins (R\$)	PIS (R\$) (%)	COFINS (R\$) (%)
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0906	PARCELAMENTO DE DÉBITO 00/6			150,00					
CCI: Código de Classificação do Item				Total:	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ATENÇÃO

NEGOCIAÇÃO DE DÍVIDA  
PARCELA A VISTA REFERENTE A NEGOCIAÇÃO DE DÉBITO Nº 051 / 13635  
O CONTRATO SÓ TERÁ VALIDADE APÓS O EFETIVO PAGAMENTO DESTA DOCUMENTO.  
CASO O PAGAMENTO NÃO SEJA EFETIVADO, O CONSUMIDOR ESTARÁ SUJEITO AO  
CANCELAMENTO DO CONTRATO E A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA  
ELÉTRICA.

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

24/01/2019

R\$ 150,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reservado ao FISCO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



25117.6382017.50-26

**GERALDA DA SILVA TAVARES**

FILIAÇÃO.....: MARIA JOSÉ DA SILVA TAVARES  
FRANCISCO JOSE TAVARES

NASCIMENTO.....: 03/06/1967

ESTADO CIVIL.....: DIVORCIADO

NATURALIDADE: SAPÉ - PB

DOCUMENTO.....: R.G. - 2469146 - 25/08/1997 - SSP - PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 042.716.044-88

CNH.....:


TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/PB - JOÃO PESSOA

DATA DE EMISSÃO.: 16/03/2017

  
ABÍLIO SÉRGIO DE VASCONCELOS CORREIA LIMA  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/PB  
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO .....

DATA DE NASC. DE ..... / ..... / ..... PARA ..... / ..... / .....  
DOCUMENTO .....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME .....

DOCUMENTO .....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME .....

DOCUMENTO .....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME .....

DOCUMENTO .....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G I S L AÇÃO

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G -  
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03





# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

161.93620.74-6

NÚMERO

6382017

SÉRIE

0050

UF

PB

*Gerolinda da Silva TAVARES*

ASSINATURA DO TITULAR



VALID

Cabral & Coutinho  
Advogados

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** Geroldo da Silva Tavares, brasileiro (a);  
estado civil: Divorciado; profissão: Agente Comunitário; portador (a) do RG  
nº 246.9246, inscrito (a) no CPF sob o nº 042.736.044-88, residente e  
domiciliado (a) à St. Lda da Boia, 11m², Rua Rural Cidade Sapé, UF PB.

**OUTORGADO(S):** OS ADVOGADOS IRINA NUNES CABRAL DE PAULO – OAB/PB 12.554 e  
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO – OAB-PB 22.742, com escritório profissional  
estabelecido à Av. Coremas, nº. 172, bairro do Centro, Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba –  
CEP 58.013-430.

**FINALIDADE:** Defender os direitos e interesses do (a) outorgante, nas causas administrativas e  
judiciais em que figura no polo ativo ou passivo, em especial para representá-la junto a JUSTIÇA  
CÍVEL DO ESTADO DA PARAÍBA.

**PODERES:** Amplos e ilimitados poderes, com a cláusula “AD JUDICIA”, a fim de, em juízo ou fora  
dele, defender os direitos e interesses do (a) Outorgante, podendo, para tanto, formular pedidos,  
assinar petições e intimações, apresentar recursos nos Tribunais competentes e acompanhá-los até  
decisão final. Poderes especiais para peticionar junto a órgãos públicos, inclusive autarquias,  
empresas públicas e mistas, podendo, ainda, confessar, desistir, acordar, discordar, transigir, firmar  
compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar Alvará judicial enfim, praticar todos os  
atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou  
sem reserva de poderes.

Ficam os Outorgados autorizados, desde já, a proceder ao recebimento dos honorários profissionais  
na forma do artigo 22, § 4º, do Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil.

João Pessoa – PB, 12, de novembro de 2018.

Geroldo da Silva Tavares  
**OUTORGANTE**

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB  
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99626-1510/99113-0753/99918-1400  
E-mail: ccf.advs@gmail.com

Cabral & Coutinho  
Advogados

**DECLARAÇÃO**

Pelo Presente Instrumento Particular:  
Gerolda da Silva Tavares, brasileiro (a); estado  
civil: divorciada; profissão: Agente Comunitário; inscrito (a) no CPF  
nº. 042.716.044-88, portador (a) da cédula de identidade nº 246.9146,  
residente e domiciliado (a) na Sítio da Barra, s/nº, Área Rural  
cidade de Sapé, UF PB.

Com fundamento no art. 1º da Lei nº 7.115/83, **declara** neste ato, sob sua  
inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, **ser pobre na  
acepção jurídica do termo**, enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº  
1.060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe  
permite pagar as "custas" do processo e os "honorários de advogado" **sem  
prejuízo do sustento próprio ou da família**.

João Pessoa - PB, 12 de novembro de 2018.

Gerolda da Silva Tavares  
**DECLARANTE**

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB  
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99626-1510/99113-0753/99918-1400  
E-mail: ccf.advs@gmail.com