

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

**OUTORGANTE:**

Name: WHITNAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE  
Qualificação: Advogada  
CPF/MF: 932305644-15 RG: 3182715 SSP/PB  
Endereço: Rua Pernambucano s/n Parauá  
Praia de Fogo CEP. 58328000 Paraíba

**OUTORGADOS:** FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo,umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta pôr cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

**GRATUIDADE JUDICÁRIA:**

Declaro ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 10 de junho de 2018

*Whitnage de A. T.*  
Outorgante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

28 JUN. 2018

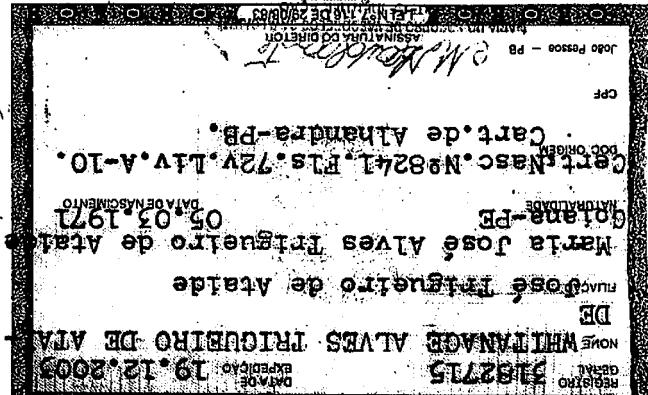
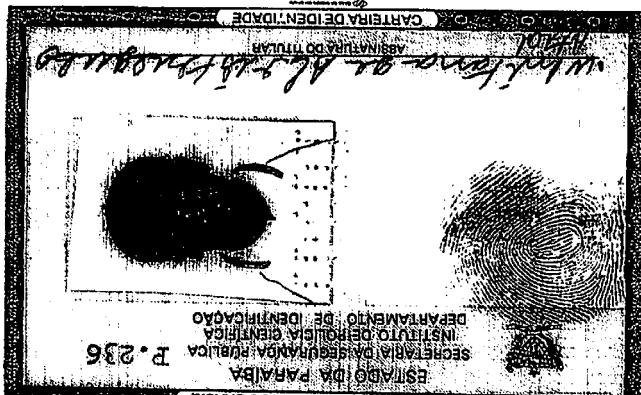
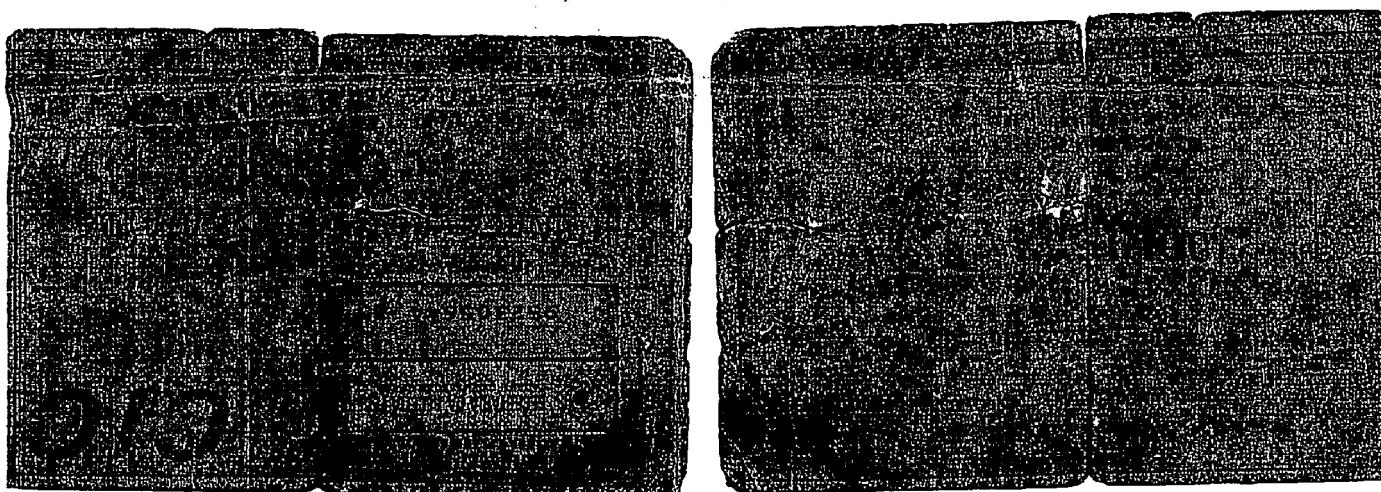


SINCOR/PB

28 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

05/09/14  
P NO 4101  
DE NO 25536



## PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das  
Cantáries do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232073/18

Vítima: WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE

CPF: 952.305.644-15

Data do Acidente: 09/05/2018

CPF de: Próprio Titular do CPF: WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE : 952.305.644-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### 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: 28/06/2018

Nome: WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE  
CPF/CNPJ: 952.305.644-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2018

Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE

Sandra Maria Accioly Pedrosa

3130 - 150:3





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor) idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número -rl Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

952305644-15

Whitinance A. T. Ataide

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

Nome completo

Endereço

Barrio

Email

CPF titular da conta

Número

Cidade

Estado

CPF

Telefone (DDD)

Profissão

Complemento

CEP

UF

ddd

ddd

SINCOR/PB

RS 1.001,00 ATÉ RS 10.000,00

ACIMA DE RS 10.000,00

28 JUN. 2018

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00

SEM RENDA

RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

ATÉ RS 1.000,00

RS 7.001,00 ATÉ RS 10.000,00

RS 1.001,00 ATÉ RS 10.000,00

ACIMA DE RS 10.000,00

28 JUN. 2018

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001)

ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

1033

D/V

CONTA

Nº

104441 3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

1033

CONTA

Nº

CONFERIDO COM O ORIGINAL

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Local e Data  
Local e Data  
Local e Data

Whitinance A. T. Ataide

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2018



**Lot**  
CALCA ECONOMICA 11 DEZ 18  
Lo

CALCA ECONOMICA 11 DEZ 18

06 0800 720 0141  
0010010 0800 725 7474

130 099999585-0

10/MAI/2018 HORA DF: 14:05:44

LOTE: 13.10473.6 TERM: 032249  
LOCAL (Cidade): ALHANDRA  
AG. VINCULADA: 1033 COMPROVANTE: 65AB023412

DEPOSITO EM DINHEIRO

1033 013 00104441-3

MONTANTE A T DE ATALDE

VALOR : R\$ 00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E' VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

130 099999585-0

1a via

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

28 JUN. 2018



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Whitney Alves Triqueiro Faide

RG nº 3182715, data de expedição 19/12/03 Órgão SOP/PE

CPF nº 952305644-15, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>Sítio Camassari</u>
Apto / Complemento	<u>s/n</u>
Bairro	<u>Camacari</u>
Cidade	<u>Pedra de Fogo</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58328000</u>
Telefone de Contato	<u>993581453</u>
E-mail	<u>SINCOR/PB</u> <u>28 JUN. 2018</u>

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Local e Data: João Pessoa, 04/06/18

Assinatura do Declarante:

Whitney Alves Triqueiro Faide



**SEVERINA AUCELINA SILVA**  
SIT CAMASSARI, S/N - CAMARACI  
**PEDRAS DE FOGO / PB CEP: 58328000 (AG: 113)**  
Emissão: 07/05/2018 Referência: Mai / 2018  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁ  
Roteiro: 1 - 288 - 943 - 2140 Nº medidor: 000085154

**ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680  
**CNPJ 09.095.183/0001-40** Inst. Est. 16.015.823-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°005 980 589  
Cód. para Débit. Automático: 00012204145

SINCOR/PB  
28 JUN. 2019

Báré o aplicativo **Energy ON**, que é gratuito e pode ser baixado no smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via do comprovante de faturamento de forma rápida e fácil. Informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

DATA	Lectura	DATA	Lectura	132	31
08/04/18	4189	10/05/18	4321		
CONSUMO					
0801 Consumo em kWh	132,000 0,711350		83,90	27 25,35	93,80 0,58 2,88
0801 Adic. E. Armaz.			0,43	0,43 27 0,11	0,43, 0,00 0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807 CONTRIBUIM PÚBLICA	3,28	0,00	12,00	>0,00	0,00
0806 PARCELA MENTO DE DÉBITO 03/18	122,000	0,700	12,00	50,00	0,00

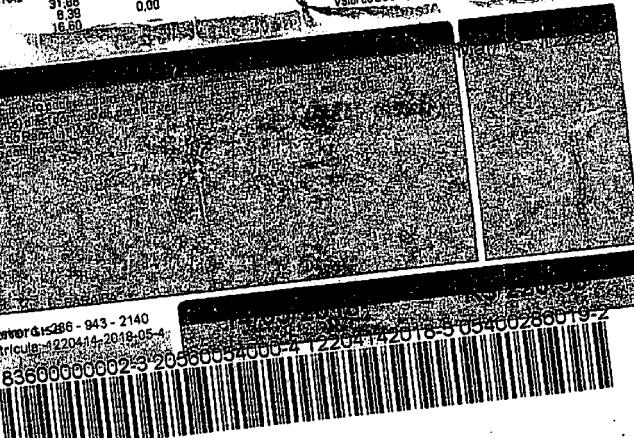
CCT	Código de Classificação do Item	TOTAL:	Quantidade											
			0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
			Jun/17	Jul/17	Agosto/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	

RESERVADO AD-FISCO  
10ed.055b.4a96.eaea.70f6.c878.90f1.533f.

