

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.10



POLEGAR DIREITO



Glauceira Dias dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2445329

DATA DE
EXPEDIÇÃO

08 JUL 1997

NOME GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO José Carlos dos Santos

Maria Lucia Dias dos Santos

João Pessoa-PB
NATURALIDADE

30.04.1981
DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM

cert. Nasc nº 22.151, fls. 63,
L. A-21, cart. 4º João Pessoa-PB.

CPR

João Pessoa - PB

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: CRISTIAN DA SILVA CAMILO
ASSINATURA DO DIRETOR DE CARVALHO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

044.313.614-99

Nome

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Nascimento

30/04/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Clime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

554960

REFERÊNCIA

DEZ/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JURANDI SOARES DA SILVA

RUA DES MARCOS A RIBEIRO, 6 - CRUZ DAS ARMAS JOAO
PESSOA PB 58086- 110

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.015.020.0193.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y10X397148	26/04/2011	JARD LAC	LIGADO		LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato:

Nome completo: Glauce Dias da Silva
Nacionalidade: PB Profissão: Dober
Estado Civil: Solteira
RG nº: 244.5329 CPF nº: 0541-353.654-99
Endereço: Despatuba Marcos Antonio Ribeiro
Bairro: rua das Armas Cidade/UF: João Pessoa
CEP: 0541-353.654-99
Tel.: 987.225802
Email:

Por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui como seus procuradores: Crístian da Silva Camilo, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 23.705, estabelecidos na Rua João Luís Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa – PB, telefone: 83 9 99851848 a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, (a exemplo de DETRAN, PBPREV, INSS, RECEITA FEDERAL, outros), podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para, em nome do outorgante, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, requerer benefício da justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, nos termos do art. 105 do CPC/2015, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO DE HIPOSUFICIÊNCIA

Declaro que, em razão da minha situação financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da república, da Lei nº 1.060/50 e art. 98 do CPC/2015.

Local e data: 13 de 04 de 2019

Glauce Dias da Silva
Outorgante





VISTO EM: 16 / 04 / 18

[Assinatura]
Comandante do BAPH
Mat. 524.377-7

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

João Pessoa-PB, 21 de abril de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0159/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 05/04/2018, conforme requerimento nº 162/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 17h01min o/a Sr(a) **GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**, CPF Nº 044.313.614-99, vítima de acidente de trânsito (*queda em coletivo*), ocorrido na Rua do Rio, Cruz das Armas – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com dores na região lombar e no membro inferior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, (*[Assinatura]*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

[Assinatura]
JYHARNESON DIEGO A. DE SOUZA
2º TEN / MAT. 527.341-2
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





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GLAUCIA DIAS DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO 30/04/81
NOME DA MÃE MARIA LUCIA DIAS DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1073779
DATA DO ATENDIMENTO 05/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 17:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO CONTUSOES
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO (TORNOZELO, COLUNA LOMBAR)
CID 10 T00

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO,REFERINDO DOR LOMBAR E NO TORNOZELO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE BACIA, RX COLUNA LOMBO-SACRA, RX DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA

RESULTADOS DOS EXAMES:

EXAMES - NORMAIS

TRATAMENTO:

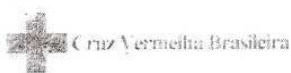
MEDICADO

ALTA HOSPITALAR: 05/04/18
DATA DA EMISSÃO: 13/06/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 18733/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 18733/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DO RIO GRANDE DO NORTE

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

Boletim de Atendimento: 1073779



Identificação do paciente						
ID	Nome		Sexo			
1277617	GLAUCIA DIAS DOS SANTOS		feminino			
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário		
30/04/1981	36 anos 11 meses 3 dias					
Mãe	Pai					
MARIA LUCIA DIAS SANTOS	JOSE CARLOS DOS SANTOS					
Escolaridade	Responsável (Parentesco)					
	ELANNE VARELA DE AGUIAR - OUTRO PARENTE					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo			
83	988868494					
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
RG (IDENTIDADE)	2445329	708606592822184				
Local de procedência	Tipo		UF			
CRUZ DAS ARMAS	BAIRRO		PB			
Email	Naturalidade	CBO/R				
	JOAO PESSOA					
Endereço						
CEP	Município de residência	UF	Logradouro			
58086110	JOAO PESSOA	PB	DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO			
Número	Complemento	Bairro				
06		CRUZ DAS ARMAS				
Admissão						
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio				
05/04/2018 17:59:35	100005164157	SUS				
Especialidade	Clínica					
CIRURGIA GERAL						
Classificação de risco	Origem do paciente					
	RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente				
	PANCADA	OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma			
Não	Não	Não	Não			
Meio de transporte	Quem transportou					
CARRO PARTICULAR						
Sinais Vitais						
PA	x	Pulso	Temperatura			
159	95		36,0 39,1			
mmHg						
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
<i>Lesão por arma de fogo no abdome anterior - comunicação com o Hospital de Referência de João Pessoa - João J. Santiago de Souza Especialista COP 100.000.000</i>						
Diagnóstico						CID



