



Gisele Jucá
OAB/PB 15.320-B

João Paulo Jucá e Silva
OAB/PB 15.315-B

PROCURAÇÃO AD JUDITIA

OUTORGANTE: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA, brasileira, solteira, desempregada, inscrita no CPF sob o n.º 810.573.264-53, domiciliada e residente na Rua Projetada, s/n, Conjunto CEHAP Qd. 34, Lt. 20, Bom Jesus, Riacho de Santo Antonio, Paraíba.

OUTORGADOS: GISELE DOS SANTOS BÜCHELE JUCÁ E SILVA, brasileira, casada, advogada, inscrita no OAB/PB sob o n.º 15.320 B e JOÃO PAULO JUCÁ E SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 15.315 B, ambos com endereço profissional na Rua Prudente de Moraes, n.º 287, 1º Andar, Bairro Estação Velha, Campina Grande, Paraíba, Tel.: (83) 3066-4477 – (83) 98883-0203 – (83) 99906-8158.

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicia et extra*, especialmente visando representar o Outorgante a fim de propor **AÇÃO EM FACE DA SEGURADORA LÍDER**, podendo ainda, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, produzir provas ou justificações, requerer, concordar com cálculos e avaliações, ratificar desistências e praticar, enfim, todos os atos necessários que visem a boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos do(a) outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

Campina Grande/PB, 03 de agosto de 2016.

Maria Claudia Santana de Souza
Outorgante

Rua: Prudente de Moraes, 287, 1º Andar, Estação Velha, Campina Grande – PB. CEP 58410-040.
Tel.: (83) 3066-4477 / (83) 98883-0203 – (83) 99906-8158
e-mail: contato@jucaesilvaadvogados.com.br



EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DA VARA ____ DE BOQUEIRÃO, PARAÍBA.

MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA, brasileira, solteira, desempregada, inscrita no CPF sob o n.º 810.573.264-53, domiciliada e residente na Rua Projetada, s/n, Conjunto CEHAP Qd. 34, Lt. 20, Bom Jesus, Riacho de Santo Antonio, Paraíba, vem, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, requerer a

CONCESSÃO DO BENEFÍCIO PROCESSUAL DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA, em razão do(a) Requerente estar promovendo uma ação, não possuindo recursos para pagar as custas processuais e demais cominações legais sem prejuízo do sustento próprio.

A presente declaração é firmada sob as penas da Lei 1.060, artigo 4º, com redação da Lei 7.510 de 1986, combinada com o artigo 1º da Lei 7.115, de 1983.

O(a) Requerente não está filiado(a) a qualquer órgão sindicalista que lhe preste este tipo de assistência jurídica.

Ante o exposto, requer seja recebida a presente e, após a participação do douto representante do Ministério Público, manifestando seu parecer em relação ao pedido ora formulado, seja o mesmo julgado procedente para concessão do benefício da **ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**.

Nestes termos, pede deferimento.

Campina Grande, 03 de agosto de 2016.

Maria Claudia Santana de Souza
Requerente



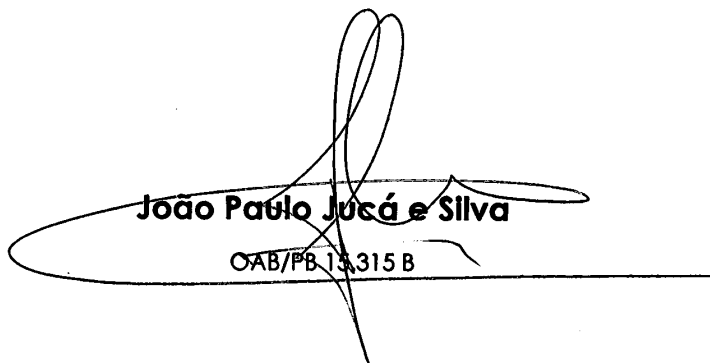
SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente instrumento particular de substabelecimento, eu, **JOÃO PAULO JUCÁ E SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 15.315B, neste ato como substabelecente, substabeleço, os poderes a mim outorgados constantes da procuração *ad judicia et extra* por Maria Claudia Santana de Souza.

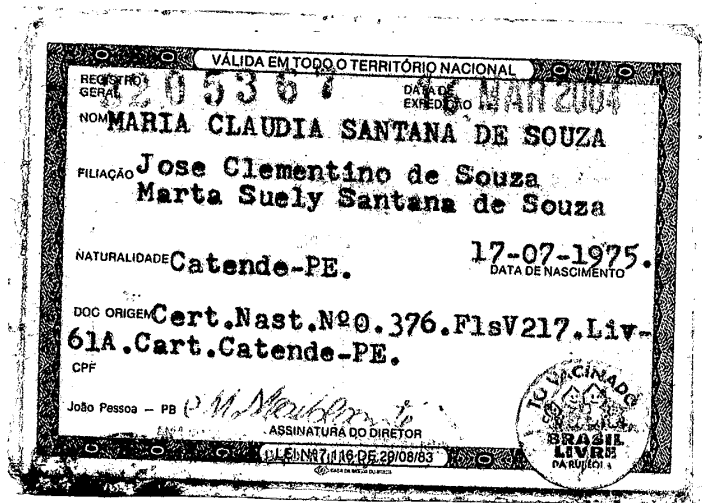
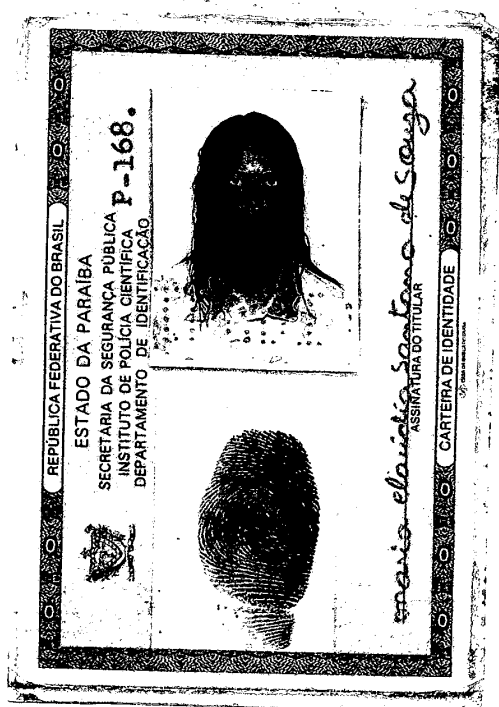
SUBSTABELECIDO: ESAÚ TAVARES DE MENDONÇA FARIAS E ARAÚJO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 17.815.