Composição do Consumo	Valor	%
Discriminação	(R\$)	
Serviços de Dist. da Energia e PB	24,80	11,17
Compra de Energia	30,40	13,78
Serviço de Transmissão	3,78	1,71
Encargos Setoriais	6,82	3,09
Impostos Diretos e Encargos	32,01	14,51
Outros Serviços	122,95	55,74
Total	226,68	100,00

Fonte: SED (Rel. 3/2018) R\$0,00

A standard linear barcode representing the document number 83600000000292056054004-4.





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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Whitneyage A.T. Taide

CPF da Vítima

952305644-15

Data do Acidente

05.09.17

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL  
28/09/2018

Local e Data  
São Paulo, 4 de junho de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
6ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Alhandra



POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00489.01.2018.1.06.106**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00489.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:38 horas do dia 09 de maio de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Karla Virgínia Falcão Campos Cavalcanti, Escrivão de Polícia, matrícula 1684698, ao final assinado, compareceu Whitanage Alves Trigueiro de Ataíde, CPF nº 952.305.644-15, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria José Alves Trigueiro de Ataíde e José Trigueiro de Ataíde, natural de Goiana/PE, nascido(a) em 05/03/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, Nº S/Nº, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (83) 99358-1453.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 101, nº S/Nº, Próximo Ao Abençoado Auto Peças, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/05/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

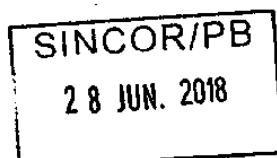
Que, na tarde do dia 05/09/2017, quando estava pilotando a motocicleta Honda POP 100, Ano de Fab/Mod:2009, de cor preta, de placa NPR 7967- PB, registrada em nome de Carlos Pereira de Lira, quando estava passando na BR 101, Mata Redonda, Alhandra, próximo ao Auto Peças "Abençoado", foi surpreendido por um veículo Fiat/ Doblô, de cor prata, de placa e condutor não identificados, que colidiu frontalmente com a moto em que o noticiante estava pilotando; Que, devido à colisão, o noticiante perdeu o controle da moto, vindo ao solo; Que o motorista do veículo Doblô se evadiu do local, não prestando socorro ao noticiante; Que, o noticiante foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital Trauma, em João Pessoa/PB, onde ficou hospitalizado e submetido à intervenção cirúrgica, conforme atesta laudo do mencionado hospital.

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

Alhandra/PB, 09 de maio de 2018.

KARLA VIRGÍNIA FALCÃO CAMPOS  
CAVALCANTI  
Escrivão de Polícia

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAÍDE  
Noticiante



Procedimento Policial: 00489.01.2018.1.06.106

05/03/75

CONFERIDO COM O ORIGINAL

1/1



		<b>ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>POLÍCIA MILITAR</b>		
<b>Nº Ocorrência:</b> N° 584 / Data da Ocorrência: 05/09/2017 Hora: 15h 40 min. Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº): RUA: FRANCISCO DA COSTA 314		<b>Nº CIOP/COPOM:</b>		
<b>Ponto de Referência:</b> Lote da Avenida				<b>Código da Ocorrência:</b>
<b>Natureza da Ocorrência:</b> AGENCIA DE INVESTIGACAO				
<b>Comandante da Guarda (Nome, Posto/Grad. e Matrícula):</b> SGT. JOSÉ MARIA 6226-1		<b>Prefixo da Vistoria:</b> 6041		
<b>Patrulheiro (Nome, Grad. e Matrícula):</b> SO GILSON MAIS 503418-2		<b>Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula):</b> Patrulheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula):		
<b>Nome Completo do Solicitante:</b> SGT. JOSÉ MARIA		<b>Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s):</b> 123 3156 9261		
<b>Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):</b> RUA: PROFESSOR MARIANO DE LIMA SIN				<b>Data de Nascimento (d/m/a):</b> 20/01/1973
<b>Acusado (s)</b>				
<b>Nome Completo:</b> MARIA DO ROSA ALVES FRIGUEIRO		<b>Nº RG/Órgão Expedidor:</b> 3181715 350 PR		<b>Nº CPF:</b> 959 304 644-16
<b>Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):</b> RUA: RIO DE SALVADOR SIN				<b>Nº CNH:</b> 01-1649-1
<b>Ponto de Referência:</b> RUA: RIO DE SALVADOR				<b>Profissão Declarada:</b> AGRICULTOR
<b>Informações Biométricas:</b> <b>Cor das Pupilas:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Vermelha <b>Altura Estimada:</b> 170 <b>Cor dos Cabelos:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Castanho <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Loiro <b>Cor dos Olhos:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Castanho <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Verde				<b>Compleição Física:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Magro <input type="checkbox"/> Gordo
<b>Marca(s) Característica(s) (Assinalar):</b> <input type="checkbox"/> Tatuagem <input type="checkbox"/> Cicatriz <input type="checkbox"/> Sinal de Nascerça <input type="checkbox"/> Outros				<b>Alcunha:</b> NENHUMA : 30/01/1973
<b>(Descrever Marca Característica)</b>				
<b>Nome Completo:</b> MARIA DO ROSA FRIGUEIRO				<b>Data de Nascimento (d/m/a):</b> 06/06/1974
<b>Nome Completo da Genitora:</b> Terezinha Maria da Silva Lima		<b>Nº RG/Órgão Expedidor:</b> 4290811 518 PR		<b>Nº CPF:</b> 91199680468
<b>Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):</b> RUA: RIO DE SALVADOR SIN				<b>Nº CNH:</b> 01-1649-1
<b>Ponto de Referência:</b> RUA: RIO DE SALVADOR				<b>Profissão Declarada:</b> MULHER
<b>Informações Biométricas:</b> <b>Cor da Pele:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Escuro <b>Altura Estimada:</b> Cor dos Cabelos: Cor dos Olhos: <b>Compleição Física:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Magro <input type="checkbox"/> Gordo				
<b>Marca(s) Característica(s) (Assinalar):</b> <input type="checkbox"/> Tatuagem <input type="checkbox"/> Cicatriz <input type="checkbox"/> Sinal de Nascerça <input type="checkbox"/> Outros				<b>Alcunha:</b>
<b>(Descrever Marca Característica)</b>				
<b>Vítima(s)</b>				
<b>Nome Completo:</b> ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO				<b>Data de Nascimento (d/m/a):</b> 06/10/1974
<b>Nome Completo da Genitora:</b> Terezinha Maria da Silva Lima		<b>Nº RG/Órgão Expedidor:</b> 4290811 518 PR		<b>Nº CPF:</b> 91199680468
<b>Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):</b> RUA: RIO DE SALVADOR SIN				<b>Nº CNH:</b> 01-1649-1
<b>Ponto de Referência:</b> RUA: RIO DE SALVADOR		<b>Nº Telefone (s):</b> 1837993096856		<b>Profissão Declarada:</b> MULHER
<b>Nome Completo:</b> MARIA DO ROSA RAMOS				<b>Data de Nascimento (d/m/a):</b> 01/01/1970
<b>Nome Completo da Genitora:</b> Terezinha Maria da Silva Lima		<b>Nº RG/Órgão Expedidor:</b>		<b>Nº CPF:</b> 91199680468
<b>Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):</b> RUA: RIO DE SALVADOR SIN				<b>Nº CNH:</b> 01-1649-1
<b>Ponto de Referência:</b> RUA: RIO DE SALVADOR		<b>Nº Telefone (s):</b>		<b>Profissão Declarada:</b> MULHER
<b>Testemunha(s)</b>				
<b>Nome Completo:</b> MARIA DO ROSA RAMOS				<b>Data de Nascimento (d/m/a):</b> 01/01/1970
<b>Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s):</b> ( )		<b>Nº RG/Órgão Expedidor:</b>		<b>Nº CPF:</b> 91199680468
<b>Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF):</b> RUA: RIO DE SALVADOR SIN				<b>Nº CNH:</b> 01-1649-1
<b>Ponto de Referência:</b> RUA: RIO DE SALVADOR				<b>Profissão Declarada:</b> MULHER
<b>Nome Completo:</b> MARIA DO ROSA RAMOS				<b>Data de Nascimento (d/m/a):</b> 01/01/1970
<b>Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s):</b> ( )		<b>Nº RG/Órgão Expedidor:</b>		<b>Nº CPF:</b> 91199680468
<b>Ponto de Referência:</b> RUA: RIO DE SALVADOR				<b>Profissão Declarada:</b> MULHER



