



Número: **0803258-46.2015.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **22/10/2015**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANA SANTOS DE SOUZA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
2269083	22/10/2015 10:22	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
2269106	22/10/2015 10:22	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
2269107	22/10/2015 10:22	<a href="#">Declaração de hipossuficiência</a>	Documento de Comprovação
2269109	22/10/2015 10:22	<a href="#">Documentos Pessoais</a>	Documento de Identificação
2269111	22/10/2015 10:22	<a href="#">Boletim de Ocorrência</a>	Documento de Comprovação
2269113	22/10/2015 10:22	<a href="#">Laudos Médicos</a>	Documento de Comprovação
3353228	05/04/2016 07:49	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
3840506	19/05/2016 16:43	<a href="#">Emenda à Inicial</a>	Petição
3840529	19/05/2016 16:43	<a href="#">Requerimento Administrativo - Adriana Santos de Souza</a>	Documento de Comprovação
7245473	07/07/2017 22:15	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
22025591	14/06/2019 12:28	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
22026006	14/06/2019 12:32	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
22360323	01/07/2019 16:44	<a href="#">Petição</a>	Petição
22360336	01/07/2019 16:44	<a href="#">DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
22360337	01/07/2019 16:44	<a href="#">DOCUMENTO DO VEÍCULO</a>	Documento de Comprovação
22360339	01/07/2019 16:44	<a href="#">BOLETIM DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
22360340	01/07/2019 16:44	<a href="#">LAUDOS MÉDICOS</a>	Documento de Comprovação
27517977	17/01/2020 09:35	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
27517978	17/01/2020 09:35	<a href="#">Carta</a>	Carta

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA/PB.

- PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA;

- DISTRIBUIÇÃO JUSTIÇA COMUM;

ADRIANA SANTOS DE SOUZA, brasileira, casada, portadora do RG n.º 3.663.964 SSP/PB e do CPF n.º 892.508.854-15, residente e domiciliada na Rua Projetada, n.º 101-A, Loteamento Sol Nascente, Tibiri, Santa Rita/PB, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, conforme instrumento procuratório incluso, podendo receber intimações, citações, notificações, entre outros, na Rua Dr. Severino Guimarães, n.º 302, Mangabeira, João Pessoa/PB, vem perante V.Exa., ajuizar a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

(DPVAT/ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO)

PROCEDIMENTO SUMARÍSSIMO

Contra: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A, inscrita no CNPJ sob número 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, n.º. 74, 5.º. andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP 20.031-205, expondo e requerendo ao final o seguinte:

**AB INITIO**, diante da situação em que se encontra o promovente, requesta inicialmente a

**Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso à Justiça e fazer valer o direito de igualdade.**

Douto Julgador, é sabido que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, **nada basta além do simples pedido**, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de n.º 1.060, de 05.02.1950 em seu art. 4º *caput*.

Assim, procura-se evitar que alguém tenha frustrada a busca ou a defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios econômicos. Em resumo, a prestação de assistência judiciária visa a assegurar duas garantias fundamentais: a igualdade de todos e o acesso a Justiça.

-EXPOSIÇÃO FÁTICA:



A Autora foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 30 de abril de 2015, por volta das 15:30hs, quando pilotava a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, PRETA, PLACA NPR 4094/PB, nas proximidades do Cemitério de Tibiri II, momento em que colidiu com outra motocicleta, sofrendo lesões de natureza grave, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma de Santa Rita, conforme prova Boletim de Ocorrência e documentos em anexo.

NO LAUDO MÉDICO, atesta que o Autor sofreu FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA, conforme documentos em anexo.

Devido ao fato do sinistro em tela, decorrer de acidente de trânsito, o Autor de posse de todos os documentos, requereu administrativamente o Seguro Obrigatório DPVAT, sendo que, a seguradora, pagou, através do CONSÓRCIO DAS SEGURADORAS, a importância de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), conforme comprovante em anexo.

A FENASEG, responsável pelo pagamento das indenizações, afirma que o quantum devido deve obedecer Circular do CNSP-(CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS), que reduz o valor a ser pago afirmando que cada órgão tem um percentual, o que vai de encontro ao art, 3º e 5º ambos da Lei nº 6.194/74.

Acontece que, o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ser reduzindo, visto que, uma norma não pode ficar condicionada a uma diretriz das seguradoras que exploram o seguro obrigatório em nosso país.

A Lei n. 6.194/74 determina que o pagamento do DPVAT, deverá ocorrer dentro de quinze dias, bastando apenas a simples ocorrência do acidente.

A posição da Demandada se confronta com as Leis ns. 6.194/74, e, 8.441/92, que delibera sobre o pagamento do DPVAT, afirmando que o seguro obrigatório, poderá ainda ser requerido a qualquer uma das Seguradora, que façam parte do Convênio.