DOS PODERES SUBSTABELECIDOS: O presente substabelecimento é outorgado **COM RESERVAS** de poderes.

Campina Grande, 15 de agosto de 2017.


João Paulo Jucá e Silva
OAB/PB 15.315 B





JOSE COSME DA SILVA
RUA PROJETADA, S/N / CONJUNTO CEHAP QD 34 LT 20 - BOM JESUS
RIACHO DE SANTO ANTONIO / PB CEP: 58465000 (AG: 108)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cereja Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO CNPJ 08.086.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0
Roteiro: 7 - 277 - 700 - 5440 Referência: Jul / 2016
Nº de editor: 00008495715 Emissão: 14/07/2016

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000521902
Código para Débito Automático: 00015939721

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1593972-1

Jul / 2016

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

14/07/2016

Data prevista da próxima leitura

15/08/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

4126554880
Insc. Est:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 13/08/16	Leitura 5824	Data 14/07/16	Leitura 8034	1
				210
				31

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 09/07/2016 PAGAS.
OBRIGADO!

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	0,24784	17,35
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	110	0,37181	40,81
Subsídio			25,22
ICMS			35,48
PIS			1,45
COFINS			6,69

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA	13,60
JUROS DE MORA 05/2016	0,81
JUROS DE MORA 06/2016	0,87
MULTA 05/2016	2,03
MULTA 06/2016	2,48
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2016	0,32
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2016	0,69
Devolução Subsídio	-25,22

Histórico de Consumo (kWh)

Jun/16	239
Mai/16	208
Abr/16	185
Mar/16	191
Fev/16	173
Jan/16	188
Dez/15	167
Nov/15	177
Out/15	142
Set/15	195
Ago/15	143
Jul/16	180

Média dos últimos meses
181 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	131,44	27,00	35,48
PIS	131,44	1,1087	1,45
COFINS	131,44	5,0866	6,69

VENCIMENTO
21/07/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 127,32

1b3c.f555.03c2.fa9e.f10a.cf73.3dac.363f.

Indicadores de Qualidade 5/2016 - Boqueirão

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,80	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,59	0,00
DIC ANUAL	23,18	0,00
FIC MENSAL	3,40	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,72	0,00
FIC ANUAL	13,45	0,00
DMIC	3,37	
DICRI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	23,13	18,16
Compra de Energia	30,31	23,81
Serviço de Transmissão	1,82	1,43
Encargos Setoriais	7,33	5,76
Impostos Diretos e Encargos	64,73	50,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	127,32	100,00

Valor do EUSD (Ref. 5/2016): R\$32,70

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$25,22





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2014

Carta nº: 5416339

A/C: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

Sinistro: 2014745362
Vítima: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA
Data Acidente: 24/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 0000025228-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%		
Graduação: Em grau médio 50%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%		
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =		
	R\$	1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

CPF - 810.573.264-53
RG - 3205367 - SSP/PB

D. nascimento - 17/71 1975



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2014

Carta nº: 5020506

A/C: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

Sinistro: 2014745362
Vítima: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA
Data Acidente: 24/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





(/)

Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE
ATENDIMENTO
(/Pages/Pontos-
de-Atendimento-
Autorizados.aspx)CENTRO DE
DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPrensa ▾TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 2014745362 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SEGURADORA LIDER DPVAT -
REGULAÇÃO**BENEFICIÁRIO** MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

CPF/CNPJ: 81057326453**Posição em 06-06-2016 15:02:16**

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

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Pague-Seguro.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

(</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

Nome: Maria Claudic Sontima de Souza Idade: 38 anos

Como é conhecido(a) _____ Ala C6 Enf 4 Leito 2

Data de admissão 1 / 1 / 1 Procedência Riachão de São João

Endereço: Conjunto CEAP, s/nº Bairro Santa Clara

Ponto de Referência _____

Com quem reside? com o compenheiro e duas filhas

Resp (filha) Jessica Gencine Telefone: 88667068 sempre

DADOS SOCIAIS:

87623035 Jessica (filha)
(filha)

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim (x) Qual? PBF

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (x) Qual? PSF

Causa da admissão: _____

Se adulto ou idoso:

Estado civil: solteira Tem filhos: Não () Sim (x) Quantos? 4

Profissão: Agricultora Fuma? Não (x) Sim () Faz uso de bebida alcoólica?

Não () Sim (x) Eventualmente (x) É etilista ()

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim () Não () Que série está cursando? _____

Profissão dos pais ou responsável: _____

Observações Feitos as orientações sociais a filha
Jessica

25104114

Angelo Mario Gonzaga de Silva
Assistente Social
CRESS Nº 2871



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Cleudis

6 - Nº DO PROMITÓRIO

222579

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/07/75

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marta Suely Santana de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

8387629035

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Barra Cap.