Arma(s) de Fogo Apreendida(s)					
Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
<b>Cartucho(s) Apreendido(s)</b>					
Quantidade:	Calibre:	Tipo:			
Quantidade:	Calibre:	Tipo:			
<b>Outro(s) Objeto(s) Apreendido(s)</b>					
(Tipo, Marca, Modific., nº de série, Cor e etc.)					
<b>Relato da Ocorrência</b>					
<p>Às 09:40min da 14/10 em A GUSTAVINHO DA 6041 compareceu o Juiz do 3º Juizado das Infrações Penais ao local de um acidente na Rua Lázaro Góes, o qual envolveu uma moto com placas de número 453466 e 453467, cor preta, modelo Pop 100, a mesma já havia sido roubada no dia 05/10/2018, no valor de R\$ 1.000,00 reais, mantiveram-se feridos no local ficando 30 m. 02 BIAU, multivacos, ISWAN e SAW. O motociclista é JUBIRI, de 25 anos, de origem negra, que se encontrava quando parou seu veículo para sair a pé para sair da moto para atender a voz de Deus, o causador da lesão é o SAIU, que se dirigiu ao local e foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Aracaju, tendo como suspeito o JUAN, ex-policia federal com número 453466, que ficou ferido. Tanto que o veiculo foi retornado ao dono tanto quanto o faturamento, foram encaminhados para provar a origem e destino dos procedimentos. Pela 09 DUBLO.</p>					
<b>Auto de Resistência à Prisão</b>					
<p>No exercício legal de minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao infrator, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de que é suspeito, e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, observei das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para isso</p>					
<p>que resultou em _____.</p> <p>Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com a(s) Testemunha(s) _____.</p>					
<p>Condutor: _____</p> <p>1<sup>a</sup> Testemunha _____ 2<sup>a</sup> Testemunha _____</p>					
<p>Recebidas ____ h ____ min., de ____ / ____ / ____ o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descrito(s) neste documento.</p>					
<p>Name: Wagner Maia Gomes AGENTE DE INVESTIGAÇÃO Matrícula: 182072 Assinatura: _____</p>					





SAMU  
192



**Prefeitura Municipal de Alhandra  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU**

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USA - 42

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA				HORA: 15:43	
Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário		Idade	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.
15/10/13	1813523	Wytanage Alpoor Triguine		46	
Local da Ocorrência	Bairro		Médico Regulador		
Rua 503 Nata Redonda (Albergado Auto Peas)			Áurea		
<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> Socorrida pelo Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> Localizada Encontrada <input type="checkbox"/> Outro:					

**IMPORTE PAGO: R\$ 0,00 - ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO**

<b>TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)</b>	<b>ANTECEDENTES</b>	<b>SINCOR/PB</b>
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: <i>lesão curva x anato</i> CINEMÁTICA:  <b>EXAME FÍSICO:</b> <input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTÉRICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA / <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input checked="" type="checkbox"/> DOR: LOCAL <i>fazendo injesta</i> <input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA / <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE	<b>MEDICAMENTOS:</b>  <b>PATOLOGIA (S):</b>  <b>ULTIMA ALIMENTAÇÃO:</b>  <b>VACINAS:</b>  <b>CONFIRMO COMO O ORIGINAL</b>	28 JUN. 2013
	<input type="checkbox"/> TCE / <input type="checkbox"/> TRM / <input type="checkbox"/> FRATURA / <input type="checkbox"/> CONTUSÃO / <input type="checkbox"/> ENTORSE / <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / <input type="checkbox"/> FACE / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> FAB / <input type="checkbox"/> FAF / <input checked="" type="checkbox"/> AFOGAMENTO / <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEIMADURA / <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO / <input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA  ALTURA / <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO / <input type="checkbox"/> QUEDA ALTURA _____ metros <i>Medida 1,056 pés</i>	

**TIPO DE FERIMENTO E LOCAL:**

ESTINO

local: Hospital de Coacuma

**Responsável:** \_\_\_\_\_ **Função:** \_\_\_\_\_

#### XAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

JÁ DOS VITAIIS

**Respiração:**  Obstruída **BRESCAP:**  > 30 mmHg  < 30 mmHg **PERFUSÃO CAPILAR:**  Retardada  Normal **PAS:**  > 90 mm Hg  < 90 mm Hg

A: 160 x 90 PC: 9.06 mm PR: 15 GLICEMIA: \_\_\_\_\_ E. Coma: 15 SpO2 s / O<sub>2</sub>: 98% SpO2 e / O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ T: 36 °C

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:
  - INTERVENÇÕES:
  - EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Paciente consciente, orientado, glagol 15, Sp 98%, com ar ambiente, com suspeita de fratura em fôlho ①, alívio constante, encaminhado ao Hospital de Trauma

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)**

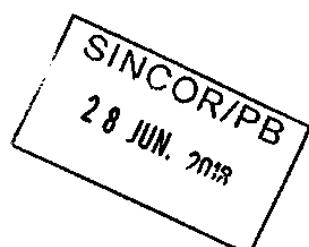
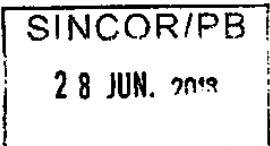
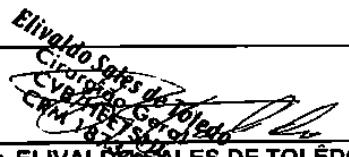
CRM: \_\_\_\_\_ / ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

CONDITOR: *Fig. 8-10 t 8*

W

*— 10 —*



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	05/03/71	
<b>NOME DA MÃE</b>	MAEIA JOSÉ ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE	
<b>DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO</b>		
<b>PRONTUÁRIO N.º</b>	104101	
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	1025536	
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	05/09/17	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	16:38	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	
<b>CID 10</b>	S82.1	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM DOR , EDEMA E IMPOTENCIA FUNCIONAL NO JOELHO DIREITO. APRESENTA-SE ORIENTADO, LUCIDO, GLASGOW 15. AVALIADO PELA CIRURGIA DERAL, ORTOPEDIA.		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
RX Perna Direita , RX Joelho DIR. TC de Joelho Direito		
		
<b>RESULTADOS DOS EXAMES:</b>		
RX Perna Direita - FRATURA DE PLATOU TIBIAL DIR.		
		
<b>CONFERIDO COM O ORIGINAL</b>		
<b>TRATAMENTO:</b>		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATOU TIBIAL		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	15/09/17	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	03/05/18	
		
<b>Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO</b> CRM: 1873/PB		

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



04890

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1025536



## Identificação do paciente

ID 1207393	Nome WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/03/1968	Idade 48 anos 6 meses	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO				Pai JOSE TRIGUEIRO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ANA CAROLINA BERNARDINO TRIGUEIRO - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 893459628	DDD Fijo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crs		
Local de procedência ALHANDRA		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade RECIFE	CBO/R		

## Endereço

CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro AGUAS LINDAS	<i>Placa 6511 15/09</i>
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL	

## Admissão

Data e Hora 05/09/2017 16:38:41	Número da pulseira 1000006007064	Convênio SUS	<i>HSF</i>
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

PA <i>X</i>	mmHg	P脉	Temperatura
----------------	------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasomografia [ ]
Dados clínicos <i>Perante acidente de colisão motociclo corvo, concerte, queixas, inconsciencia. não uso CTI</i>						

Diagnóstico Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	<i>Intervençao F.A. 17360635-48</i>	CID
		Tempo 55seg

Imprimir

05/09/2017 16:36





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO</b>	BAE 1025536	Data/Hora Entrada 05/09/2017 16:38:41	Data Baixa
Data de nascimento 05/03/1969	Idade 48	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO</b>			
Endereço <b>AGUAS LINDAS, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ALHANDRA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE PIRES DUTRA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>10650/PB</b>
Data/Hora Classificação 05/09/2017 16:38:41		Data/Hora Prescrição 05/09/2017 16:56:29	

### namnese

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM ESTABILIDADE HEMODINAMICA, VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, APRESENTANDO ESCORIAÇÃO E DOR EM Perna Direita. AUSENCIA DE EDEMA E CREPTAÇÃO LOCAL CD: SOLICITO RX DE Perna Direita ALTA DA CIRURGIA GERAL, AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE Perna Direita

### CID10

Dígito	Descrição
R52.9	Dor não especificada

### Conduta

Em observação

Dr. Jose Pires Dutra Junior  
CRM-PB 10650  
Médico Reg.

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR

Dr. Jose Pires Dutra Junior  
CRM-PB 10650  
Médico Reg.