#### DA APROPRIAÇÃO INDEVIDA PELA PROMOVIDA:

O Presidente Inácio Lula da Silva, em maio de 2007, sancionou a Lei nº 11.482/2007, que alterou a Lei nº 6.194/74, atendendo pleito das seguradoras, sendo que, anteriormente, o valor do DPVAT, correspondia à 40 (quarenta) salários mínimos.

O novo texto passou a ter a seguinte redação:

“Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

**II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; ”**

As modificações introduzidas na Lei 6.194/74, que trata do seguro obrigatório de veículos automotores de vias terrestres ou sua carga, a pessoas transportadas ou não, o conhecido Seguro DPVAT, foi atropelada pelo Poder Executivo Federal, vez que as modificações introduzidas vieram apenas reduzir os encargos e contemplar das companhias seguradoras, as quais na grande maioria são multinacionais, e grandes operadores financeiros e grandes Bancos.

Assim foi que a Medida Provisória n.º 340/2006, transformada na Lei 11.482/2007, colocou os beneficiários da Lei 6.194/74 nas mãos das Companhias Seguradoras, em todos os aspectos legais que os beneficiavam, transformando a referida lei numa mera determinação do desejo e da vontade das seguradoras.

Ora, Douto Julgador, foi pago ao autor a importância de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), como o valor estipulado pela norma legal corresponde à R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), de logo, se



conclui que a Demandada, deve indenizar a promovente no valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais), valores estes que devem incidir juros de 1%, retroativos a data do sinistro, por trata-se de crime de apropriação, aplicando-se a Sumula 54 do STJ, no caso em tela.

#### **DO VALOR DO DPVAT, ATRELADO APENAS AO QUANTUM DA LEI**

**11.482/2007.**

-

A Lei n. 6.194/74, mesmo com as alterações sofridas pela Lei nº 11.482/2007, em momento algum, faz uso, referência a aludida “Tabela”, como base de calculo, mas tão somente a ocorrência do dano.

A prova do dano fora perfeitamente identificada, apreciada pela seguradora, visto que, já houve um pagamento administrativo, efetuado de forma a menor em prejuízo do autor, no valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais).

O cálculo é simples se o valor da indenização, em casos de invalidez nos exatos termos do Art 3º, inciso III da Lei 11.482/2007, II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), deve a seguradora pagar como forma de indenização o valor da diferença no quantum de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais), retroativos a data do pagamento a menor.

Como se não bastasse reduzir os valores do DPVAT, que o faz tomando como base a Resolução tomada pela demandada como amparo, nasce de lavra do CNSP ( Conselho Nacional de Seguros Privados) , não tendo força de lei, serve apenas para apoiar o ato ilícito patrocinado pelas seguradoras que exploram esse ramo de atividades em nosso país.

**Nunca é demais ratificar que a Lei n. 6.194/74, determina o pagamento da indenização mediante a SIMPLES, ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, no entanto, as seguradora, dentre as quais figura a recorrente, procuram inviabilizar o DPVAT, fundando sua posição em resoluções e circulares, as quais encontram em rota de colisão com o dispositivo legal infra citado.**

As provas colecionadas pelo requerente, aponta, retratam a debilidade a que ficou restrito a autora. Destarte, segundo a determinação legal, será devido o pagamento da indenização mediante a simples ocorrência do acidente e da extensão do DANO por ele provado.

Não encontrando outra forma de solucionar o litígio vem invocar a tutela jurisdicional do Estado, por intermédio de seu órgão judiciário, para dirimir tal conflito.

#### **-DO REQUERIMENTO-**

**PELO EXPOSTO**, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 3º, II, e art. 5º ambos da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente demanda, para o fim de condenar a requerida ao pagamento da indenização em epígrafe, fundada no pagamento de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais), referente a complementação do seguro Obrigatório DPVAT, em face da invalidez sofrida pelo Autor, adquirida através de sinistro de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

1. Seja citado o Promovido, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, com fundamento no Art. 221, I, do Código de Processo Civil Pátrio, através de AR (Correios e Telégrafos);



2. Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com o rito especial imposto a lide, tenha início a instrução e julgamento;
3. Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos;
4. Com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativos a data do sinistro;
5. Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;
6. Requer ainda a parte autora que caso a parte demanda não pague o valor da condenação no prazo legal de 15 (quinze) dias, passe a incidir sobre o quanto a multa de 10% (dez) por cento, como determina o art. 475-J, do CPC;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art. 2º da Lei n. 1.060/50, por ser pobre na forma da lei;

Dá a presente causa o valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais), para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,  
Pede e Espera deferimento.

João Pessoa, 19 de outubro de 2015.