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio de Janeiro

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

33

15 - UF

RJ

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tremor no polegar e
dedo anelar

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex - ortopedico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ext. braço proximal

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia com placa

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

29/09/14

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

DR. JORGE

MÉDICO

CRM-PR 8533

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MOD. 009





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

Nome:	Maria Claudie Santana de Souza		
End.:	Conjunto CEAR	Bairro:	Piedade de
Data de Nascimento:	12/07/75	Documento de Identificação:	Santa Antônia
Queixa:	de	Data do Atend.:	24/04/14
		Hora:	13:20
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT.	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

MOD. 110

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente		Márcia Cláudia S. Silva		Nº Prontuário
Data da Operação	24/04/14	Enf.		Leito
Operador	Dr. Naculo	1.º Auxiliar		
2.º Auxiliar		3.º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia	Dr. Delino	Tipo de Anestesia	CAQI	
Diagnóstico Pré-Operatório				
Tipo de Operação				
fenda grave plural + fissile A				
Diagnóstico Pós-Operatório				
Relatório Imediato da Patologia				
fratura externa				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Operação				
Luneta fixada com fio (profilática)				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

① Fenda grave

① Análise + análise + análise

① fratura externa fissile

① cirurgia definitiva
em 2º tempo


Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		Mariana Almeida Santana de Souza		DN: 17/02/1975	
QI	LEITO	CONVÊNIO	Sus	IDADE	38 anos
CIRURGIA		Priseção interna de fêmur		CIRURGIÃO	Dr. Marcelo
ANESTESIA		Dr. Delano		ANESTESIA	Raque
INSTRUMENTADORA		DATA	24/04/2014	INÍCIO	20:00
				FIM	21:00



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma
Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	1	Catet. p/ Óxg.		Catgut Cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. de Urinar Sist. Fech.		Catgut Cromado Sertix
	Diazepam amp.	3	Compressa Grande C15		Catgut Cromado Sertix
	Dimore amp. 0,2		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inoval ml		Dreno Pezzar nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
1	Mercalna 0,5 % ml	1	Equipo de Microgotas		Ethibond
	Nubahim amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	30	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak
	Protóxido I/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
	Queilcin ml	3	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila Cardíaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	1	Mononylon 3-0
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	1	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
2	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
1	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
2	Dipirona amp.	2	Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.	2	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Garamicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	1,5	Oxigênio I/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml.	1,5	PVPI Degermante ml		
	Heparema ml.	1,5	PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.	1,5	Sabão Antisséptico	3	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco Coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Metrodinazol.	3	Seringa Desc. 10 ml	3	SG Hipotérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	2	Seringa Desc. 20 ml	2	SG Ringr fr 500 ml
	Protamina	2	Seringa Desc. 5 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuptanon amp.		Sonda Foley		
2	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		
2	Tribatil		Sonda Uretral nº		
1	Nauseacon		Sterydrem ml		
			Tornelrinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vasellina ml		
2	Agulha desc. 25 x 740 x 12	2	Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28	2	Lapase		
	Agulha desc. 3 x 4,5	5	Alcômetro		
1,5	Agulha p/ Raque nº 2,5	3	Alcômetro Tri-Ângulo		
1,5	Álcool da Enfermagem				
1,5	Álcool Iodado ml				
1	Ataduras de Crepon 10cm				
	Ataduras de Gaseada				
	Azul Metileno amp.				
	Benzina ml				

SOROS

3 SG Normotérmico fr 500 ml

3 SG Hipotérmico fr 500 ml

2 SG Ringr fr 500 ml

SG fr 500 ml

ORTOSE E PRÓTESE

Imagem de Mão Semu

E

(X) Oxímetro de Pulso

() Serra

() Desfibrilador

(X) Foco Frontal

() Fonte de Luz

ORTOSE E PRÓTESE

() Eletrocautério

(X) Oxipigiógrafo

(X) Cardiomonitor

() Perfurador Elétrico

Lote: 044842 Código: F08 8 208
Sistema de Fixação Óssea Sartori - Lin
Tibia/Fêmur T 300 - Estéril
Fabric.: 08/02/2014 Val.: 02/2019
Registro ANVISA Nº: 8008385003
Material: Aço Inox / Alumínio

Lote: 043239 Código: AF35 1 880
Pino Intramedular Ósseo R x C x 4,5 x
200 x 1
Fabric.: 08/02/2014 Val.: 02/2019
Registro ANVISA Nº: 80083850026
Material: Aço Inoxidável F-138

Lote: 043239 Código: AF35 1 880
Pino Intramedular Ósseo R x C x 4,5 x
200 x 1
Fabric.: 08/02/2014 Val.: 02/2019
Registro ANVISA Nº: 80083850026
Material: Aço Inoxidável F-138

MOD 086



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

C GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

MARIA GUANDE SANTANA DE SOUZA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1202868