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAIBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO</b>	BAE <b>1025536</b>	Data/Hora Entrada <b>05/09/2017 16:38:41</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>05/03/1969</b>	Idade <b>48</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO</b>			
Endereço <b>AGUAS LINDAS, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ALHANDRA</b>	JF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE LUIS LOPEZ GOMES SIQUEIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6207/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/09/2017 16:38:41</b>		Data/Hora Prescrição <b>05/09/2017 19:55:54</b>	

## namnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E EDEMA EM TIBIA . SOLICITO RX DE JOELHO

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

## Conduta

Em observação

Dr. Andre Luis Siqueira

Ortopedista e Traumatologista

Andre Luis Lopez Gomes Siqueira

(6207/PB)

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO</b>	BAE <b>1025536</b>	Data/Hora Entrada <b>05/09/2017 16:38:41</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>05/03/1969</b>	Idade <b>48</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 993459626</b>
Endereço <b>AGUAS LINDAS, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>ALHANDRA</b>	Prontuário <b>JF PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE LUIS LOPEZ GOMES SIQUEIRA</b>	Vª Cons. Regional <b>6207/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>05/09/2017 16:38:41</b>		Data/Hora Prescrição <b>05/09/2017 21:35:47</b>	

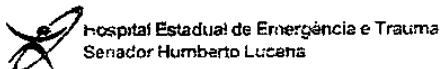
<b>anamnese</b>	PACIENTE RETORNO COM RX DE JOLEHO MOSTRANDO FRATURA DE PLATO TIBIAL COM AFUNDAMENTO E DESVIO . NECESSITANDO DE TC DE TIBIA PROXIMAL . SOLICITO INTERNAMENTO , MAS O PACINETE SE RECUSA A FICAR INTERNADO . SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL .
-----------------	--

<b>Conduta</b>	
Internar Paciente	

Dr. André Luis Siqueira  
 Ortopedia/Trumatologia  
 Oncologia Médica e Radioterapia  
 207001-0007 TEOT 1797  
 ANDRE LUIS LOPEZ GOMES SIQUEIRA  
 (6207/PB)

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO




**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

**Endereço:** AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
**Tel:** 32165700  
**CNES:** 445365

Paciente <b>WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO</b>	BAE 1025536	Data/Hora Entrada 05/09/2017 16:38:41	Data Baixa
Data de nascimento 05/03/1969	Idade 48	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993459628
Mãe <b>MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO</b>			
Endereço <b>AGUAS LINDAS, SN</b>	Barrio ZONA RURAL	Município <b>ALHANDRA</b>	UF <b>PE</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JESSYKA EMILIA F. RABELO</b>	Nº Cons. Regional: 10345/PB
Data/Hora Classificação 05/09/2017 16:38:41		Data/Hora Prescrição 06/09/2017 00:06:57	

**\* Anamnese**

TEMPO: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, REEFRE DOR + IMPOTENCIA FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO.  
 #EFO: POSIÇÃO ANTALGICA, NAO DEAMBULA. PRESENÇA DE EDEMA + DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO, COM DOR A PALPAÇÃO. ADM PREJUDICADA. MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO. PULSOS E PERFUSÃO DISTAL PRESENTES. EXAME NEUROLÓGICO PRESERVADO. SEM SINAIS DE SD. COMPARTIMENTAL. #RADIOGRAFIAS: PRESENÇA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL LATERAL COM AFUNDAMENTO IMPORTANTE, E IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA-AVULSAO DE ESPINHA TIBIAL, APARENTEMENTE COM DESVIO MÍNIMO. #CONVÉNSADO COM PACIENTE E O ACOMPANHANTE, E AMBOS OPTARAM POR INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO TRATAMENTO CIRÚRGICO. # CONDUTA: 1. INTERNO PACIENTE 2. SOLICITO EXAMES PRÉ-OPERATORIOS + RISCO CIRÚRGICO 3. IMOBILIZAÇÃO DO TIPO TALA IGUNO MALEOLAR 4. SOLICITO EXAMES DE IMAGEM : OBLIKUAS + TUNEL VIEW + TOMOGRAFIA COM RECONSTRUÇÃO. # FOI INFORMADA QUE TOMOGRAFO ESTA QUEBRADO, DEIXO SOLICITAÇÃO DE TC DE JOELHO ANEXADA AO PRONTUÁRIO, PARA QUE A MESMA SEJA REALIZADA O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

<b>DIETA</b>	
<b>DIETA LIVRE, VIA ORAL</b>	

<b>EDICAÇÃO</b>	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)	
Diluir	
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)	
Diluir	
ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)	
Diluir	
OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA	
CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM. SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)	
SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSM)	
ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA	
GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)	

Jta. Jessyka Emilia F. Rabelo  
 Médica  
 CRM 10345/PB

<b>SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTS)</b>
Diluir
<b>CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H</b>
<b>SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)</b>

<b>CUIDADOS</b>
<b>CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)</b>
<b>HGT 6/6HS</b>
<b>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA</b>
<b>INSULINA REGULAR CONFORME HGT</b>
<b>SSVV + CCGG</b>
<b>SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA</b>

<b>EXAME LABORATORIAL</b>
<b>HEMOGRAMA</b>
<b>AGULOGRAMA COMPLETO</b>
<b>UREIA - SORO</b>
<b>CREATININA</b>

<b>EXAME DE IMAGEM</b>
<b>ELETROCARDIOGRAMA</b>
<b>RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PERNAS DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 QUADRANTES)</b>
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÕES)</b>

<b>PROCEDIMENTO</b>
<b>TALA INGUINO PODÁLICO</b>
<b>Induta</b>
<b>Internar Paciente</b>

Dra. Jessyka Emilia F. Rabelo  
CRM 10045/PB

JESSYKA EMILIA F. RABELO  
(10045/PB)

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO



**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**



BE/PRONTUÁRIO

10353

IJSP





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA  
MEDEIROS BARBOSA  
Em: 06/09/2017 08:07:49

Paciente <b>WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO</b>	Boletim de Atendimento <b>1025536</b>	Data/Hora Entrada <b>05/09/2017 16:38:41</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>05/03/1969</b>	Idade <b>48</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Tempo de Internação <b>6h 18min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>

### Evolução do Paciente (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 06/09/2017 08:07:43)

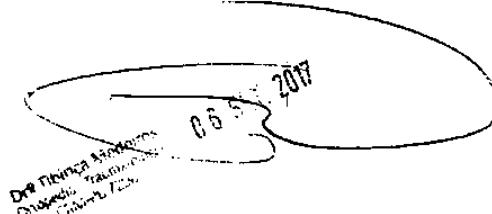
#### **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

##### **Descrição da Evolução:**

paciente vítima de trauma, com fratura de plato tibial  
aguarda laboratório e risco

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 18  
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296





**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
RESSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**

Número: \_\_\_\_\_  
 Paciente: Urticose Alvo Trigueiro  
 Procedimento: troca artroscopia trocâr tibial  
 SUS:  Não SUS:   
 Médico: Dra. Steffenbon; Dr. Vinícius

Pontuário: 1025536  
 Data: 11/09/17  
 Reposição: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Caixa Pronta: \_\_\_\_\_

**DISPENSAÇÃO CME**

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>HUC</u>	<u>ca 4,5.</u>			
<u>?</u>	<u>Parafuso espinhoso H61 32 n° 80</u>	<u>01</u>		
	<u>Sete parafuso espinhoso n.º 80</u>	<u>01</u>		
	<u>anillos</u>	<u>02</u>		

**DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA**

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Steffenbon Fabrício Lúcio  
traumatologo ortopedista  
CRM-PB 52672

Ana Raquel de Souza e Silva Coutinho  
Supervisora BDCG-COREN-PB  
COREN-PB 117 R/8

ASSINATURA CIRURGIANO RESPONSÁVEL

F(NG), APC 013-2



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)		6 - NOME DA MÃE	
7 - SEXO		8 - ENDERECO (RUA, N°, SALARO)	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTRATO	
13 - ENDERECO (RUA, N°, SALARO)		14 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA	
15 - COD. IBGE MUNICIPIO		16 - UF	
17 - CEP		18 - CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTDÉ	
21 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTDÉ		24 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTDÉ		30 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
31 - QTDÉ		32 - QTDÉ	
33 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
35 - QTDÉ		36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNOSCO(S)	
37 - DATA		38 - OBSERVADORES	
39 - CID 10 PRINCIPAL		40 - CID 10 SECUNDÁRIO	
41 - CID 10 SECUNDÁRIO		42 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
43 - DOCUMENTO		44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
45 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - C.D.P. DRGAO EMISSOR		48 - DOCUMENTO	
49 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
53 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC		54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>ANOP</i>		
2 - CNES <input type="text"/>		4 - CNES <input type="text"/>
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <i>Whitmano Alves Trigueiro</i>		
6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>40935536</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>01/01/1900</i>
9 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <input type="text"/>		
11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE <input type="text"/>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <input type="text"/>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ) <input type="text"/>		
14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO    15 - UF    16 - CEP <input type="text"/>		
<b>17- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b> <input type="text"/>		
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>		
18- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <input type="text"/>		19- CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR <input type="text"/>
20- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <input type="text"/>		21- CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA <input type="text"/>
22- DIAGNÓSTICO GERAL <input type="text"/>		23- CID 10 PRINCIPAL    24- CID 10 SECUNDÁRIO    25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/>
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		
26- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>		27- CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>
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 <input type="text"/>		30- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    31- QTDE. <input type="text"/>
32- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>		33- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    34- QTDE. <input type="text"/>
35- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TMC</i>		36- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    37- QTDE. <input type="text"/>
<b>38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <i>Cx 4,5 toracos expander nº 32 ns 80/1 toracos contacat nº 46/1 anurelas CO2</i>		
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> <input type="text"/>		
40. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>11/08/18</i>		
41. DOCUMENTO    42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ( ) CNS    ( ) CPF <input type="text"/>		43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>		45. CÓD ORGÃO EMISOR    46. DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text"/>
47. DOCUMENTO    48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR ( ) CNS    ( ) CPF <input type="text"/>		49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/>



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Whitânage Alves Triqueiro BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 11/09/17  
Clínica/Setor: Otorrinolaringologia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Fratura de plato tibial direito.  
Cirurgião: Dra. Steffensen Diniz 1º Assistente: Dr. Marcos Henriquez  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Camilla  
Tipo de Anestesia: Rágua Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório.	CID
Fratura do plato tibial direito.	580.1

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<i>Redução Aberta e Fixação Interna</i>	

