



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ORLANDO DAVID DE SOUSA, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 1.131.137, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 488.512.644-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Lucio, s/n, Mariz, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, **substabelecer com ou sem reserva de poderes** conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo **substabelecer com ou sem reserva de poderes** conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Itaporanga/PB, 25 / Fevereiro / 2019

x Orlando David de Sousa.

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ORLANDO DAVID DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 1.131.137, SSP/PB, inscrita no CPF/MF sob o nº 488.512.644-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Lucio, s/n, Mariz, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, DECLARO que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 25 de Fevereiro de 2019.

X Orlando David de Sousa

Declarante





COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
488.512.644-49

Nome
ORLANDO DAVID DE SOUSA

Nascimento
12/04/1969

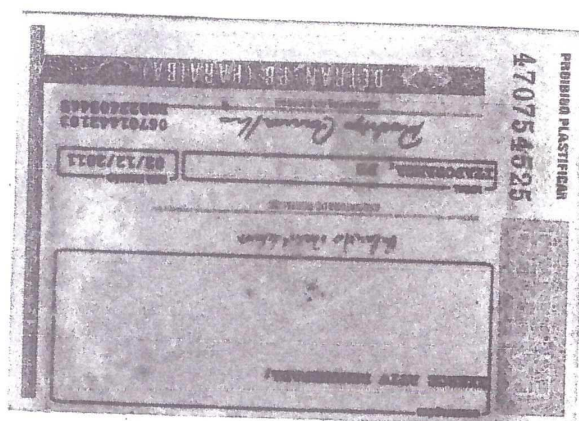
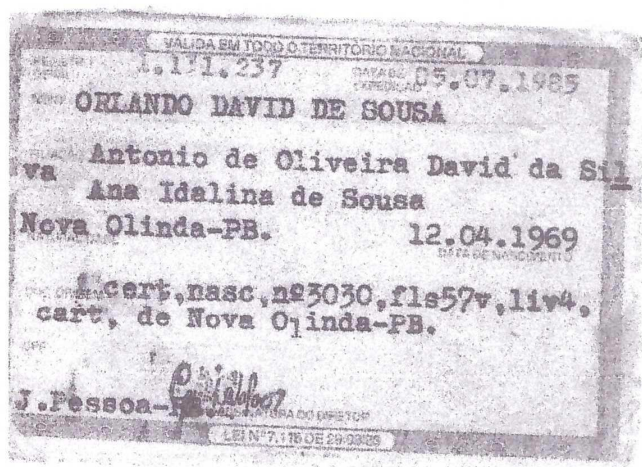
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
3FB3.4E78.EB81.61AA

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:02:59 do dia 03/05/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



JOANA MARIANO DA SILVA
RUA DR JOAO LUCIO S/N - MARIZ
NOVA OLINDA / PB CEP: 58799000 (AG: 154)

Emissao: 05/02/2019 Referencia: Fev/2019
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO BR220, Km25 - Crote Resistor - Joao Pereira - PB - CEP 58011-450
Roteiro: 3-158-400-720 Nº medidor: 00009419365

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.055.139/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 19 078 332
Cód. par. Deb. Automático: 00013222070

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	05/02/2019	07/03/2019	090.666.404-19 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1322207-0

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2019
Procure a prefeitura de sua cidade até 18/10/2019 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social da Energia. Para mais informações ligue para o 110 ou 0800 083 0196.
Após cadastramento no CPAS entrar em contato conosco pelo 0800 083 0196.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade, cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda a cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
09/01/19	9995	05/02/19	10062	1	117	28

Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Subt. (R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,265840	8,58	8,58	27
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,489880	34,27	34,27	27
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	17,000	0,734520	12,48	12,48	27
0810	Subsídio			43,87	43,87	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			11,01	0,00	0
0908	Devolução Subsídio			-29,53	0,00	0

CCI Código de Classificação do item: TOTAL 80,60 98 19 28,77 99 18 0,98 4,52

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

110 12/02/2019 R\$ 80,60

Histórico de Consumo (kWh)

104 | 113 | 119 | 102 | 107 | 111 | 95 | 98 | 133 | 111 | 108 | 120
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVAÇÃO FISCAL

fe5e.aa98.c95e.7a83.716f.f536.11b9.bc91.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,59		
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	8,97		
FIC ANUAL	19,95		
DMC	9,80	0,00	
DMCI	12,22		

Composição da Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia (RPE)	13,24	16,42
Consumo de Energia	15,88	20,44
Serviço de Transmissão	2,09	2,68
Encargos Setoriais	3,13	3,98
Impostos Diretos e Encargos	42,26	53,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,60	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2018) R\$ 16,28

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,58





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Nº 433 /2016

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 06 / ABRIL / 2016.