PROCEDIMENTO REALIZADO

FRATURA EXPOTA DE FÊMUR TIBIA

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

FIXADOR EXTERNO LINEAR SARTORI

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

20.06.2016

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. MARCELO

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Assinatura]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																															
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>W. C. S. de Souza</i>		IDADE	SEXO	COR																																															
DATA <i>24/04/17</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																															
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	URÉIA	OUTROS																																															
URINA																																																					
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA																																																	
AP. CIRCULATÓRIO				BRONQUITE																																																	
AP. DIGESTIVO				ELETROCARDIOGRAMA																																																	
DENTES				PESCOÇO																																																	
ESTADO MENTAL				ATARÁXICOS																																																	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				CORTICÓIDES																																																	
<i>- Proct. Cruz Plástico T. 1.0</i>				ALERGIA																																																	
ANESTESIAS ANTERIORES				HIPOTENSORES																																																	
DICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				ESTADO FÍSICO																																																	
APLICADA				RISCO																																																	
EFEITO																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>O₂</th> <th>INDUÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS</td> <td></td> <td>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Náuseas: _____ Vômitos: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Outros: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>MANUTENÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Não, por quê?: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>DESPERTAR</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Reflexos na SO: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Obstr.: _____ CO₂: _____ Excit.: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Náuseas: _____ Vômitos: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Outros: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Com cânula: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Paro o Leito Sim _____ Não _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CONDIÇÕES: _____</td> </tr> </tbody> </table>							AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂	INDUÇÃO	LÍQUIDOS		Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			Náuseas: _____ Vômitos: _____			Outros: _____			MANUTENÇÃO			ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			Não, por quê?: _____			DESPERTAR			Reflexos na SO: _____			Obstr.: _____ CO ₂ : _____ Excit.: _____			Náuseas: _____ Vômitos: _____			Outros: _____			Com cânula: _____			Paro o Leito Sim _____ Não _____			CONDIÇÕES: _____
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂	INDUÇÃO																																																			
LÍQUIDOS		Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____																																																			
		Laringo espasmo: _____ Lenta: _____																																																			
		Náuseas: _____ Vômitos: _____																																																			
		Outros: _____																																																			
		MANUTENÇÃO																																																			
		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____																																																			
		Não, por quê?: _____																																																			
		DESPERTAR																																																			
		Reflexos na SO: _____																																																			
		Obstr.: _____ CO ₂ : _____ Excit.: _____																																																			
		Náuseas: _____ Vômitos: _____																																																			
		Outros: _____																																																			
		Com cânula: _____																																																			
		Paro o Leito Sim _____ Não _____																																																			
		CONDIÇÕES: _____																																																			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<i>- 100% O₂ 5 l/min 15, 0.1% - 100% 80-90 0.1% - Refúgio para T. 1.0 1.0</i>																																																			
POSIÇÃO																																																					
AGENTES																																																					
TÉCNICA		CÂNULAS																																																			
OPERAÇÃO		<i>- Trt. Círculo</i>																																																			
CIRURGIÕES		<i>- Dr. [assinatura]</i>																																																			
ANESTESISTAS		<i>- [assinatura]</i>																																																			
OBSERVAÇÕES																																																					
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS				PERDA SANGÜÍNEA																																																	

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

***TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)***

<i>para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora</i>
<i>ovimento = 0 2 membros = 1 4 membros = 2</i>		
<i>Limitada, Dispneia = 1 profunda e tosse = 2</i>		
<i>0% do nível pré-anestésico = 0 0 a 40% do nível pré-anestésico = 1 0% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>com oxigênio = 0 com oxigênio = 1 % sem oxigênio = 2</i>		
<i>de ao chamado = 0 ao chamado = 1 mente acordado = 2</i>		
<i>3 PONTOS</i>		

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Maria Cláudia Souterra de Souza	Idade: 38, 8
Convênio: SUS	Data: 24/09/14
Procedimento: Fixação Externa de joelho	
Cirurgião: Dr. Marcelo	Auxiliar:
	Anestesista: Dr. Delano
Início: 20:00	Término: 21:00
	Anestesia: Raquiana

[illegible][illegible]

Observações:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

Nome: Maria Elvânia Santana Idade: 38
Como é conhecido(a) maria Ala 1 Enf 1 Leito 2
Data de admissão 1 / 1 / 1 Procedência

Endereço: Quilombo de Santo Antônio de Pita
Ponto de Referência: Rua do Rio do Macaúba de Pita
Com quem reside? esposo e filhos
Resp. Maria Casoluna Telefone: 87629035/88667068

DADOS SOCIAIS:

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim (X) Qual?
É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (X) Qual?
Causa da admissão:

Se adulto ou idoso:

Estado civil: casada Tem filhos: Não () Sim () Quantos?
Profissão: Aposentada Fuma? Não (X) Sim () Faz uso de bebida alcoólica?
Não () Sim (X) Eventualmente () É etilista ()

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim () Não () Que série está cursando?
Profissão dos pais ou responsável:

Observações

A Paciente está sendo acompanhada pela filha pequena.

SECRETARIA DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de
Campina Grande - PB
Assistente Social - CRESS



Schot & Kun ~~III~~

Paciente)	Maria	Charles	Alojamento)	Leito)	8-2	Convênio)
-----------	-------	---------	-------------	--------	-----	-----------

Prescrição Médica

1) Dose zero
2) 50 mg. 1500 J e
3) Drogas 9 e 66.
4) Teste de 10 e 1012.
5) No caso de cura.

1) Deodoro 17818k
2) Ceftriaxona 2g

Dr. João Lima
Médico
CRM/RB 6534

Dr. John Lint
MEDICAL
CRM-PB/8533

Dr. Jonathan
MÉDICO
CAM-PB 8535

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Maria Claudio - 38

Alojamento) 1

Leito) 2

Convênio)

Expense 9/25/16

PR. 2011/11/11
C. 11/11/11
C. 11/11/11



Diagnóstico

Fx platô tibial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-Op:

Paciente: Maria Claudio - 38 anos

Alojamento

1

Leito

2

Convênio

Ciuruz

Data

27/04/14

Prescrição Médica

1. Dieta livre

2. SF 0,9% 500 mL, EV, 8/8 h

3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h

4. Cefazolina 01g, EV, 8/8 h

5. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h

6. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia

7. SSV + CCG

8. Decadron 1 amp, EV, 8/8 h

Horário

Evolução Médica

#Paciente evolui estável clinicamente
sem intercorrências
vital, eufórica, afeta

#CD: VDM

Aguarda programação cirúrgica

Fast 60 to 70

Schot & Ku ~~the~~

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Maria Cláudia	Alojamento)	Leito)	8-2	Convênio)
-----------	---------------	-------------	--------	-----	-----------

[illegible]

Diagnóstico

Febru 9/2012

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Maria Claudio - 38

Alojamento) A

Leito) 2

Convênio)

[illegible]

Diagnóstico

Fx platô tibial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP:

Paciente: Maria Claudio - 38 anos

Alojamento

1

Leito

2

Convênio

Cirurgia

Horário

Evolução Médica

Data Prescrição Médica

27/04/14

1. Dieta livre

2. SF 0,9% 500 mL, EV, 8/8 h

3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h

4. Cefazolina 01g, EV, 8/8 h

5. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h

6. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia

7. SSV + CCGG

8. Decadron 1 amp, EV, 8/8 h

#Doente evolui estável clinicamente
sem intercorrências
bela aparência, feliz

#CD: V.D.M.