Adson José Alves de Farias  
Advogado OAB/PB 9949



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

CONTRATANTE: ADRIANA SANTOS DE SOUZA, brasileira, casada, portadora do RG n.º 3.663.964 SSP/PB e do CPF n.º 892.508.854-15, residente e domiciliada na Rua Projetada, n.º 101-A, Loteamento Sol Nascente, Tibiri, Santa Rita/PB. Constitui e nomeia os **Drs. WAMBERTO BALBINO SALES**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB 6846 e o **Dr. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB 9949, como seus procuradores, podendo ser intimados na Rua Doutor Severino Guimarães n.º 301, Mangabeira II, João Pessoa, Estado da Paraíba, onde receberão as intimações e notificações de praxe; ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, especialmente para ajuizar Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT, junto a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA, ESTADO DE PARAÍBA. Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor e firmar acordos entre as partes, receber intimações, transigir, apresentar réplica, oposições, receber valores e dar quitação, receber alvarás judiciais junto aos cartórios das serventias judiciais, apresentar recurso e contra razões junto ao Tribunal de Justiça, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo acompanhar todo processo até o final do julgamento e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

João Pessoa/PB, em 09 de outubro de 2015.

Outorgante:

*Adriana Santos de Souza.*

Isento de reconhecimento de firma, face a Lei n.º 8.952, de 13/12/1994, que nova redação ao art. 38 do CPC.



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

ADRIANA SANTOS DE SOUZA, brasileira, portadora do RG n.º 3.663.964 SSP/SP e do CPF n.º 892.508.854-15, residente e domiciliado na Rua Projetada 101 A Loteamento sol nascente Tibiri, Santa Rita/PB

DECLARA, para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA, ESTADO DE PARAÍBA**, nos termos da Lei n. 7.510, de 04 de julho de 1986, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da Lei, não dispondo de meios para prover as custas do processo da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT, Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso o presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

João Pessoa/PB, em 09 de Outubro de 2015.

Declarante: Adriana Santos de Souza

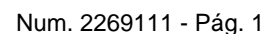




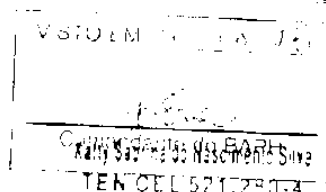




THE UNITED STATES OF AMERICA  
DEPARTMENT OF THE INTERIOR  
BUREAU OF LAND MANAGEMENT  
WASHINGTON, D.C. 20250



Num. 2269111 - Pág. 2



**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa PB, 20 de Agosto de 2015

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 412/2015**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências registradas no dia 30/04/2015, conforme requerimento nº 422/15, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h18min o(a) Sr(a) **ADRIANA SANTOS DE SOUZA** RG Nº 3.663.984 2ªVIA SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (colisão moto e moto), ocorrido na Av. João Pessoa, Tibiri II, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prelo Añ-46, tendo como chefe o **CABO BM Israel Patricio** de Andrade, matrícula 522.789-1 constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se inconsciente, apresentando suspeita de fratura em membro inferior. A mesma era condutora da motocicleta. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu Manoel José de Almeida Neto - SD - Matr. 525.810-3, (\_\_\_\_\_) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei e prometo certificar que esta assinada por mim e pelo chefe da 3ª Seção/BAPH.

João Pessoa, 20 de Agosto de 2015

Assinatura: 51/249-3

\_\_\_\_\_  
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 22/10/2015 10:18:58  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=15102210212839100000002247918  
Número do documento: 15102210212839100000002247918



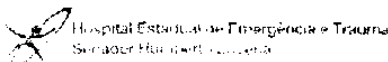
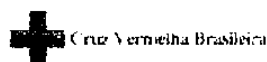


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DA PARAÍBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Adson S. J. Soares</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>22.10.2015</u>			Data da alta: <u>23.10.2015</u>		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura exposta do fêmur</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>Cirurgia realizada</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não ( ) - Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente admitido em emergência com fratura exposta do fêmur</u> <u>realizada cirurgia de urgência com redução da fratura e fixação com placa e parafusos</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por _____ dias					
retorno às atividades sem esforço físico por _____ dias					
retorno às atividades com esforço físico por _____ dias					
Cuidados com a ferida operatória: manter a ferida limpa e seca, lavar as mãos antes e depois de tocar na ferida, observar sinais de vermelhidão ou inchaço no local da cirurgia, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>de</u> <u>22.10.2015</u> <u>até</u> <u>23.10.2015</u>					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se à aprovação do atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





ACOLHIMENTO, 0 - CNES: 123312 - Tel:

Setor de Atendimento Emergencial: 833413

### Identificação do paciente

ID <b>883974</b>	Nome <b>ADRIANA SANTOS DE SOUZA</b>	Sexo <b>Feminino</b>
Data de nascimento <b>24/02/1976</b>	Idade <b>39 anos 2 meses 6 dias</b>	Estado civil <b>CASADO(A)</b>
Mãe <b>IRENE REGINA DA SILVA SANTOS</b>	Pai <b>JOAO DA SILVA SANTOS</b>	Profissão <b>NAO INFORMADA</b>
Escolaridade <b>FUNDAMENTAL INCOMPLETO</b>	Responsável (Parentesco) <b>KATSSA R TORRES - FILHO(A)</b>	
DDD Mãe <b>83</b>	Telefone <b>86127735</b>	Endereço <b>RECIFE</b>
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>	Número documento <b>3663564</b>	Número <b>89600418481260</b>
Local de procedência <b>SANTA RITA</b>	Município <b>MUNICÍPIO</b>	UF <b>PB</b>
Endereço <b>RECIFE</b>		

### Endereço

CEP <b>58301050</b>	Endereço <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Número <b>SN</b>	Endereço <b>Popular</b>	

### Admissão

Data e Hora Prevista <b>30/04/2015 15:52:38</b>	Número Triagem <b>100002841723</b>	Sistema <b>SUS</b>
Especialidade <b>CLINICA GERAL</b>	Clinica <b>CLINICA TRAUMA E GERAL</b>	
Classificação de risco <b>VERMELHA</b>	Origem do paciente <b>RUA</b>	
Caráter de atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do motivo <b>MOTO X MOTO</b>

### Indicadores e Transporte

Caso potencial <b>Não</b>	Endereço <b>Não</b>	Endereço <b>Não</b>
Meio de transporte <b>RESCATE - BOMBEIROS</b>		

### Sinais vitais

PA <b>PA</b>	Pulso <b>Pulso</b>	Temperatura <b>Temperatura</b>
-----------------	-----------------------	-----------------------------------

### Exames complementares

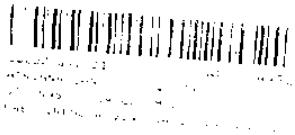
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	ECG [ ]	Líquor [ ]	CSF [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	---------	------------	---------	---------------------

Diagnóstico <b>Diagnóstico</b>	
-----------------------------------	--

Atendido por <b>PRISCILA JORGE DA SILVA</b>	Tempo <b>Tempo</b>
--	-----------------------

Assinado





Atendente Médico

11/10/2015

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.F.

NUMERO DO PACIENTE

1014

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente atropelado pelo bonde, com história de acidente de trânsito, vítima de colisão frontal. Lesões: TCE, fratura de fêmur, contusões no tórax. Estado de consciência: GCS 15. Lesões cutâneas: queimaduras no momento.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: ☒ Permeáveis, ☐ Obstruídas.  
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim, ☒ Não.  
VENTILAÇÃO: ☒ Traqueia na linha média, ☐ Não.  
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☒ Sim, ☐ Não.  
1- VENTILAÇÃO MECÂNICA: ☐ APNÉIA.  
AUSCULTA PULMONAR:  
1- MURMÚRIO VESICULAR:  
☒ Presente e normal, ☐ Presente e anormal.  
☐ Rude, ☐ Fino.  
☐ Diminuído, ☐ Diminuído.  
☐ Ausente.  
2- RUÍDOS:  
☐ Sibilos, ☐ Crepitações, ☐ Roncos.  
☒ Nenhum.

CIRCULAÇÃO:  
COR DA PELLE: ☒ Normal, ☐ Alterada.  
TEMPERATURA DA PELLE: ☒ Normal, ☐ Aumentada.  
PULSO: ☒ Normal, ☐ Aumentado.  
ALINEAMENTO: ☐ Desalinhado.  
PULSO: ☒ Presente, ☐ Ausente.  
BOLEIA: ☒ Presente, ☐ Ausente.  
SOPRO: ☐ Presente, ☐ Ausente.  
BEQUILHA: ☒ Sim, ☐ Não.  
FC: 88 bpm, PA: 120/80 mmHg, T: 36.5°C.  
ECG: ☐ Normal, ☐ Anormal.  
ABDOMEN: flácido, indolor à palpitação.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Popliteal: ☐ Forte, ☐ Fraco, ☐ Ausente.  
Isola de Glasgow: ☐ 15, ☐ 14, ☐ 13, ☐ 12, ☐ 11, ☐ 10, ☐ 9, ☐ 8, ☐ 7, ☐ 6, ☐ 5, ☐ 4, ☐ 3, ☐ 2, ☐ 1, ☐ 0.