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

Biopsia de Congelacão: ( )Sim (✓)Não

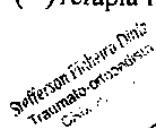
#### **Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:**

Enfermaria     Terapia Intensa     Residência     Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

João Pessoa. 4109117

E(NG) ASCIR 009.1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Descrição da Cirurgia	
<b>Posição e Preparo:</b>	- Paciente em Decúbito Dorso Horizontal; - Degrauização do todo membro inf. direito; - Panacriose do gártalo; - Anépsia e antinepsia com campos estériles;
<b>Incisão:</b>	- Lateral em tacho do golfe de aproximadamente 10 cm de comprimento;
<b>Achados:</b>	- Fratura aberta sem grandes desvios;
<b>Conduta:</b>	1- Abordagem por plano até pico do fratura; 2- Redução e Fixação com 1 parafuso expando com anel proximalmente e 1 parafuso cortical com anel distal; 3- Retirada do gártalo; 4- Fechamento por planos;
<b>Fechamento:</b>	- com Vicryl 10 e mononylon 2.0;
<b>Observação:</b>	

Spécialiste en  
Traumatologie et  
Orthopédie

João Pessoa, 11/09/17

Médico/CRM: Pluz

F(NG).ASCIR.009-1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	- Paciente em Decúbito Dorso Horizontal; Desinfeccão de todo membro inf. envolto; Panagm de garneti; Aneapnia e antineapnia com campo seco;
<b>Incisão:</b>	- Lateral em taco de golfe de aproximadamente 10 cm de comprimento;
<b>Achados:</b>	- Fratura alinhada com grandes desvios;
<b>Conduta:</b>	1- Dissecção por planos ate topo da fratura; 2- Redução e Fixação com 1 parafuso expando com anel proximalmente e 1 parafuso cortical com anel mais distal; 3- Retirada de garneti; 4- Fechamento por planos;
<b>Fechamento:</b>	- com Vicryl 1.0 e mononylon 2.0;
<b>Observação:</b>	

Setor de Cirurgia  
Traumato-Ortopédica  
C.R.M. 16904379

João Pessoa, 11/03/17

Médico/CRM: Pluz

F(NG).ASCIR.009-1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Whetsmag Alves Trigueiro BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 11/09/17  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Fratura de plato tibial direito.  
Cirurgião: Dr Steffensen Diniz 1º Assistente: Dr. Marcos Uenízios  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Camilla  
Tipo de Anestesia: Rágis Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de plato tibial direito.</u>	<u>580.1</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Aberta e Fixação Interna</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, 11/09/17

F(NG).ASCIR.009-1



BAKING POWDER PUFF AND PIONEER



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



## FICHA DE ANESTESIA

HEETSHI

DATA: 11/10/17

PRONTUÁRIO: 1025536

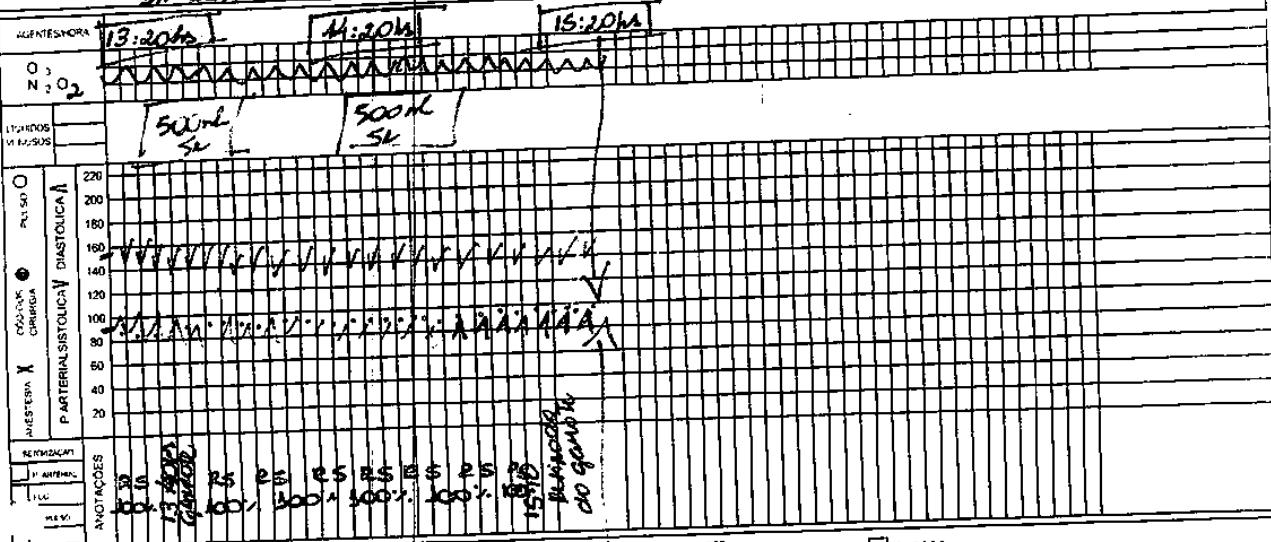
SEXO:

M

COR:

IDADE: 15 ANOS

PACIENTE: <b>WILSONAGE ALVES TORQUATO</b>		PRESSÃO ARTERIAL <b>150x90</b>	PULSO <b>72</b>	RESPIRAÇÃO <b>12</b>	TEMPERATURA <b>36,5</b>	PESO <b>65</b>	GRUPO SANGUÍNEO <b>O+</b>
ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO							
RISCO CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO							
EXAMES COMPLEMENTARES <b>ver prontuário I nessa ALERGIAS</b>							
AP. RESPIRATÓRIO <b>MV+ em ambos lados</b>				AP. CIRCULATÓRIO <b>OK</b>			
AP. DIGESTIVO <b>ENJUAGUE</b>		ESTADO MENTAL <b>ORIENTADO</b>		DROGAS EM USO: <b>-</b>		ESTADO FÍSICO (ASA)	
PRÉ-ANESTÉSICO <b>Normonal EV</b>							
DOSE/HORA							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <b>Fratura de T/10 e T/11</b>							
CIRURGIA REALIZADA <b>ATO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATEA TIBIAL</b>							
CIRURGÃO <b>DAS GUSMAO</b>		AUXILIARES <b>DR. JEFFERSON</b>		TERMINO DA ANESTESIA <b>15:20hs</b>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <b>2hs</b>	
INÍCIO DA ANESTESIA <b>13:20hs</b>				VALORES RS			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		CRM-PB			
ESTESTISTA <b>DR. Camila</b>		CPF					



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TIPOLOGIA					
LÍQUIDOS	VOLUME (ml)	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICOSE	1. <b>Rápidacaina ISO. 15mg EV</b>	11			
NAN	2. <b>Efexocina 26EV</b>	12			
TAMARE	3. <b>Dexametasona 40mg EV</b>	13			
MINER	4. <b>Ondansetrona 8mg EV</b>	14			
TOTAL <b>1.000ml</b>	5. <b>dipirona 26EV</b>	15			
INFUSÃO DO PACIENTE <b>1.000ml</b>	6. <b>etomidato 0,25% EV</b>	16			
<input type="checkbox"/> APT	7.	17			
<input type="checkbox"/> UTI	8.	18			
<input type="checkbox"/> OUTROS <b>URPA</b>	9.	19			
	10.	20			

Camila Góes  
MÉDICA  
CRM-PB 8997

NOTAS TÉCNICAS: Paciente monitorizado submetido à venoclise em MSE feito anaplaia / Antinep.  
SA da Régua Louise + Socorr. PI: Posicionamento entre L3-L4, LCR clara, Espino satisfatório.  
(Análise N° 25)