Aguarda programação cirúrgica

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[illegible]

Paciente) Maria Claudia - 38u

Alojamento)

Leito) 22

Convênio)

Num. 10617867 - Pág. 12

Cm. 8-31

Diagnóstico

Ex. 10/05/17 - 10/05/17

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)

Nora Lante

Alojamento)

E

Leito) 3

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/05	1) Dose única 2) S.F. 2,9g - 150 ml 06/11/16 3) Cephalosporina 1g 06/11/16 4) Dose única 2000 + 1000 06/11/16 5) Infusão 2000 06/11/16 6) Dose única 1000 06/11/16 7) Dose única 1000 06/11/16 8) Dose única 1000 06/11/16 9) Dose única 1000 06/11/16 10) Dose única 1000 06/11/16	06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16	Prescrição Médica Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16
07/05/16	1) Dose única 1000 06/11/16 2) Dose única 1000 06/11/16 3) Dose única 1000 06/11/16 4) Dose única 1000 06/11/16 5) Dose única 1000 06/11/16 6) Dose única 1000 06/11/16 7) Dose única 1000 06/11/16 8) Dose única 1000 06/11/16 9) Dose única 1000 06/11/16 10) Dose única 1000 06/11/16	06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16 06/11/16	Prescrição Médica Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16 Dose única 1000 06/11/16

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	ASSIS
08/05/2014	10:15h						Paciente com febre de 38,5°C, tosse, fadiga, dor no corpo, dor de cabeça, náusea e vômito. Evoluindo com sinais de desidratação. Medicado conforme prescrição médica. Realizado o exame físico pelo enfermeiro.	
08/05/14	19:00	36,1°C	-	-	120/70		Paciente orientado com Venoclase m.s.c. com eliminação de urina presente durante o período de observação da enfermagem.	
09/05/2014	8:45h						Paciente em pós-operatório satisfatório, assintomático, hospitalar com orientações.	



Diagnóstico



for plato 11 half Δ

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Nome	Classe	Sexo	Idade	Leito)	Convênio)
	11ª	Classe	Sexo	Idade	Leito)	Convênio)
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
04/05	1) Dieta livre, VO, até 24h após a cirurgia 2) SFO 91. 1500mg, 1V, 8/8h 3) Eparaguma 19, 1V, 8/8h 4) Dipirona 200mg + 40, 1V, 6/6h 5) Nitato 200mg + 40, 1V, 8/8h 6) SFO 91. 100mg, 1V, 6/6h 7) Dipirona 400mg + 40, 1V, 8/8h 8) Morfina 1mg + 40, 1V, 8/8h 9) Eparaguma 19, 1V, 8/8h 10) Dipirona 200mg + 40, 1V, 8/8h 11) Nitato 200mg + 40, 1V, 8/8h 12) SFO 91. 100mg, 1V, 8/8h 13) SFO 91. 100mg, 1V, 8/8h	19h 20h 21h 22h 23h 24h 25h 26h 27h 28h 29h 30h 31h 32h 33h 34h 35h 36h 37h 38h 39h 40h 41h 42h 43h 44h 45h 46h 47h 48h 49h 50h 51h 52h 53h 54h 55h 56h 57h 58h 59h 60h 61h 62h 63h 64h 65h 66h 67h 68h 69h 70h 71h 72h 73h 74h 75h 76h 77h 78h 79h 80h 81h 82h 83h 84h 85h 86h 87h 88h 89h 90h 91h 92h 93h 94h 95h 96h 97h 98h 99h 100h 101h 102h 103h 104h 105h 106h 107h 108h 109h 110h 111h 112h 113h 114h 115h 116h 117h 118h 119h 120h 121h 122h 123h 124h 125h 126h 127h 128h 129h 130h 131h 132h 133h 134h 135h 136h 137h 138h 139h 140h 141h 142h 143h 144h 145h 146h 147h 148h 149h 150h 151h 152h 153h 154h 155h 156h 157h 158h 159h 160h 161h 162h 163h 164h 165h 166h 167h 168h 169h 170h 171h 172h 173h 174h 175h 176h 177h 178h 179h 180h 181h 182h 183h 184h 185h 186h 187h 188h 189h 190h 191h 192h 193h 194h 195h 196h 197h 198h 199h 200h 201h 202h 203h 204h 205h 206h 207h 208h 209h 210h 211h 212h 213h 214h 215h 216h 217h 218h 219h 220h 221h 222h 223h 224h 225h 226h 227h 228h 229h 230h 231h 232h 233h 234h 235h 236h 237h 238h 239h 240h 241h 242h 243h 244h 245h 246h 247h 248h 249h 250h 251h 252h 253h 254h 255h 256h 257h 258h 259h 260h 261h 262h 263h 264h 265h 266h 267h 268h 269h 270h 271h 272h 273h 274h 275h 276h 277h 278h 279h 280h 281h 282h 283h 284h 285h 286h 287h 288h 289h 290h 291h 292h 293h 294h 295h 296h 297h 298h 299h 300h 301h 302h 303h 304h 305h 306h 307h 308h 309h 310h 311h 312h 313h 314h 315h 316h 317h 318h 319h 320h 321h 322h 323h 324h 325h 326h 327h 328h 329h 330h 331h 332h 333h 334h 335h 336h 337h 338h 339h 340h 341h 342h 343h 344h 345h 346h 347h 348h 349h 350h 351h 352h 353h 354h 355h 356h 357h 358h 359h 360h 361h 362h 363h 364h 365h 366h 367h 368h 369h 370h 371h 372h 373h 374h 375h 376h 377h 378h 379h 380h 381h 382h 383h 384h 385h 386h 387h 388h 389h 390h 391h 392h 393h 394h 395h 396h 397h 398h 399h 400h 401h 402h 403h 404h 405h 406h 407h 408h 409h 410h 411h 412h 413h 414h 415h 416h 417h 418h 419h 420h 				