ABERTURA OCULAR		TESTE DE REFLEXO DE GONIOSCÓPIO (NACHS)	MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	1	Consentimento voluntário de abertura dos olhos	Extensão do braço	4
A comando verbal	1	Comando verbal para abrir os olhos	Extensão do braço	4
A comando visual	1	Comando visual para abrir os olhos	Extensão do braço	4
Nenhuma	1	Nenhuma resposta	Extensão do braço	3
TOTAL: 15				

11/10/2015



Anexo 1

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
------------	------------------------	---------------------	---	-----------

---

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HCEISHL

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIAL: Admancia Santos de Sousa

3 - NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

4 - NOME DO ARSENAL: \_\_\_\_\_

5 - NOME DO VETÉRINÁRIO: \_\_\_\_\_

6 - NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

7 - NOME DO ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_

8 - NOME DO FARMACÊUTICO: \_\_\_\_\_

9 - NOME DO DENTISTA: \_\_\_\_\_

10 - NOME DO NUTRICIONISTA: \_\_\_\_\_

11 - NOME DO PSICÓLOGO: \_\_\_\_\_

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): \_\_\_\_\_

13 - CIDADE: \_\_\_\_\_

14 - ESTADO: \_\_\_\_\_

15 - CEP: \_\_\_\_\_

16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): \_\_\_\_\_

---

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

19 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

20 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

21 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

22 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

---

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

24 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

25 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

26 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

27 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

28 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

29 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

30 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

31 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

32 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

33 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

34 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

35 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

36 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

37 - NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

TM em nome de 04 49

03 placa de P. larga de 08 furos

01 - 28      01 - 34

02 - 30

01 - 32

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

40 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

41 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

42 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

43 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

44 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

45 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

46 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

47 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

48 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

49 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

50 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

51 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

52 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

53 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

54 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

55 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

56 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

57 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

58 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

59 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

60 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

61 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

62 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

63 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

64 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

65 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

66 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

67 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

68 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

69 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

70 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

71 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

72 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

73 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

74 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

75 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

76 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

77 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

78 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

79 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

80 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

81 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

82 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

83 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

84 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

85 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

86 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

87 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

88 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

89 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

90 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

91 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

92 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

93 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

94 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

95 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

96 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

97 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

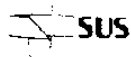
98 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

99 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

100 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIAL

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

6 - ENDEREÇO DA CLÍNICA

7 - NÚMERO DE REGISTRO

17 - NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - PROCEDIMENTO ORIGINAL

19 - PROCEDIMENTO PROPOSTO

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

22 - DATA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

25 - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO

26 - DATA DE SOLICITAÇÃO

27 - EXCURSOR DO PROCEDIMENTO

28 - EXCURSOR DO PROCEDIMENTO

29 - DATA DE SOLICITAÇÃO

30 - DATA DE SOLICITAÇÃO

DECLARATIVA DA SOLICITAÇÃO

Os procedimentos de alta simples  
não foi usado por o médico optou pela placa  
H15. após Ter recebido o parecer.

31 - NOME DO RESPONSÁVEL

PROFISSIONAL SOLICITANTE

32 - DATA

33 - DOCUMENTO QUE COMPROVA A QUALIFICAÇÃO

34 - DATA

AUTORIZAÇÃO

35 - NOME DO RESPONSÁVEL

36 - DATA





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

*[Handwritten signature]*

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Adriano do Santos</i>		Registro: <i>[Handwritten]</i>	
Idade: <i>[Handwritten]</i>	Sexo: <i>F</i>	Cirurgião: <i>[Handwritten]</i>	EMP: <i>[Handwritten]</i>
Data: <i>30/04/15</i>	Cirurgião: <i>[Handwritten]</i>	Assistente: <i>[Handwritten]</i>	LR: <i>[Handwritten]</i>
2º Assistente: <i>[Handwritten]</i>	3º Assistente: <i>[Handwritten]</i>	Instrumentador: <i>[Handwritten]</i>	
Anestesista: <i>[Handwritten]</i>	Tipo de Anestesia: <i>[Handwritten]</i>	Hora Início: <i>[Handwritten]</i>	Hora término: <i>[Handwritten]</i>

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<i>[Handwritten]</i>	

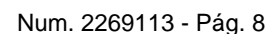
Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>[Handwritten]</i>	

Acidente durante ato cirúrgico 1º sim 2º não	Descreva:
Biopsia de congelação: 1º sim 2º não	
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria 2º residência 3º terapia intensiva 4º óbito durante ato cirúrgico

*30.04.15*  
João Pessoa - Data

*[Handwritten signature]*  
Ass. do Médico / CRM



F45 30001



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)

**DESPACHO**

Vistos, etc.

1. Defiro parcialmente o pedido de concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, determinando a intimação da parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, para antecipar as despesas referentes às diligências necessárias ao andamento processual, bem como emendar a petição inicial, no mesmo prazo, adequando-a aos requisitos do art. 319 do CPC.
2. Intime-se, outrossim, para a comprovar a prévia provocação administrativa e ainda para revisar as cópias de documentos acostados, eis que vários deles estão ilegíveis.