ASSINATURA DO ANESTÉSISTA

F (ING) ASCIR 026-1





## Visita Pré Anestésica

H2E1

15/01

Anes

10/09/19 :DATA

1025536 PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Whittemore Charles fugiu de																																									
Idade: 48	Sexo: M	Profissão:																																							
Patologia principal: Fístula t.B.C (D)		Anestesia proposta: Tóquio neséico.																																							
Cirurgia: H.O Cervical																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Dor no peito, angina? [ ] N </td><td>Diabetes? [ ] X </td></tr> <tr><td>infarto? [ ] &lt;3M [ ] 3-6M [ ] &gt;6M [ ] X </td><td>Doença da tireo? [ ] X </td></tr> <tr><td>Freqüência alta? [ ] X </td><td>Mudança no hábito urinicial? [ ] X </td></tr> <tr><td>Sopro, febre reumática? [ ] X </td><td>Modificação no apetite? [ ] X </td></tr> <tr><td>Arritmia, taquicardia: [ ] espontânea [ ] X </td><td>Quimicose, azia, H.d.hiato, dor? [ ] X </td></tr> <tr><td>dos esforços: [ ] poc. [ ] médios [ ] X </td><td>Náuseas, vômitos? (cor: ) [ ] X </td></tr> <tr><td>Edema de MMII: [ ] Tudo [ ] Verte [ ] X </td><td>Mudança no hábito intestinal? [ ] X </td></tr> <tr><td>Dispepsia de decalito? [ ] X </td><td>Alteração na cor das fezes? [ ] X </td></tr> <tr><td>dos esforços: [ ] poc. [ ] médios [ ] X </td><td>Péda de peso /dia? [ ] X </td></tr> <tr><td>Asma/bromquias? [ ] X </td><td>Hepatite, icterícia, malária, Chagas? [ ] X </td></tr> <tr><td>Tosse/catarr? (cor) [ ] X </td><td>Anemia? [ ] X </td></tr> <tr><td>Fumante: há _____ anos. Parou há _____ [ ] X </td><td>Sangramento? (onde? ) [ ] X </td></tr> <tr><td>Desconforto torácico? [ ] X </td><td>Homemônios/marchas rítmicas? [ ] X </td></tr> <tr><td>Convulsões,抽筋, tremores? [ ] X </td><td>Gripe, febre, recente? [ ] X </td></tr> <tr><td>Fraqueza muscular, miastenia? [ ] X </td><td>Está ou pode estar grávida? (IDUM: / ) [ ] X </td></tr> <tr><td>Dor nas juntas, artigo, colagones? [ ] X </td><td>Tem problema de surdez, visão? [ ] X </td></tr> <tr><td>Problema de coluna? [ ] X </td><td>Teve febre alta quando foi operado? [ ] X </td></tr> <tr><td>Estilo social? [ ] X </td><td>Recebeu Transf sangue? Há _____ [ ] X </td></tr> <tr><td>Alcoolista: há 20 anos. Parou há _____ [ ] X </td><td>Acute transf sangue numa emergência? [ ] X </td></tr> </table>				Dor no peito, angina? [ ] N	Diabetes? [ ] X	infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M [ ] X	Doença da tireo? [ ] X	Freqüência alta? [ ] X	Mudança no hábito urinicial? [ ] X	Sopro, febre reumática? [ ] X	Modificação no apetite? [ ] X	Arritmia, taquicardia: [ ] espontânea [ ] X	Quimicose, azia, H.d.hiato, dor? [ ] X	dos esforços: [ ] poc. [ ] médios [ ] X	Náuseas, vômitos? (cor: ) [ ] X	Edema de MMII: [ ] Tudo [ ] Verte [ ] X	Mudança no hábito intestinal? [ ] X	Dispepsia de decalito? [ ] X	Alteração na cor das fezes? [ ] X	dos esforços: [ ] poc. [ ] médios [ ] X	Péda de peso /dia? [ ] X	Asma/bromquias? [ ] X	Hepatite, icterícia, malária, Chagas? [ ] X	Tosse/catarr? (cor) [ ] X	Anemia? [ ] X	Fumante: há _____ anos. Parou há _____ [ ] X	Sangramento? (onde? ) [ ] X	Desconforto torácico? [ ] X	Homemônios/marchas rítmicas? [ ] X	Convulsões,抽筋, tremores? [ ] X	Gripe, febre, recente? [ ] X	Fraqueza muscular, miastenia? [ ] X	Está ou pode estar grávida? (IDUM: / ) [ ] X	Dor nas juntas, artigo, colagones? [ ] X	Tem problema de surdez, visão? [ ] X	Problema de coluna? [ ] X	Teve febre alta quando foi operado? [ ] X	Estilo social? [ ] X	Recebeu Transf sangue? Há _____ [ ] X	Alcoolista: há 20 anos. Parou há _____ [ ] X	Acute transf sangue numa emergência? [ ] X
Dor no peito, angina? [ ] N	Diabetes? [ ] X																																								
infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M [ ] X	Doença da tireo? [ ] X																																								
Freqüência alta? [ ] X	Mudança no hábito urinicial? [ ] X																																								
Sopro, febre reumática? [ ] X	Modificação no apetite? [ ] X																																								
Arritmia, taquicardia: [ ] espontânea [ ] X	Quimicose, azia, H.d.hiato, dor? [ ] X																																								
dos esforços: [ ] poc. [ ] médios [ ] X	Náuseas, vômitos? (cor: ) [ ] X																																								
Edema de MMII: [ ] Tudo [ ] Verte [ ] X	Mudança no hábito intestinal? [ ] X																																								
Dispepsia de decalito? [ ] X	Alteração na cor das fezes? [ ] X																																								
dos esforços: [ ] poc. [ ] médios [ ] X	Péda de peso /dia? [ ] X																																								
Asma/bromquias? [ ] X	Hepatite, icterícia, malária, Chagas? [ ] X																																								
Tosse/catarr? (cor) [ ] X	Anemia? [ ] X																																								
Fumante: há _____ anos. Parou há _____ [ ] X	Sangramento? (onde? ) [ ] X																																								
Desconforto torácico? [ ] X	Homemônios/marchas rítmicas? [ ] X																																								
Convulsões,抽筋, tremores? [ ] X	Gripe, febre, recente? [ ] X																																								
Fraqueza muscular, miastenia? [ ] X	Está ou pode estar grávida? (IDUM: / ) [ ] X																																								
Dor nas juntas, artigo, colagones? [ ] X	Tem problema de surdez, visão? [ ] X																																								
Problema de coluna? [ ] X	Teve febre alta quando foi operado? [ ] X																																								
Estilo social? [ ] X	Recebeu Transf sangue? Há _____ [ ] X																																								
Alcoolista: há 20 anos. Parou há _____ [ ] X	Acute transf sangue numa emergência? [ ] X																																								
Outros sintomas de Alergias e/ou EF		Critérios / Aceitação Próvis / Complicações																																							