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

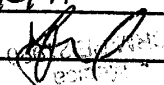
PACIENTE						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Nome: <u>Maria Claudine Santana Souza</u> DN: <u>17-07-1975</u> QI: <u>Sda 03</u> LEITO: <u>5</u> CONVÊNIO: <u>38,8</u> IDADE: <u>38,8</u> REGISTRO: <u>M03868</u>						
CIRURGIA: <u>TTS Urgentes de Faturamento</u> CIRURGIÃO: <u>Dr. André + Dr. Jairo + Dr. Jairo</u> deplata Tibial D. ANESTESIA: <u>Dr. Brasilide</u>						
INSTRUMENTADORA: <u>Flávia</u> DATA: <u>07-05-14</u> INÍCIO: <u>15:00</u> FIM:						
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Boia Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catel. pl. Óxg.		Catgut Cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catel. de Urinar Sist. Fech.		Catgut Cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut Cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl. osso	
	Inoval ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Morfina		Equipo de Microgotas		Ethibond	
01	Morfina amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelclon ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila Cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	03	Mononylon	270
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0	02	Vicryl Sertix	1.
	Garamicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.		PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco Coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metrodinazol.		Seringa Desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa Desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa Desc. 5 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		TM crânio	
			Sonda Uretral nº			
			Steridrem ml			
			Tornelrinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
01	Agulha desc. 20 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5		eletrodo			
01	Agulha pl. Raque nº		25			
05	Álcool da Enfermagem		70%			
	Álcool iodado ml					
03	Ataduras de Crepon		15			
	Ataduras de Gaseada					
	Azul Metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS		
				<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapnógrafo <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico		
				CIRCULANTE RESPONSÁVEL		
						

1.086



9) Retirado ganho

10) Aos cuidados da RPA


Eduardo T. Mendonça





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ma Cláudio Santana de Souza

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 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de platô tibial
em MID.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ho cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + exame de imagem

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fx de platô tibial

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ho cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Faylla F. Duarte Melo

07/05/14

[Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

1000 000



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
Placa 1/5 Lado		01	
Placa 2/5 Lado		01	
Parafuso cortical 4,5 x 32		02	
" 4,5 x 34		01	
" 4,5 x 36		01	
" 4,5 x 38		01	
" 4,5 x 40		01	
Parafuso Esponjoso Rosca curta 6,5 x 60		01	
" 6,5 x 65		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Parafuso Grande Vrag 4,5 - Lado: 363 - DV: 21/05/2014
Parafuso Grande Vrag 4,5 Lado: 363 - DV: 21/05/2014

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Ex pietate huius D

Folha de Tratamento e Evolução

OK!

OK

NABOQ. 01405531
210 mi ONY 611 / 155 / 14000000
 Nome do infido: 21199 Temp. _____
 Nome Terminal, _____ Pag. _____ Temp. _____
 Data: 010 05 14 Responsável: Samuel

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) <i>Marc Cleudine</i>	Alojamento) (Leito) 2	Convênio)
---------------------------------	----------------	-----------	------------

[illegible]

[illegible]



GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

Ex. físico normal

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Maria Clara

Alojamento) 1

Leito) 2

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
04/05	1) Dor de Lado, VD						# Dor de Lado + Paciente em tratamento, sem melhor condição.
	2) Dexametasona 0,5mg, EV, 08h						
	3) SFO 90% 500ml, EV, 08h						
	4) Clonidina 0,1g, EV, 08h						
	5) SVO + CCA						
							Cl. DVP Paciente em tratamento. de hospitalização.
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria Médico - 21519 CREMEC - 12015 CRM - PB 7961
							Dr. Edson José de Faria



Diagnóstico

Ex de Plata liberal

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	<u>Maria Claudia</u>	Alojamento)	<u>1</u>	Leito)	<u>2</u>	Convênio)	
-----------	----------------------	-------------	----------	--------	----------	-----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
2/05/14	(1) Dado livre, V.O.	12	14	16	Paciente evolui satisfatoriamente, sem queixas clínicas, sem alterações cardiorrespiratórias. C.V.Pn
(2) Dado livre, 20ml + 8ml AD, E.V. 6/6h		12	14	16	
(3) SFO 97, 500 ml, E.V. 8/8h		12	14	16	
(4) Dado livre, 20ml + 8ml AD, E.V. 8/8h		12	14	16	
(5) SFO 97 + 666g		12	14	16	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente <i>Ma Plancha Santana de Souza</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>07/05/12</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Wm. Anselmo</i>	1º Auxiliar <i>Wm. Jessor RZ</i>	
2º Auxiliar <i>Wm. Janylla RZ</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura de platô tibial</i>		
Tipo de Operação <i>fixação de fratura de platô tibial</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>Sim - Intensificadores de imagens</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em decúbito dorsal, sob efeito da anestesia
2) Aplicação de garoto em MID
3) Exame e antissepsia
4) Exposição de campos estéril
5) Incisão em face medial da parte proximal de perna a) a dissecção por planos e redução cruenta da fratura b) confirmação da redução anatômica do planal. t. tibial com auxílio de intensificadores de imagens
6) fixação da fratura com placa e parafusos
7) Incisão de face lateral de parte proximal de perna a) a dissecção por planos + redução cruenta da fratura do planalto lateral + verificação da redução anatômica do platô tibial c) auxílio de intensificadores de imagem + fixação c/ placa e parafusos
8) Sutura por planos e curativo