HORAS: 18h15mi

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: JOSE PEREIRA DE SOUSA

Notificante / Vítima:

ORLANDO DAVID DE SOUSA, natural de Nova Olinda/PB, Solteiro, Funcionario Publico, nascido no dia 12.04.69, filho de Antonio de Oliveira David da Silva e Ana Idalina de Sousa, RG 1.131.237/PB e CPF 489.512.644-49, residente na R. Dr. João Lucio s/n CJ.Mariz Nova Olinda/PB.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Queno dia e horas acima citadas, dirigia-se de Santana dos Garrotes pra Piancó, pela BR 426, conduzindo o veículo GM/CELTA 2P LIFE, cor Preta, ano 2006/07, placa KPG3829SP e chassi 9BGRZ08907G169177, em nome de DANIEL ROSADO DE SOUSA e após passar pelo Lixão de Santana dos Garrotes/PB, um animal(jumento) atravessou a BR e ao tentar desviar do mesmo capotou o veiculo, sendo então socorrido pelo SAMU.

Itaporanga, 24 / Jun /2016.

Orlando David de Sousa
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5



SINISTRO 3160658999 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ORLANDO DAVID DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MARCOS AURELIO (BLOQUEADO)

VIDAL CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO ORLANDO DAVID DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 48851264449**Posição em 29-11-2016 12:08:36**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/11/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

[Voltar para o Sinistro](#)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DOS GARROTES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USP-14

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA <u>06/04/2016</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>28</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>Orlando Davi de Souza</u>	IDADE <u>46</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> F
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>Bm. 426</u>	BAIRRO <u>Barra Pura</u>	MÉDICO REGULADOR <u>Dr. Caco</u>		
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input checked="" type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H. R. P. P. P.

RESPONSÁVEL: [assinatura]

FUNÇÃO: médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____

FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Algia em MSE + Hérnia Local / algo redonda local.

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30lpm ☐ <30lpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 130 x 80 FC: 120 FR: 20 TEMP: 36 °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / TÉC. EM ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAAs ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusionamento Tissular Ineficaz ☐ Perfusionamento Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusionamento Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusionamento Tissular Renal Ineficaz ☐ Perfusionamento Tissular Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Após avaliação, foi realizada a coleta de sangue e urina, encaminhadas para análise laboratorial. Foi realizada a administração de analgésico e anti-inflamatório. Foi realizada a administração de soro fisiológico e solução de hidratação. Foi realizada a administração de soro fisiológico e solução de hidratação. Foi realizada a administração de soro fisiológico e solução de hidratação.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO / TÉC. DE ENFERMAGEM:

Após avaliação, foi realizada a coleta de sangue e urina, encaminhadas para análise laboratorial. Foi realizada a administração de analgésico e anti-inflamatório. Foi realizada a administração de soro fisiológico e solução de hidratação. Foi realizada a administração de soro fisiológico e solução de hidratação. Foi realizada a administração de soro fisiológico e solução de hidratação.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

EPIC, gaze estéril, Atoroluxa 15 cm.

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: *Haroldo* COREN: *304009* MAT: _____

IDUTOR: *Haroldo* MAT: _____



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE				MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS																			
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																							
SUS CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.288/002376 NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, SN CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25		Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL) Paciente: ORLANDO DAVID DE SOUSA Mãe: ANA IDALINA DE SOUSA Nascimento: 12/4/1969 Idade: 46 Profissão: FUNCIONARIO(A) PUBLICO Endereco: DOUTOR JOAO LUCIO Bairro: CONJUNTO MARIS 2 Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204 CNS: 700-2039-8549-9023 CPF: 64/2016 20:35:11 Data / Hora: 68739		01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO Descrição <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: left;">F.A. OLINDA</div> <div style="clear: both;"></div> DIAGNÓSTICO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: left;">F.A. OLINDA</div> <div style="clear: both;"></div> CID-10																			
PESO: PA: TEMP.: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)		ENCAMINHAMENTO OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>																					
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)		SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1 -</td> <td>0303090122</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1 -	0303090122					2 -						3 -						Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: left;">R.F.</div> <div style="clear: both;"></div> Médico / Crm / Cnis RALFF LOPES DE MEDEIROS PEREIRA LIMA - 4821 - 126-3270-54-440005 Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; float: left;">Sara (Acompanhante) Viana de Sousa</div> <div style="clear: both;"></div> Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo	
1 -	0303090122																						
2 -																							
3 -																							
RESULTADOS																							

AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Hospital Regional de Pernambuco PB