<p>1. Inflamação de pulmão</p> <p>2. -</p> <p>3. -</p> <p>4. -</p> <p>5. -</p> <p>6. -</p> <p>7. -</p> <p>8. -</p> <p>9. -</p> <p>10. -</p> <p>11. -</p> <p>12. -</p> <p>13. -</p> <p>14. -</p> <p>15. -</p> <p>16. -</p> <p>17. -</p> <p>18. -</p> <p>19. -</p> <p>20. -</p> <p>21. -</p> <p>22. -</p> <p>23. -</p> <p>24. -</p> <p>25. -</p> <p>26. -</p> <p>27. -</p> <p>28. -</p> <p>29. -</p> <p>30. -</p> <p>31. -</p> <p>32. -</p> <p>33. -</p> <p>34. -</p> <p>35. -</p> <p>36. -</p> <p>37. -</p> <p>38. -</p> <p>39. -</p> <p>40. -</p> <p>41. -</p> <p>42. -</p> <p>43. -</p> <p>44. -</p> <p>45. -</p> <p>46. -</p> <p>47. -</p> <p>48. -</p> <p>49. -</p> <p>50. -</p> <p>51. -</p> <p>52. -</p> <p>53. -</p> <p>54. -</p> <p>55. -</p> <p>56. -</p> <p>57. -</p> <p>58. -</p> <p>59. -</p> <p>60. -</p> <p>61. -</p> <p>62. -</p> <p>63. -</p> <p>64. -</p> <p>65. -</p> <p>66. -</p> <p>67. -</p> <p>68. -</p> <p>69. -</p> <p>70. -</p> <p>71. -</p> <p>72. -</p> <p>73. -</p> <p>74. -</p> <p>75. -</p> <p>76. -</p> <p>77. -</p> <p>78. -</p> <p>79. -</p> <p>80. -</p> <p>81. -</p> <p>82. -</p> <p>83. -</p> <p>84. -</p> <p>85. -</p> <p>86. -</p> <p>87. -</p> <p>88. -</p> <p>89. -</p> <p>90. -</p> <p>91. -</p> <p>92. -</p> <p>93. -</p> <p>94. -</p> <p>95. -</p> <p>96. -</p> <p>97. -</p> <p>98. -</p> <p>99. -</p> <p>100. -</p> <p>101. -</p> <p>102. -</p> <p>103. -</p> <p>104. -</p> <p>105. -</p> <p>106. -</p> <p>107. -</p> <p>108. -</p> <p>109. -</p> <p>110. -</p> <p>111. -</p> <p>112. -</p> <p>113. -</p> <p>114. -</p> <p>115. -</p> <p>116. -</p> <p>117. -</p> <p>118. -</p> <p>119. -</p> <p>120. -</p> <p>121. -</p> <p>122. -</p> <p>123. -</p> <p>124. -</p> <p>125. -</p> <p>126. -</p> <p>127. -</p> <p>128. -</p> <p>129. -</p> <p>130. -</p> <p>131. -</p> <p>132. -</p> <p>133. -</p> <p>134. -</p> <p>135. -</p> <p>136. -</p> <p>137. -</p> <p>138. -</p> <p>139. -</p> <p>140. -</p> <p>141. -</p> <p>142. -</p> <p>143. -</p> <p>144. -</p> <p>145. -</p> <p>146. -</p> <p>147. -</p> <p>148. -</p> <p>149. -</p> <p>150. -</p> <p>151. -</p> <p>152. -</p> <p>153. -</p> <p>154. -</p> <p>155. -</p> <p>156. -</p> <p>157. -</p> <p>158. -</p> <p>159. -</p> <p>160. -</p> <p>161. -</p> <p>162. -</p> <p>163. -</p> <p>164. -</p> <p>165. -</p> <p>166. -</p> <p>167. -</p> <p>168. -</p> <p>169. -</p> <p>170. -</p> <p>171. -</p> <p>172. -</p> <p>173. -</p> <p>174. -</p> <p>175. -</p> <p>176. -</p> <p>177. -</p> <p>178. -</p> <p>179. -</p> <p>180. -</p> <p>181. -</p> <p>182. -</p> <p>183. -</p> <p>184. -</p> <p>185. -</p> <p>186. -</p> <p>187. -</p> <p>188. -</p> <p>189. -</p> <p>190. -</p> <p>191. -</p> <p>192. -</p> <p>193. -</p> <p>194. -</p> <p>195. -</p> <p>196. -</p> <p>197. -</p> <p>198. -</p> <p>199. -</p> <p>200. -</p> <p>201. -</p> <p>202. -</p> <p>203. -</p> <p>204. -</p> <p>205. -</p> <p>206. -</p> <p>207. -</p> <p>208. -</p> <p>209. -</p> <p>210. -</p> <p>211. -</p> <p>212. -</p> <p>213. -</p> <p>214. -</p> <p>215. -</p> <p>216. -</p> <p>217. -</p> <p>218. -</p> <p>219. -</p> <p>220. -</p> <p>221. -</p> <p>222. -</p> <p>223. -</p> <p>224. -</p> <p>225. -</p> <p>226. -</p> <p>227. -</p> <p>228. -</p> <p>229. -</p> <p>230. -</p> <p>231. -</p> <p>232. -</p> <p>233. -</p> <p>234. -</p> <p>235. -</p> <p>236. -</p> <p>237. -</p> <p>238. -</p> <p>239. -</p> <p>240. -</p> <p>241. -</p> <p>242. -</p> <p>243. -</p> <p>244. -</p> <p>245. -</p> <p>246. -</p> <p>247. -</p> <p>248. -</p> <p>249. -</p> <p>250. -</p> <p>251. -</p> <p>252. -</p> <p>253. -</p> <p>254. -</p> <p>255. -</p> <p>256. -</p> <p>257. -</p> <p>258. -</p> <p>259. -</p> <p>260. -</p> <p>261. -</p> <p>262. -</p> <p>263. -</p> <p>264. -</p> <p>265. -</p> <p>266. -</p> <p>267. -</p> <p>268. -</p> <p>269. -</p> <p>270. -</p> <p>271. -</p> <p>272. -</p> <p>273. -</p> <p>274. -</p> <p>275. -</p> <p>276. -</p> <p>277. -</p> <p>278. -</p> <p>279. -</p> <p>280. -</p> <p>281. -</p> <p>282. -</p> <p>283. -</p> <p>284. -</p> <p>285. -</p> <p>286. -</p> <p>287. -</p> <p>288. -</p> <p>289. -</p> <p>290. -</p> <p>291. -</p> <p>292. -</p> <p>293. -</p> <p>294. -</p> <p>295. -</p> <p>296. -</p> <p>297. -</p> <p>298. -</p> <p>299. -</p> <p>300. -</p> <p>301. -</p> <p>302. -</p> <p>303. -</p> <p>304. -</p> <p>305. -</p> <p>306. -</p> <p>307. -</p> <p>308. -</p> <p>309. -</p> <p>310. -</p> <p>311. -</p> <p>312. -</p> <p>313. -</p> <p>314. -</p> <p>315. -</p> <p>316. -</p> <p>317. -</p> <p>318. -</p> <p>319. -</p> <p>320. -</p> <p>321. -</p> <p>322. -</p> <p>323. -</p> <p>324. -</p> <p>325. -</p> <p>326. -</p> <p>327. -</p> <p>328. -</p> <p>329. -</p> <p>330. -</p> <p>331. -</p> <p>332. -</p> <p>333. -</p> <p>334. -</p> <p>335. -</p> <p>336. -</p> <p>337. -</p> <p>338. -</p> <p>339. -</p> <p>340. -</p> <p>341. -</p> <p>342. -</p> <p>343. -</p> <p>344. -</p> <p>345. -</p> <p>346. -</p> <p>347. -</p> <p>348. -</p> <p>349. -</p> <p>350. -</p> <p>351. -</p> <p>352. -</p> <p>353. -</p> <p>354. -</p> <p>355. -</p> <p>356. -</p> <p>357. -</p> <p>358. -</p> <p>359. -</p> <p>360. -</p> <p>361. -</p> <p>362. -</p> <p>363. -</p> <p>364. -</p> <p>365. -</p> <p>366. -</p> <p>367. -</p> <p>368. -</p> <p>369. -</p> <p>370. -</p> <p>371. -</p> <p>372. -</p> <p>373. -</p> <p>374. -</p> <p>375. -</p> <p>376. -</p> <p>377. -</p> <p>378. -</p> <p>379. -</p> <p>380. -</p> <p>381. -</p> <p>382. -</p> <p>383. -</p> <p>384. -</p> <p>385. -</p> <p>386. -</p> <p>387. -</p> <p>388. -</p> <p>389. -</p> <p>390. -</p> <p>391. -</p> <p>392. -</p> <p>393. -</p> <p>394. -</p> <p>395. -</p> <p>396. -</p> <p>397. -</p> <p>398. -</p> <p>399. -</p> <p>400. -</p> <p>401. -</p> <p>402. -</p> <p>403. -</p> <p>404. -</p> <p>405. -</p> <p>406. -</p> <p>407. -</p> <p>408. -</p> <p>409. -</p> <p>410. -</p> <p>411. -</p> <p>412. -</p> <p>413. -</p> <p>414. -</p> <p>415. -</p> <p>416. -</p> <p>417. -</p> <p>418. -</p> <p>419. -</p> <p>420. -</p> <p>421. -</p> <p>422. -</p> <p>423. -</p> <p>424. -</p> <p>425. -</p> <p>426. -</p> <p>427. -</p> <p>428. -</p> <p>429. -</p> <p>430. -</p> <p>431. -</p> <p>432. -</p> <p>433. -</p> <p>434. -</p> <p>435. -</p> <p>436. -</p> <p>437. -</p> <p>438. -</p> <p>439. -</p> <p>440. -</p> <p>441. -</p> <p>442. -</p> <p>443. -</p> <p>444. -</p> <p>445. -</p> <p>446. -</p> <p>447. -</p> <p>448. -</p> <p>449. -</p> <p>450. -</p> <p>451. -</p> <p>452. -</p> <p>453. -</p> <p>454. -</p> <p>455. -</p> <p>456. -</p> <p>457. -</p> <p>458. -</p> <p>459. -</p> <p>460. -</p> <p>461. -</p> <p>462. -</p> <p>463. -</p> <p>464. -</p> <p>465. -</p> <p>466. -</p> <p>467. -</p> <p>468. -</p> <p>469. -</p> <p>470. -</p> <p>471. -</p> <p>472. -</p> <p>473. -</p> <p>474. -</p> <p>475. -</p> <p>476. -</p> <p>477. -</p> <p>478. -</p> <p>479. -</p> <p>480. -</p> <p>481. -</p> <p>482. -</p> <p>483. -</p> <p>484. -</p> <p>485. -</p> <p>486. -</p> <p>487. -</p> <p>488. -</p> <p>489. -</p> <p>490. -</p> <p>491. -</p> <p>492. -</p> <p>493. -</p> <p>494. -</p> <p>495. -</p> <p>496. -</p> <p>497. -</p> <p>498. -</p> <p>499. -</p> <p>500. -</p> <p>501. -</p> <p>502. -</p> <p>503. -</p> <p>504. -</p> <p>505. -</p> <p>506. -</p> <p>507. -</p> <p>508. -</p> <p>509. -</p> <p>510. -</p> <p>511. -</p> <p>512. -</p> <p>513. -</p> <p>514. -</p> <p>515. -</p> <p>516. -</p> <p>517. -</p> <p>518. -</p> <p>519. -</p> <p>520. -</p> <p>521. -</p> <p>522. -</p> <p>523. -</p> <p>524. -</p> <p>525. -</p> <p>526. -</p> <p>527. -</p> <p>528. -</p> <p>529. -</p> <p>530. -</p> <p>531. -</p> <p>532. -</p> <p>533. -</p> <p>534. -</p> <p>535. -</p> <p>536. -</p> <p>537. -</p> <p>538. -</p> <p>539. -</p> <p>540. -</p> <p>541. -</p> <p>542. -</p> <p>543. -</p> <p>544. -</p> <p>545. -</p> <p>546. -</p> <p>547. -</p> <p>548. -</p> <p>549. -</p> <p>550