

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 952.839 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 11 FEV 2000

NOME MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA

José Alves da Costa

FILIAÇÃO Francisca Henriques da Costa

NATURALIDADE Barra de Santa Rosa-PB DATA DE NASCIMENTO 02/01/1962

Cert.Cas. Nº4.037 Fls.35 Liv.B.13

DOG ORIGEM

CPF 485.360.324-72

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011753516565

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0040665701-7 00/00000000 2014

NOME
FERNANDO CIRINO DA SILVA

CPF / CNPJ
27746847811

PLACA
OFB4799/PB

PLACA ANT. / UF
NOVO PB 9C2KC1670CR459695

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI 2011 2012

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA PAGO EM 01/10/2014 1ª
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª
***** 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 01/10/2014

OBSERVAÇÕES
A.F. AYMORE CRED. FINANC. E INVEST. SA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
REST. BEN. TRIBUTARIO 0

ALAGOA NOVA - PB

35351



Rodolfo Augusto de Carvalho Costa
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

DATA
01/10/2014
14761

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011753516565 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 DATA EMISSÃO
2014 01/10/2014

VIA 1 CPF / CNPJ 27746847811 PLACA OFB4799/PB

RENAVAM 00406657017 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2011 9 9C2KC1670CR459695

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
***** SEGURO P A G O

S PAGAMENTO DATA DE PAGAMENTO
COTA ÚNICA PARCELADO 01/10/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

14761-1453198-20141001

JUL / 2014





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOA
CENTRO - ALAGOA NOVA -

OCORRÊNCIA Nº 000384/18

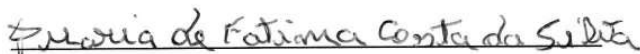
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000384/18 registrada em 17/09/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de setembro do ano de 2018, nesta cidade de ALAGOA NOVA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOA NOVA, quando encontrava-se presente a Bela. MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 13:20 horas, compareceu a Sra. MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA, com 56 anos de idade, filha de JOSE ALVES DA COSTA e FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BARRA DE SANTA ROSA - PB, Casada, escolaridade Superior Completo, profissão APOSENTADA, portadora da Cédula de Identidade Nº 952839, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 48536032472, residindo à rua DOMINGOS VARJÃO, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

QUE seu marido de nome CARLOS AUGUSTO DA SILVA estava trafegando com sua motocicleta de marca HONDA CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, ANO 2011 / 2012, PLACA OFB 4799/ PB, CHASSI 9C2KC1670CR459695, REGISTRADA EM NOME FERNANDO CIRINO DA SILVA e sua pessoa estava na "garupa" da mesma; QUE ao subir uma ladeira no Bairro do Multirão nesta cidade proximo ao posto de saude daquele Bairro, perdeu o equilobrio do seu corpo e caiu ao solo; QUE ao cair machucou o pé direito, sofrendo ferimentos graves; QUE passou por cirurgia no Hospital de Trauma na Cidade de Campina Grande - PB. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

ALAGOA NOVA, Segunda-feira, 17 de Setembro de 2018


MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Declarante


THIAGO BRANDAO

Escrivão





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

M^a Janyra S. Rebel

Ex celênto @

alta da ottopedia

4
10
18

Artes de Arquivo
th

MOD. 001

/ /
Data

Médico



CARLOS AUGUSTO DA SILVA
RUA DOMINGOS VARIJAO, 131 - CENTRO
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AQ: 71)

Emissão: 11/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-800
Roteiro: 5 - 77 - 815 - 7800 Nº medidor: 00000048404

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.086.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.117.296
Cód. parâ Ddb. Automático: 00002415792

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

Conta referente a **Set / 2018** Apresentação **11/09/2018** Data prevista da próxima leitura **10/10/2018** CPF/ CNPJ/ RANI **971.960.682-7**