Para: Hospital Regional de Pernambuco

Paciente: Alcides Barreto de Sá

Endereço: _____

Diagnóstico: pac. com leiomiossarcoma

em clavícula esquerda

após trauma entuso

Motivo da Transferência: aviso de transferência

veículo Recomendado: supORTE bolnus

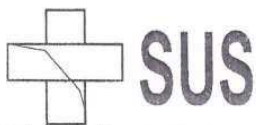
Data: 06, 04, 16

Dr.ª Joana Dires Bore

CRM PB 5786

ASSINATURA DO MÉDICO





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000
MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Colonel Sousa J. Silva IDADE: 46
PROFISSÃO: motorista DOCUMENTO: _____
ENDEREÇO: João Basco BAIRRO: _____ CEP: _____
MUNICÍPIO: Louza Alinda ESTADO: PB UF: _____
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____ CNS: _____
DATA DO NASCIMENTO: 22.04.1969 DATA DO ATENDIMENTO: _____
CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____ RAÇA/COR: _____ SEXO: _____

DADOS CLÍNICOS

Trauma Crânio

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de clavícula
esquerda em AP
e perfil

0 2 0 4 0 4 0 0 6 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

CID - 10 _____

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22512

Dr. Haroldo Magalhães de Carvalho
Medicina
RM-RN 8327

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
CÓDIGO DO CNES: 2600331 CNPJ/CPF: 08.778.268/0031-86
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIÃO FILHO, 302
MUNICÍPIO: 50765-000 - PIANCÓ ESTADO: PARAIBA UF: PB

PACIENTE
NOME: *Roberto da Silva da Silva* SEXO: *M* IDADE: *42*
PROFISSÃO: *Engenheiro* DOCUMENTO: *2234227*
ENDEREÇO: *Av. João Agrião Filho, 302*
MUNICÍPIO: *Piencó* ESTADO: *Paraíba* CEP: *50765-000*
DATA DO ATENDIMENTO: *22/04/2019* HORA DO ATENDIMENTO: *06:04* DATA DO EXAME: *06/04/2019*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

pac - estresse
captação em
clavícula esp

Adulto 8x10 clavícula
em 1x1 ppr

RESULTADOS

MATERIAIS - FARMACAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. *Depirona 1g*
2. *Depirona 1g*
3. *Depirona 1g*

CARACTER DO ATENDIMENTO:
() 01 - URGÊNCIA
() 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 TRABALHO
() 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRICAO:
Exame de sangue

RESIDÊNCIA:
() 01 - URBANA
() 02 - RURAL
() 03 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO) PROCEDIMENTO:
1. *0301060096*
2. *0301060096*
3. *0301060096*

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

CNS: *225125* CRM: *225125*

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

17:30

Depirona 1g

Depirona 1g

Depirona 1g

Exame de sangue

Exame de sangue

Exame de sangue

Exame de sangue

Exame de sangue

Exame de sangue

Exame de sangue



Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Santana dos Garrotes

Fórum Desembargador Mário Moacyr Porto – Rua Severino Teotônio, s/n

Santana dos Garrotes/PB – CEP 58.795-000 – Fone(Fax) (83) 3485-1030

Processo: 0800420-26.2019.8.15.1161

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DECISÃO

Vistos.

DEFIRO a gratuidade da justiça à parte autora.

Diante da improvável autocomposição nesta fase preliminar, deixo de designar audiência de conciliação.

1) CITE-SE a parte ré para contestar no prazo legal, sob pena de revelia. Deverá com a contestação juntar os documentos que instruíram o procedimento administrativo, apresentar quesitos e recolher os honorários periciais.

2) Com a contestação, **INTIME-SE** a parte autora para impugnar a contestação no prazo de 15 dias úteis.

3) NOMEIO a médica perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB n.4183, cadastrada no TJPB/Convênio, e **FIXO** honorários no valor de R\$200,00 (duzentos reais) a serem pagos pela parte ré (Convênio n.015/2014).

4) OFICIE-SE a médica perita para realizar perícia, em conjunto com outros processos, na parte interdita, devendo ser designada data com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, diante da necessidade de intimação da parte a ser periciada e as providências de seu deslocamento (art. 156, §5º do CPC/2015).



Conste o prazo de 15 (quinze) dias para encaminhar o relatório da perícia, a contar da sua realização. Anexem-se ao ofício os quesitos do Juízo e das partes.

Os quesitos do Juízo são os estabelecidos no Convênio.

5) Com a data da perícia, **INTIME-SE** pessoalmente a parte autora para realizá-la levando todos os exames, notas fiscais de remédios, atestados, documentos pessoais etc.

6) Com a entrega do laudo, **INTIMEM-SE** as partes.

7) Por fim, **FAÇA-SE** conclusão para Sentença.

Santana dos Garrotes/PB, data da assinatura digital.

Joscileide Ferreira de Lira

Juíza de Direito em Substituição

Portaria Gapre nº 1.995/2019

(assinado mediante certificado digital)