Mod. 018



Folha de Tratamento e Evolução

Diagnóstico

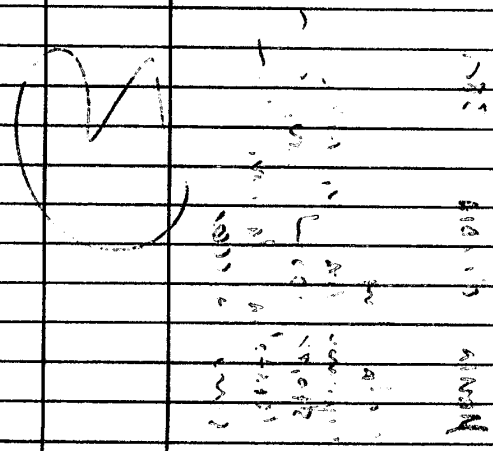

Paciente)	Maria e Maria	38a	Alojamento)	Leito)	4 - 2	Convênio)
-----------	---------------	-----	-------------	--------	-------	-----------

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	ASSIS
							<p>Pct e mantêm-se estável, EG Reg, comente o orientado, enfneica, normocorada, hidratada, acutamb bem a dor, eliminação renal: intestinais +, AVP em MLC. segue sem guias a MCPM</p> <p><i>Teixeira</i> ENFERMEIRO CORE-UPB 1400</p>	
02-05	17hs				110/70mmhg			
14								

CPM
Teise Põhine Mõra
EX-100
CORE-100

02-05	17hs
<u>14</u>	

$$\frac{150}{70 \text{ mm.hg}}$$


Diagnóstico

Sección de Plata lateral D

Folha de Tratamento e Evolução


Paciente)	Maria Claudete 38 anos	Alojamento)	7	Leito)	2	Convênio)
-----------	------------------------	-------------	---	--------	---	-----------

[illegible]

WICHITA



Paciente) Maria Claudy - 38 anos

Data	Prescrição Médica	
28/04/14	32 Taba Luvu 23 SF 0,9, 500mg, EV 8/8h 32 Tobramicina 2mg, EV 6/6h 42 cefazolina 0,2g, EV 8/8h 53 Filad 20mg, EV 12/12h 63 Ampicilina 1000mg, EV 8x/dia 72 Dexamet 9mg, EV, 8/8h 82 SSVT CC 6Gs.	18 18 14 12 18 14
		
	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	
1		

F_x plots tabed

~~92~~
~~047~~

Alojamento)	Leito)	Convênio)
✓	✓	

Horário		Evolução Médica
21	06	<p>Bomente evolui satisfatoriamente, sem alterações de exame neurológico. Sinais de melhora da linguagem.</p> <p><i>CF</i></p>
22	06	
23	06	
24	06	
25	06	



ASSIS	Observações Enfermagem	Diurese	PA	R	P	T	Hora	Data
	Rte em EEE, condutor.						08:00h	29/09/14
	DEBILIDADE, ALCIA EM A							
	ALTA, QUIXIS E EULUNOSES							
	VEGUE - TONCOTUMS NORMAIS							
	SONO E RESPOSTA FREQUENTE							
	NORMOTONADO. SECURE EM							
	QUERXAS, MCM E 38 00							
	QUANTO A COADUPE DEUTER							
	MAGEH							
	PROJUNTA F. DE SILVA							
	2002.09.08.0002							



Diagnostico -

F. x da Saúde Pública

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Maria Claudio - 38 Acomodamento) 1 Leito) 2 Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
30/04/14	30 Duto Lora.				Paciente atendida com Sinais vitais e sem alterações em exame físico.
	31 SE, 0.9%, 500ml, EV, 8/8h	16	18	20	
	32 Dalpura, 2ml, EV, 8/8h	14	18	20	
	33 Dalpura, 0.2g, EV, 8/8h	14	18	20	
	34 Tiotil, 200mg, EV, 12/12h	14	18	20	
	35 Dalpura, 40mg, EV, 2x/dia	14	18	20	CF
	36 Dalpura, 0.2g, EV, 8/8h	14	18	20	
	37 55 VV + 66 Gs.	14	18	20	
					CF
					CF
					CF
					CF
					CF



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE

5ª VARA CÍVEL

0819493-40.2017.8.15.0001

AUTOR: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos etc.

Na presente demanda envolvendo cobrança de seguro DPVAT observa-se que as partes autora e ré não possuem domicílio nesta Comarca assim como o acidente não ocorreu nesta jurisdição.

A Súmula 540 do STJ assenta que “na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu”.

Nesse quadro, e observando o comando da referida súmula, houve indevida escolha aleatória do foro pela parte autora, o que, sem dúvidas, viola as regras de competência, bem assim o princípio do juiz natural, previsto no art. 5º, inc. LIII, da Constituição Federal.

De acordo com o relato da inicial o domicílio da parte autora é na cidade de **Riacho de Santo Antonio/PB** e o acidente ocorreu no mesmo município.

Por sua vez, a seguradora ré não possui matriz nesta cidade de Campina Grande.

A respeito do domicílio da pessoa jurídica dispõe o art. 75, IV do Código Civil que “quanto às pessoas jurídicas o domicílio é (...) das demais pessoas jurídicas, o lugar onde funcionarem as respectivas diretorias e administrações, ou onde elegerem domicílio especial no seu estatuto ou atos constitutivos”.