SANTA RITA, 31 de março de 2016.

Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França

Juiz(a) de Direito



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DA 2ª VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB**

**PROCESSO: 0803258-46.2015.8.15.0331**

**PROMOVENTE: ADRIANA SANTOS DE SOUZA**

**PROMOVIDA: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A**

**ADRIANA SANTOS DE SOUZA**, já amplamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, por intermédio de seu advogado que esta subscreve, acatando o d. despacho Id., nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, que move contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT S/A**, vem à presença de Vossa Excelência, expor para ao final requerer:

A parte autora informa que tem interesse na conciliação, entretanto, é imprescindível a realização de prova pericial, para que assim possa tornar viável a conciliação, como também junta aos autos o requerimento junto à Seguradora Líder, através do Sinistro nº 3150815299, documento em anexo.

**ISTO POSTO**, requer à Vossa Excelência, que seja nomeado perito judicial, através do convênio TJPB/Seguradora Líder para que possa ser submetido a perícia médica, e assim designando audiência de conciliação, dado prosseguimento no feito, até final decisão, sendo desta forma, realizada a mais lúdima **JUSTIÇA**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa/PB, em 19 de maio de 2016.

**Bel. Adson José Alves de Farias**

**OAB/PB 9949**





## **SINISTRO 3150815299 - Resultado de consulta por beneficiário**

VÍTIMA ADRIANA SANTOS DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ADRIANA SANTOS DE SOUZA

CPF/CNPJ: 89250885415

Posição em 19-05-2016 10:32:22

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Santa Rita**

**DESPACHO**

Vistos, etc.

- 1 - Considero o documento acostado (ID 3840529), como comprovação do prévio requerimento administrativo.
- 2 - Cite-se.
- 3 - Nos casos de pedido de indenização fundadas na Lei de DPVAT, compreendo como inócua a realização de audiência inicial de conciliação quando não há perícia nos autos, razão pela qual, para assegurar que a audiência cumpra seu propósito, determino o imediato encaminhamento do autor ao IML, para fins de ser submetido a perícia médica, intimando-se as partes (com prazo comum de dez dias) para que ofereçam de imediato seus questionamentos. Juntada do laudo no prazo máximo de trinta (30) dias.
- 4 - COM A JUNTADA DO LAUDO, conclusos

SANTA RITA, 3 de abril de 2017.

Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França

Juiz(a) de Direito





**PROVIMENTO DA CGJ Nº: 04/2014**

**ATO ORDINATÓRIO EM FACE DE: CITAÇÃO / INTIMAÇÃO      Anexo: D**

**ATO ORDINATÓRIO**

Art. 8º. Expedi intimação à parte autora para, no prazo de 5 (cinco) dias, juntar aos autos, novos documentos legíveis.

Santa Rita, 14 de junho de 2019.

Gerlândia Lins e Silva Carneiro

Técnica Judiciária



**0803258-46.2015.8.15.0331**

AUTOR: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**INTIMAÇÃO VIA SISTEMA**

Por ato ordinatório, intimo a parte autora, por seu advogado, para juntar novos documentos legíveis nos presente autos, no prazo de 05(cinco) dias.

Santa Rita, 14 de junho de 2019

GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO

**Téc. Judiciária**



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 2ª VARA MISTA  
DA COMARCA DE SANTA RITA/PB**

**Processo nº 0803258-46.2015.8.15.0331**

**ADRIANA SANTOS DE SOUZA**, já devidamente qualificada nos autos em epígrafe, que tramita perante este juízo, por intermédio de seu advogado que esta subscreve, vem perante Vossa Excelência, requerer a juntada aos autos dos documentos legíveis, os quais seguem em anexo, bem como o prosseguimento do feito até final decisão, por ser medida da mais lúdima **JUSTIÇA**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

Adson José Alves de Farias

Advogado OAB/PB 9949





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 026.481.124



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-8

## DADOS DO CLIENTE

MARTA RAMOS DE SOUSA SILVA  
RUA ROBERTO SANTOS CORREIA 189  
SANTA RITA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1036516-1

### REFERÊNCIA

JUN/2019

### APRESENTAÇÃO

13/06/2019

### CONSUMO

276

### VENCIMENTO

21/06/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 214,42

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 02732.462177 8 79270000021442				
Pagador: MARTA RAMOS DE SOUSA SILVA CNPJ/CPF: 048.715.304-93				
RUA ROBERTO SANTOS CORREIA 189 - VARZEA NOVA - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002732462	001036516201906	21/06/2019	R\$ 214,42	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010730439078  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD RENAVAL PRT 20140000381894-0  
1 0020816629-7 00/00000000 2014