UC (Unidade Consumidora): **5/241579-2**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/08/18	34157	11/09/18	34309	1	152	29
Demonstrativo						
CCI - Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$)	Base Calc. Pto(R\$)	Cófigs(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	Pto/Cofins(R\$)	(0,8069%) (2,7164%)
0801	Consumo em kWh	152,000	0,780570	118,84	118,84	27
0801	Adic. B. Vermelha	11,09	11,09	27	32,03	118,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					0,95	4,41
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PUBLICA	3,11	0,00	0	0,00	0,00
					0,08	0,41
					0,00	0,00
					0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do Item		TOTAL:	132,84	129,73	35,02	129,73
					1,04	4,82

Média últimos meses (kWh)
185

VENCIMENTO
18/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 132,84

Histórico de Consumo (kWh)

182 | 183 | 184 | 202 | 187 | 176 | 212 | 185 | 183 | 189 | 178 | 171
Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18

RESERVADO AO FISCO

47ad.3430.5aae.4740.2f0b.705f.a7ee.fcf1.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,64	1,81	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	25,88		220
DIC ANUAL	3,48	1,00	CONTRATADA
FIC MENSAL	8,87		LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	13,95		202
FIC ANUAL	3,80	1,61	LIMITE SUPERIOR
DMIC	12,22		231
DICRI			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	28,39	21,62
Compra de Energia	48,50	36,51
Serviço de Transmissão	4,50	3,39
Encargos Setoriais	8,88	6,69
Impostos Diretos e Encargos	43,99	33,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	132,84	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 47,18

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário-Vigência: 28/08/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário-Vigência: 28/08/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 16,75% Médio

Faturas em atraso





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190198505

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002655-7

Conta: 00000160283-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROCURAÇÃO

Outorgante: MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, brasileira, casada, aposentada, portadora da cédula de identidade nº 952.939 SSP/PB, inscrita no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 485.360.324-72, residente e domiciliado na Rua Domingos Varjão, 131, Centro, Alagoa Nova/PB, CEP: 58125.000.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 06/05/2019.

Maria de Fátima Costa da Silva

Assinatura do outorgante



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

For calculation (D)

(caudex + apud)

Paciente	Mama de feitura.	Alojamento	Leito	614	Convênio	
----------	------------------	------------	-------	-----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/06	Diet. Lue c/ 100PA SF 0,9%, 1500ml p/24h Difinim - 500mg EV 6/6h Vit K 1mg + 100 EV 12/12h Traum 100g + 100 ml SF EV 8/8h Nandrona 0,16A EV 8/8h - 5L SN Amph + 40g EV 8h Smg + 400g EV 8h Cauda 600g EV 6/6h HOLLISON EDUARDO de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CTE 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	Admissão Trauma p/ moto há ± 2h c/ deformidade + edema sem calcificação (P) Neq alongs Neq comorbidades cel. Ao Baco curv p/ Recurv curv Ven HOLLISON EDUARDO de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
29/06	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643	Ev 13, 2470cc, Ev 0. cl 1300cc Ev 13, 1175 + 1175 q perito Amb.



Nome do Paciente <i>Manoel de Faria</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>27/06/19</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. João Paulo</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Frnt + avulsão de tendão de aquiles</i>			
Tipo de Operação <i>Redução + Fixação</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>SIM</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1) Act + DDH</i>
<i>2) Anestesia + Antidopamina</i>
<i>3) Campos operatórios</i>
<i>4) Abordagem Posterior + Redução</i>
<i>5) Backhaus</i>
<i>6) Lavagem com Marfan 30</i>
<i>7) Mosch. tático por parte de quadril</i>
<i>8) Mosch. tático</i>
<i>9) Sutura</i>
<i>10) Sutura</i>

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA DO LE - LHO
CRM-PB 9601







Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Maria de Fátima Costa de Silva	Idade:	56 anos
Convênio:		Data:	24/06/18
Procedimento:	Frat + anexo de tórax de aqueles		
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Leonardo
Início:		Término:	Anestesia: Raquel