O fato da seguradora promovida possuir escritório nesta cidade não altera a regra que fixa o seu domicílio como sendo o local de sua matriz, até porque a exceção trazida pelo art. 75, §1º do CC dispõe que “tendo a pessoa jurídica diversos estabelecimentos em lugares diferentes, cada um deles será considerado domicílio para os atos nele praticados”.

Assim, o fato da seguradora possuir escritório em Campina Grande só pode ser levado em consideração para fins de se considerar seu domicílio quando no processo se discute atos praticados no referido estabelecimento, o que evidentemente não é a hipótese dos autos.

Então, o autor só poderia ter optado pelas Comarcas de seu domicílio (**Boqueirão/PB**), do local do acidente (**Boqueirão/PB**) ou do local da matriz da seguradora e nenhuma outra para ajuizar a presente demanda.

Muito embora cuide-se de competência relativa, admissível a declaração de incompetência de ofício pelo Juiz, pois é dever do Poder Judiciário agir sempre em consonância com as normas e com a finalidade a que elas se propõem.

Destarte, a propositura do feito em Comarca distinta do domicílio do autor, local do acidente, ou local onde a ré possua sede, sem referência alguma de justificativa que indique motivo juridicamente admissível capaz de beneficiar o autor, viola o princípio do juiz natural, até porque, não é dado às partes escolher, de forma aleatória, em qual foro terá julgamento o litígio, devendo ser atendidos os critérios definidos previamente em lei.

Portanto, apesar do contido na Súmula 33 do STJ, no caso dos autos, a escolha do juízo deu-se de forma estranha ao ordenamento jurídico, não recaindo sobre nenhum dos foros possíveis e passíveis de escolha, restando possível ao Juiz singular o declínio de ofício da competência, em razão da afronta direta ao princípio constitucional do juiz natural.

Isto posto, declino da competência e determino a remessa dos autos para a Comarca de **Boqueirão/PB**, onde o autor possui domicílio, o que facilita, inclusive, seu comparecimento aos atos judiciais, inclusive perícia, quando necessário.

Intime-se.

Passado prazo para recurso voluntário sem que se tenha qualquer notícia de irresignação, remetam-se os autos via PJ-e, caso já funcione nesse sistema aquele Juízo. Do contrário, converta-se em físico e encaminhe-se por malote digital ou correios, dando-se baixa neste, em seguida.

Campina Grande, 13/11/2017

MAX NUNES DE FRANÇA

Juiz de Direito





Intimo da decisão ID 10784340





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Boqueirão

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0819493-40.2017.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc...

Considerando redistribuição para o presente juízo, bem como o tempo já decorrido, intime-se a parte autora para informar se ainda tem interesse no prosseguimento do feito. Prazo de dez dias

BOQUEIRÃO, 12 de novembro de 2019.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Boqueirão

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0819493-40.2017.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc...

Considerando redistribuição para o presente juízo, bem como o tempo já decorrido, intime-se a parte autora para informar se ainda tem interesse no prosseguimento do feito. Prazo de dez dias

BOQUEIRÃO, 12 de novembro de 2019.

Juiz(a) de Direito



EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE
BOQUEIRÃO, PARAÍBA.

PROCESSO Nº 0819493-40.2017.8.15.0001

MARIA CLÁUDIA SANTANA DE SOUZA, já qualificada nos autos do processo em epígrafe, que move em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, igualmente qualificada nos autos, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por seu procurador, ao final, assinado, em função do despacho *retro*, **SALIENTAR QUE POSSUI INTERESSE NO PROSSEGUIMENTO DO PRESENTE FEITO.**

Assim, requer o prosseguimento do mesmo até seus ulteriores termos.

Termos em que, Pede **DEFERIMENTO**.

Boqueirão-PB, 19 de novembro de 2019

ESAU TAVARES DE MENDONÇA FARIAS E ARAÚJO

OAB-PB 17.815





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Boqueirão

Rua Amaro Antônio Barbosa, nº 30, Bairro Novo – CEP 58.450-000

Fone/Fax (83) 3391 2329

Processo n.º: 0819493-40.2017.8.15.0001

Assunto: [SEGURO]

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Parte Autora: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

Parte Ré: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Defiro benefício da justiça gratuita (art. 98, CPC).

De acordo com o art. 334 do CPC, quando a petição inicial preencher os requisitos e não for o caso de improcedência liminar, deveria ser designada data para realização de audiência de conciliação ou de mediação, a não ser que ambas as partes manifestem desinteresse pelo ato.

No entanto, considerando os princípios fundamentais que regem o direito processual civil moderno, especialmente a duração razoável do processo, entendo que, no caso dos autos, a conciliação é improvável, razão pela qual a realização da citada audiência neste momento somente contribuiria para o atraso na marcha processual.

Ademais, na exordial, a parte autora manifesta o desinteresse na composição.

Assim, deixo de designar a audiência de conciliação, sem prejuízo de fazê-lo adiante, se a medida se mostrar adequada para abreviar o acesso das partes à melhor solução da lide.

Destarte, **cite-se** a promovedora por carta (AR) para, querendo e no prazo legal, apresentar contestação, sob pena de revelia (arts. 231, I, 246, I, 335, III, e 344, CPC).

Boqueirão/PB, 13 de fevereiro de 2020.



FALKANDRE DE SOUSA QUEIROZ

Juiz de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE BOQUEIRÃO

Processo nº 0819493-40.2017.8.15.0001

AUTOR: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

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

CERTIDÃO DE CITAÇÃO

Pelo presente, fica(m) o(s) destinatário(s) intimado(s), via sistema, do inteiro teor do(a) **despacho/decisão/sentença** vinculado(a) a este termo.

DESTINATÁRIO(S): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Boqueirão/PB, 19 de março de 2020.

De ordem, ROBSON DE QUEIROZ CAVALCANTI.

Técnico(a) Judiciário(a)