JOAO DA SILVA SANTOS FILHO

06686353477

PLACA NPR4094/PB

NOVO

PB

9C2JC4110AR030859

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB

2010

ANO MOD

2010

CAP/POT/CIL

2 E/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

IPVA PAGO EM

VENC COTA UNICA

29/08/2014

VENC/COTAS

1º

FAIXA IPVA

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS

0

2º

3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DO PAGAMENTO

29/08/2014

SEM RESERVA DE DOMINIO

OBSERVAÇÕES

0

SANTA RITA-PB LOCAL

36633

DATA

01/09/2014

48414

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 010730439078 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

01/09/2014

VIA

1

06686353477

PLACA

NPR4094/PB

RENAVAM

00208166297

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB

2010

CAT. TARIF

9

Nº CHASSI

9C2JC4110AR030859

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$)

\*\*\*\*\*

DETRAN (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGO

☐ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

29/08/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.249.600/0001-04

www.seguradoralider.com.br

48414-1440082-20140901

JUN-2013







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2015

Ocorrência nº. 1473/2015

Aos DEZESSETE dias de AGOSTO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, ai, por volta 17h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ADRIANA SANTOS DE SOUZA, conhecido por X.X., Identidade nº 3.663.964-SSP/PB, CPF nº 892.508.854-15, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de João Da Silva Santos E De Irene Regina Da Silva Santos, natural de Recife/PE, nascido(a) em 24/02/1976 (39 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, 101-A, Loteamento Sol Nascente, Tibiri II, Santa Rita - Pb., tendo como ponto de referência: fica por trás do Cemitério de Tibiri II, Santa Rita - PB, na cidade de SANTA RITA - PB, fone(s) para contato: (83) 98613.7789.

a quem me foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 30 de abril de 2015;
- 3) HORÁRIO: 15h:30min;
- 4) LOCAL: Por trás do Cemitério de Tibiri II, Santa Rita - PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMAS, SANTA RITA - PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

MOTO HONDA/CG125 FAN KS, ANO E MODELO 2010, COR PRETA, PLACA NPR4094-PB, CHASSI Nº 9C2JC4110AE030859, CUJO DOCUMENTO SE ENCONTRA EM NOME DO IRMÃO DA NOTIFICANTE: JOÃO DA SILVA SANTOS FILHO.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**SANDRO, RESIDENTE NA MESMA RUA DA NOTIFICANTE.**

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE, AFIRMA A NOTIFICANTE QUE PEGOU A MOTO DO IRMÃO PARA APREENDER A DIRIGIR, QUANDO COLIDIU COM OUTRA MOTO, TENDO SOFRIDO FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDO, TENDO SIDO SUBMETIDO A UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.

**9) OBSERVAÇÕES:**

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

*Adriana Santos de Souza*  
ADRIANA SANTOS DE SOUZA  
Comunicante

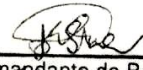
*[Assinatura]*  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 135.670.4







VISTO EM: 20/08/15


  
Comandante do BAPH  
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 20 de Agosto de 2015.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 412/2015**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 30/04/2015, conforme requerimento nº 422/15, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h18min o/a Sr.(a) **ADRIANA SANTOS DE SOUZA** RG Nº 3.663.964 2ªVIA SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (*colisão moto x moto*), ocorrido na Av. João Pessoa, Tibiri II, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **CABO BM Israel Patrício** de Andrade, matrícula 522.299-1 constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se consciente, apresentando suspeita de fratura em membro inferior. A mesma era condutora da motocicleta. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Manoel José de Almeida Neto** - SD BM Mat. 525.810-3, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe da 3ª Seção/BAPH.

  
**Josinete B. S. dos Santos**  
TEN. QOABM- 517240-3

**Chefe da 3ª Seção**

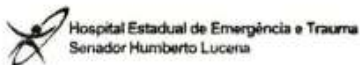


**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº. Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br







ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 833413

<b>Identificação do paciente</b>			
ID 883974	Nome ADRIANA SANTOS DE SOUZA		Sexo Feminino
Data de nascimento 24/02/1976	Idade 39 anos 2 meses 6 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe IRENE REGINA DA SILVA SANTOS	Pai JOAO DA SILVA SANTOS		Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) RAYSSA R TORRES - FILHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86137789	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3663964	Nº Cns 898000415481289	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade RECIFE	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Professor Severo Rodrigues
Número SN	Complemento	Bairro Popular	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora Prevista 30/04/2015 15:52:38	Número da pulseira 10002841723	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
			Liquor [ ]
			ECG [ ]
			Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA			Tempo

Imprimir





CLÍNICA  
BRASILIA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

100002841723  
ADRIANA SANTOS DE SOUZA BE 833413  
DT NASC 24/02/1976  
MRE: IRENE REGINA DA SILVA SANTOS

END: Professor Severo Rodrigues  
N. SN - Popular  
SANTA RITA  
PONE: ( )  
CELULAR (83) 86137789  
IDADE: 39  
DT ENTRADA:

Atendimento Médico

B.E.