. -</p> <p>551. -</p> <p>552. -</p> <p>553. -</p> <p>554. -</p> <p>555. -</p> <p>556. -</p> <p>557. -</p> <p>558. -</p> <p>559. -</p> <p>560. -</p> <p>561. -</p> <p>562. -</p> <p>563. -</p> <p>564. -</p> <p>565. -</p> <p>566. -</p> <p>567. -</p> <p>568. -</p> <p>569. -</p> <p>570. -</p> <p>571. -</p> <p>572. -</p> <p>573. -</p> <p>574. -</p> <p>575. -</p> <p>576. -</p> <p>577. -</p> <p>578. -</p> <p>579. -</p> <p>580. -</p> <p>581. -</p> <p>582. -</p> <p>583. -</p> <p>584. -</p> <p>585. -</p> <p>586. -</p> <p>587. -</p> <p>588. -</p> <p>589. -</p> <p>590. -</p> <p>591. -</p> <p>592. -</p> <p>593. -</p> <p>594. -</p> <p>595. -</p> <p>596. -</p> <p>597. -</p> <p>598. -</p> <p>599. -</p> <p>600. -</p> <p>601. -</p> <p>602. -</p> <p>603. -</p> <p>604. -</p> <p>605. -</p> <p>606. -</p> <p>607. -</p> <p>608. -</p> <p>609. -</p> <p>610. -</p> <p>611. -</p> <p>612. -</p> <p>613. -</p> <p>614. -</p> <p>615. -</p> <p>616. -</p> <p>617. -</p> <p>618. -</p> <p>619. -</p> <p>620. -</p> <p>621. -</p> <p>622. -</p> <p>623. -</p> <p>624. -</p> <p>625. -</p> <p>626. -</p> <p>627. -</p> <p>628. -</p> <p>629. -</p> <p>630. -</p> <p>631. -</p> <p>632. -</p> <p>633. -</p> <p>634. -</p> <p>635. -</p> <p>636. -</p> <p>637. -</p> <p>638. -</p> <p>639. -</p> <p>640. -</p> <p>641. -</p> <p>642. -</p> <p>643. -</p> <p>644. -</p> <p>645. -</p> <p>646. -</p> <p>647. -</p> <p>648. -</p> <p>649. -</p> <p>650. -</p> <p>651. -</p> <p>652. -</p> <p>653. -</p> <p>654. -</p> <p>655. -</p> <p>656. -</p> <p>657. -</p> <p>658. -</p> <p>659. -</p> <p>660. -</p> <p>661. -</p> <p>662. -</p> <p>663. -</p> <p>664. -</p> <p>665. -</p> <p>666. -</p> <p>667. -</p> <p>668. -</p> <p>669. -</p> <p>670. -</p> <p>671. -</p> <p>672. -</p> <p>673. -</p> <p>674. -</p> <p>675. -</p> <p>676. -</p> <p>677. -</p> <p>678. -</p> <p>679. -</p> <p>680. -</p> <p>681. -</p> <p>682. -</p> <p>683. -</p> <p>684. -</p> <p>685. -</p> <p>686. -</p> <p>687. -</p> <p>688. -</p> <p>689. -</p> <p>690. -</p> <p>691. -</p> <p>692. -</p> <p>693. -</p> <p>694. -</p> <p>695. -</p> <p>696. -</p> <p>697. -</p> <p>698. -</p> <p>699. -</p> <p>700. -</p> <p>701. -</p> <p>702. -</p> <p>703. -</p> <p>704. -</p> <p>705. -</p> <p>706. -</p> <p>707. -</p> <p>708. -</p> <p>709. -</p> <p>710. -</p> <p>711. -</p> <p>712. -</p> <p>713. -</p> <p>714. -</p> <p>715. -</p> <p>716. -</p> <p>717. -</p> <p>718. -</p> <p>719. -</p> <p>720. -</p> <p>721. -</p> <p>722. -</p> <p>723. -</p> <p>724. -</p> <p>725. -</p> <p>726. -</p> <p>727. -</p> <p>728. -</p> <p>729. -</p> <p>730. -</p> <p>731. -</p> <p>732. -</p> <p>733. -</p> <p>734. -</p> <p>735. -</p> <p>736. -</p> <p>737. -</p> <p>738. -</p> <p>739. -</p> <p>740. -</p> <p>741. -</p> <p>742. -</p> <p>743. -</p> <p>744. -</p> <p>745. -</p> <p>746. -</p> <p>747. -</p> <p>748. -</p> <p>749. -</p> <p>750. -</p> <p>751. -</p> <p>752. -</p> <p>753. -</p> <p>754. -</p> <p>755. -</p> <p>756. -</p> <p>757. -</p> <p>758. -</p> <p>759. -</p> <p>760. -</p> <p>761. -</p> <p>762. -</p> <p>763. -</p> <p>764. -</p> <p>765. -</p> <p>766. -</p> <p>767. -</p> <p>768. -</p> <p>769. -</p> <p>770. -</p> <p>771. -</p> <p>772. -</p> <p>773. -</p> <p>774. -</p> <p>775. -</p> <p>776. -</p> <p>777. -</p> <p>778. -</p> <p>779. -</p> <p>780. -</p> <p>781. -</p> <p>782. -</p> <p>783. -</p> <p>784. -</p> <p>785. -</p> <p>786. -</p> <p>787. -</p> <p>788. -</p> <p>789. -</p> <p>790. -</p> <p>791. -</p> <p>792. -</p> <p>793. -</p> <p>794. -</p> <p>795. -</p> <p>796. -</p> <p>797. -</p> <p>798. -</p> <p>799. -</p> <p>800. -</p> <p>801. -</p> <p>802. -</p> <p>803. -</p> <p>804. -</p> <p>805. -</p> <p>806. -</p> <p>807. -</p> <p>808. -</p> <p>809. -</p> <p>810. -</p> <p>811. -</p> <p>812. -</p> <p>813. -</p> <p>814. -</p> <p>815. -</p> <p>816. -</p> <p>817. -</p> <p>818. -</p> <p>819. -</p> <p>820. -</p> <p>821. -</p> <p>822. -</p> <p>823. -</p> <p>824. -</p> <p>825. -</p> <p>826. -</p> <p>827. -</p> <p>828. -</p> <p>829. -</p> <p>830. -</p> <p>831. -</p> <p>832. -</p> <p>833. -</p> <p>834. -</p> <p>835. -</p> <p>836. -</p> <p>837. -</p> <p>838. -</p> <p>839. -</p> <p>840. -</p> <p>841. -</p> <p>842. -</p> <p>843. -</p> <p>844. -</p> <p>845. -</p> <p>846. -</p> <p>847. -</p> <p>848. -</p> <p>849. -</p> <p>850. -</p> <p>851. -</p> <p>852. -</p> <p>853. -</p> <p>854. -</p> <p>855. -</p> <p>856. -</p> <p>857. -</p> <p>858. -</p> <p>859. -</p> <p>860. -</p> <p>861. -</p> <p>862. -</p> <p>863. -</p> <p>864. -</p> <p>865. -</p> <p>866. -</p> <p>867. -</p> <p>868. -</p> <p>869. -</p> <p>870. -</p> <p>871. -</p> <p>872. -</p> <p>873. -</p> <p>874. -</p> <p>875. -</p> <p>876. -</p> <p>877. -</p> <p>878. -</p> <p>879. -</p> <p>880. -</p> <p>881. -</p> <p>882. -</p> <p>883. -</p> <p>884. -</p> <p>885. -</p> <p>886. -</p> <p>887. -</p> <p>888. -</p> <p>889. -</p> <p>890. -</p> <p>891. -</p> <p>892. -</p> <p>893. -</p> <p>894. -</p> <p>895. -</p> <p>896. -</p> <p>897. -</p> <p>898. -</p> <p>899. -</p> <p>900. -</p> <p>901. -</p> <p>902. -</p> <p>903. -</p> <p>904. -</p> <p>905. -</p> <p>906. -</p> <p>907. -</p> <p>908. -</p> <p>909. -</p> <p>910. -</p> <p>911. -</p> <p>912. -</p> <p>913. -</p> <p>914. -</p> <p>915. -</p> <p>916. -</p> <p>917. -</p> <p>918. -</p> <p>919. -</p> <p>920. -</p> <p>921. -</p> <p>922. -</p> <p>923. -</p> <p>924. -</p> <p>925. -</p> <p>926. -</p> <p>927. -</p> <p>928. -</p> <p>929. -</p> <p>930. -</p> <p>931. -</p> <p>932. -</p> <p>933. -</p> <p>934. -</p> <p>935. -</p> <p>936. -</p> <p>937. -</p> <p>938. -</p> <p>939. -</p> <p>940. -</p> <p>941. -</p> <p>942. -</p> <p>943. -</p> <p>944. -</p> <p>945. -</p> <p>946. -</p> <p>947. -</p> <p>948. -</p> <p>949. -</p> <p>950. -</p> <p>951. -</p> <p>952. -</p> <p>953. -</p> <p>954. -</p> <p>955. -</p> <p>956. -</p> <p>957. -</p> <p>958. -</p> <p>959. -</p> <p>960. -</p> <p>961. -</p> <p>962. -</p> <p>963. -</p> <p>964. -</p> <p>965. -</p> <p>966. -</p> <p>967. -</p> <p>968. -</p> <p>969. -</p> <p>970. -</p> <p>971. -</p> <p>972. -</p> <p>973. -</p> <p>974. -</p> <p>975. -</p> <p>976. -</p> <p>977. -</p> <p>978. -</p> <p>979. -</p> <p>980. -</p> <p>981. -</p> <p>982. -</p> <p>983. -</p> <p>984. -</p> <p>985. -</p> <p>986. -</p> <p>987. -</p> <p>988. -</p> <p>989. -</p> <p>990. -</p> <p>991. -</p> <p>992. -</p> <p>993. -</p> <p>994. -</p> <p>995. -</p> <p>996. -</p> <p>997. -</p> <p>998</p>																																									



**Poder Judiciário da Paraíba  
11ª Vara Cível da Capital**

*Vistos, etc.*

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que 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;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderáservir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

*João Pessoa, 20 de novembro de 2018*

*Juíza de Direito*