[illegible][illegible]

Observações:
Anest II
Azev
Assinatura Anestesista
Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		


Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Maria de Fátima Costa da Silva				 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	Sala 04	SUS	56	4679989		
CIRURGIA		Hto quimico faturado de tendo de caules redução de 2000 Paulo				
ANESTESIA		ANESTESIA				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		24.06.2018	19:30	20:40		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		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	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	01	Mononylon 9.0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
03	Dipirona amp.		Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvax 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		PVPI Degemante 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	
	Medrotrinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Suptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
03	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática			
03	Sondagem		Sonda Uretral nº	03	utilizado 3,5 MA	
01	Sondagem		Sterydrem ml		parafuso	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	03	fios de Kitchinmel 9.5	
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
01	Agulha p/ raque nº					
	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon.					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS () Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar () Serra () Eletrocautério () Desfibrilador () Oxícapígrafo () Foco Frontal () Cardiomonitor () Fonte de Luz () Perfurador Elétrico		

Anielle Campos de Araújo Oliveira
CIRCULANTE RESPONSÁVEL
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PB 397289

MOD 066



8103.20.153

₹ 10

10

10

26

10

29

100

CC

18



HO

15

10

780

Всего 60

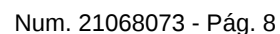
28 continued to diff. 60

omibitiravlo 60

Tratado 20

10

21/12/16





0255

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

GNP-J: 26.296.089/0001-79

$K_{mergich} = \frac{1}{2} \frac{1}{1 + \frac{1}{2} \frac{1}{1 + \frac{1}{2} \frac{1}{1 + \dots}}}$

7	750	750
7	750	750
7	750	750

76 / 06 / 18 Procedimento:

Convênio: 5015

Circulante: 51045207

Materiais Utilizados

Quant.	Nomeclatura	Código
02	PARAFUSO ESPONSO	Nº 35

de 20 18

Médico Responsável







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	Miguel F. Silva										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:

Carimbo e Assinatura do Médico

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM
24/06/18

EXAMES SOLICITADOS:

R-X tny @ Rntf
R-X axnf calcaneo

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

24/06/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Adilson Barros de
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 1562

Carimbo e Assinatura do Médico

002







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Mário de Fátima										PRONTUÁRIO:	776	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:					
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐											
DADOS CLÍNICOS:													
RAIO X REALIZADO EM: 24/06/18													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:													
R-X tng D Al / Ref													
URGÊNCIA:	☐			ROTINA:	☐			Hallisson Carlos de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 20.250					
DATA:	24/06/18			HORA DA SOLICITAÇÃO:									
Carimbo e Assinatura do Médico													



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/05/2019 22:30:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050922304341600000020487334>

Número do documento: 19050922304341600000020487334

[Illegible text in the main body of the document]



Data da internação: 24/06/2018 Hora: 17:58:08

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA				1679945	
7 - CARTÃO DO SUS 708101532693930		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/01/1962		9 - SEXO Masc ☐ Fem ☒	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA				11 - TELEFONE DE CONTATO 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) DOMINGOS VARJAO, 33, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250040		15 - UF PB	
				16 - CEP 58125000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma p/ motor de elevador + deformidade em calcâneo					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) R X calcâneo					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fr calcâneo		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 706500355121696	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/06/2018		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			



+ envio de e-mail para o juiz
1ª) (circunscrito) no estado de São Paulo

de acordo com o juiz

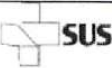
em 14 de maio

2ª) (circunscrito) no estado de São Paulo

3ª) (circunscrito) no estado de São Paulo



Data da internação: 24/06/2018 Hora: 17:58:08

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA				1679945	
7 - CARTÃO DO SUS 708101532693930		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/01/1962		9 - SEXO Masc ☐ Fem ☒	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) DOMINGOS VARJAO, 33, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250040		15 - UF PB	
				16 - CEP 58125000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>trauma p/ motor de colmeia + deformidade com edema</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura</i>					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706500355121696	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE HALLISSON BARROS DE ALMEIDA				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/06/2018	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Hallisson Barros de Almeida</i> FISIOTERAPIA E TRAUMATOLOGIA					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		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 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	maria de Fatima Costa da Silva		
End:	Rua Damascos Vazão 33	Bairro:	Alagoinha
Data de Nascimento:	02/01/62	Documento de Identificação:	
Queixa:	queda	Data do Atend.:	24/06/18
		Hora:	17h
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