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente trazida pela bombeiros com história de acidente de motocicleta, colisão moto-moto. Refere TCE, não sabe, não se lembra de como aconteceu. Relata dor em punha (E). Não outros queixas no momento.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ Perivas ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

HTE: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

2- RUIDOS

( ) sim  
( ) Não

HTD: ☒ Roncos  
Sibilos  
Estertores

HTE: ☒ Roncos  
Sibilos  
Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica  
( ) Pletórica ( ) Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO ☒ Normal ( ) Aumentado  
( ) Fino ( ) Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS ☒ Normotonéticas ( ) Hipofonéticas

( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente

BE OU BA ( ) Sim ( ) Não

FC: 88 bpm PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG:

ABDOMEN: flácido, indolor à palpacao

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

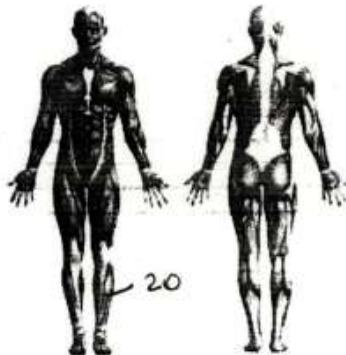
F(NG).CC.001-1

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.: \_\_\_\_\_

## QUEIMADURA:

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

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☐ Lavado peritoneal  
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
2	1º atendimento cirúrgico		Drª Evelyn Abrante:  CRM/PB 9434 M21
3	Tetanoprofilaxia 250 UI IM		
4	Debitada da cirurgia geral		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORTOPEDIA às 16:15 do dia 30/04/15  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA: \_\_\_\_\_  
 SAÍDA: \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_

☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_  
☐ Internado (setor) \_\_\_\_\_  
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência  
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

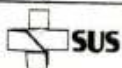
ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1







Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha  
1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

TM CIRURGIA CT 4/5  
01 placa DCP larga de 08 furos.  
perfuros  
corticais  
01 - 28  
02 - 30  
04 - 32  
01 - 34

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO


47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF



 <b>SUS</b>	<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			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1      Feminino <input checked="" type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO    15 - UF    16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL    24 - CID 10 SECUNDÁRIO    25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    31 - QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    37 - QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <p style="font-size: 1.2em;">os fixador externo de tibia não foi usado pois o paciente optou pela placa H15. após ter abato o fixador.</p>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO			42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	







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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Ademair dos Santos Louz</u>		Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>R</u>	Clinica:
Data: <u>30/4/15</u>		Cirurgião: <u>Dr. Barichew</u>	1º Assistente: <u>Dr. R...</u>
2º Assistente: <u>Dr. A...</u>		3º Assistente:	Instrumentador:
Anestesista:		Tipo de Anestesia: <u>Refre</u>	Hora Início: ? Hora término:

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<u>fratura 94 poro de tibia</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>Redução e fixação</u>	
<u>com fixação</u>	

Acidente durante ato cirúrgico 1º sim 2º não	Descreva:
Biopsia de congelação: 1º sim 2º não	
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico: 1º enfermaria 2º terapia intensiva 3º residência 4º óbito durante ato cirúrgico	

30.04.15  
João Pessoa - Data

Ass. do Médico / CRM





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Adson S. de Jesus</u>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>30.04.11</u>			Data da alta: <u>03.05.11</u>		
Diagnóstico inicial: <u>fratura exposta do fêmur e</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
<u>Osteossíntese fêmur</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:					
<u>fratura exposta do fêmur de 30.04.11</u>					
<u>Dr. Esteban R. D. S.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>30</u> de <u>04</u> de <u>11</u>					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



**0803258-46.2015.8.15.0331**

AUTOR: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

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

**INTIMAÇÃO VIA SISTEMA**

De Ordem da MM. Juíza de Direito desta Unidade Judiciária, Dra. Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França, intimo a parte autora, por seu advogado, por todo teor da(o) Decisão/Despacho ID n. 7245473.

Santa Rita, 17 de janeiro de 2020

GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO

**Téc. Judiciária**







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCESSO Nº 0803258-46.2015.8.15.0331

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)  
[SEGURO]

AUTOR: ADRIANA SANTOS DE SOUZA  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**CARTA DE CITAÇÃO**

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 285 do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

Encaminha-se anexa cópia da petição inicial.

Encaminha-se cópia de Despacho: 17070722154576500000007104796

SANTA RITA-PB, 17 de janeiro de 2020.

**GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO**  
Técnico Judiciário



**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "**Número do documento**" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

15102210215506100000002247888