meto

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

Detopedu
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
Henrianny da S. Cavalcanti
ENFERMEIRA
REN - PB 754.490

Assinatura e carimbo do profissional



CÓPIA DIGITALIZADA DO ORIGINAL
CONFERE COM O ORIGINAL
26 / 04 / 18
ASS. *Eu*



PREFEITURA DE ALAGOA NOVA



Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Sofia de Castro Costa

CNPJ: 08.700.684/0001-46

Av. São Sebastião, s/n - Fone: (83) 3365-1011
CEP 58125-000 - Alagoa Nova - Paraíba

Paciente: _____

Endereço: _____

*EXAMINAMENTO
DO ORTOPEDISTA*

*boa Maria da Fátima Costa
da Silva, 56 anos, casada, re-
tiro da guarda de uma filha,
Bomfim, 2003, vários outros filhos,
desemprego, exerceu municipali-
dade, EC=15, aproximação de
dependência e limitação de
movimentos em tornozelo
direito.*

*MB-Trauma tornozelo direito
em = Solitário, ~~periférico~~, ~~asas~~
não especializada, para conduta
em caso.*

Obs: o exame não valoriza de Rx

Castro,

24/06/18

Dr. Raissa Monteiro

Secretaria Municipal de Saúde



Amamentar: Educar para vida





GOVERNO DO
PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1679929

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 24/06/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: MARIA DE FATIMA

CEP: 58125000

Nascimento: 02/01/1962

COSTA DA SILVA

Sexo: F

Telefone:

Cidade: Alagoa Nova

Idade: 056

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA

RG:

Nº: 33

Responsável:

CPF:

Profissão: APOSENTADA

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 24/06/2018

CNS: 708101532693930

Motivo: QUEDA DE MOTO

Hora: 17:20:43

CONVÊNIO: SUS

Médico:

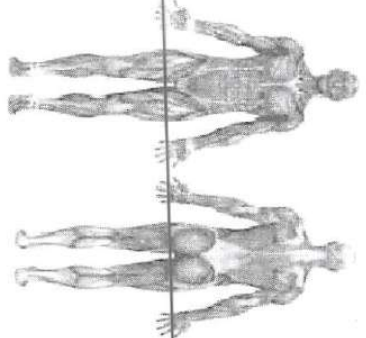
CRM:

Especialidade:

OBS: FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Erifema subcutâneo
10. Estufamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria glomeral Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torçao/paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Perforação
32. Perforação
33. Queimadura
34. Rincorréia
35. Sinais de Isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Trauma torácico em tórax D. pulmão

cd. pulmão Lx

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SAT

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PROSCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PROSCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Coloquio

R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.

Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.

Intime-se a parte autora, através de seu advogado.

O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

JUIZ DE DIREITO

Data e assinatura digital



CITAÇÃO À PARTE PROMOVIDA, POR SEU REPRESENTANTE LEGAL, PARA COMPARECER A AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA **09 (NOVE) DE OUTUBRO DE 2020, pelas 11:00h., no Fórum local**, ficando advertida que o prazo para contestação começará fluir a partir da realização da audiência, no prazo de 15 dias.



**AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA 09 DE OUTUBRO DE 2020, PELAS 11:00H., NO FÓRUM LOCAL.
A PARTE AUTORA DEVERÁ SER CIENTIFICADA DA AUDIÊNCIA ATRAVÉS DO SEU ADVOGADO.**