Assinado eletronicamente por: CRISTIAN DA SILVA CAMILO - 21/11/2019 10:16:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110165818700000025501442>

Número do documento: 19112110165818700000025501442

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS		BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS 708...592822184	Telefone de Contato (83) 988868494
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS		Prontuário		
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06		Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA	Profissional ROBERTO PIRES DE ALMEIDA		Nº Cons. Regional 7118/PB
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:10:23		
Anamnese TRAUMA TORNOZELO ESQUERDO DOR E EDEMA RX SEM FRATURAS CD ALTA ORTOPEDIA IMOBILIZAÇÃO SINTOMATICOS AOS CUIDADOS DA NEURO				
Conduta Em observação				

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM-PB 7.118 - RPP 13401

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7118/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/04/2018 18:01:42

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=255664&pesquisa=S&perform=imprimirPrescricao



Assinado eletronicamente por: CRISTIAN DA SILVA CAMILO - 21/11/2019 10:16:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110165818700000025501442>

Número do documento: 19112110165818700000025501442



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS		BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS 708606592822184	Telefone de Contato (83) 988868494
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS		Prontuário		
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06		Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA	Profissional EVERTON SILVEIRA MACEDO	Nº Cons. Regional 11537/PB	
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 18:30:53		

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE PROPRIA ALTURA, TRAZIDA PELOS BOMBEIROS EM PRANCHA RIGIDA.

A: VIAS AEREAS PERVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL

B: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM DIFICULDADES

C: SEM SINAIS DE CHOQUE

D: GLASGOW: 15

E: HEMATOMA EM TORNOZELO ESQUERDO.

QUEIXA-SE DE DOR LOMBAR E EM TORNOZELO ESQUERDO

ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

TORAX INDOLOR A PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL

DOR A MOVIMENTAÇÃO DE BACIA

DOR A PALPAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO, PULSO PEDIOSO PRESENTE

HD: QUEDA, DOR LOMBAR

CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE BACIA, LOMBAR, TORNOZELO ESQUERDO

SOLICITO PARECER DO ORTO E DO NEURO

ANALGESIA

PACIENTE, NO MOMENTO, SEM PATOLOGIAS DA CIRURGIA GERAL

LIBERADO DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF0,9%)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LOMBO-SACRA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ESQUERDA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

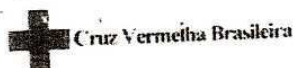
Conduta

Em observação

Everton Silveira Macedo
Residência 11537
Emergência Geral

Relatório registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/04/2018 18:01:42





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS	BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 98868494
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	Motivo PANCADA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Acidente OUTROS	Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35	Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:35:27	

Anamnese

PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DENTRO DE ONIBUS.

SEM RELATO DE TCE.

SEM QUEIXA DE CERVICALGIA

AO EXAME:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

ASIA - E

SEM DEFICITS

RX COL LOMBAR:

AUSENCIA DE LISTESE/FRATURAS

CD: ANALGESIA

OBSERVAÇÃO

Conduta

Em observação

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Ativado em 05/04/2018 18:01:42



Assinado eletronicamente por: CRISTIAN DA SILVA CAMILO - 21/11/2019 10:16:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110165818700000025501442>

Número do documento: 19112110165818700000025501442



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS	BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS 708606592822184
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS			Telefone de Contato (83) 988868494
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 05	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	UF PB
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Nº Cons. Regional 7742/PB	
		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:34:06	

Anamnese

PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DE MOTO.
SEM RELATO DE TCE.
SEM QUEIXA DE CERVICALGIA
AO EXAME:
BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO
ECG 15
ASIA - E
SEM DEFICITS
RX COL LOMBAR:
AUSENCIA DE LISTESE/FRATURAS
CD: ANALGESIA
OBSERVAÇÃO

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)





Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 53031-090

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	05/04/2018 17:59:35
CLAUCIA DIAS DOS SANTOS	1079778		
Data de nascimento	BAE	CNS	70850-6591122754
20/04/1984	Idade 36a 11m 7d	Farmácia	
Mãe			
MARIA LUCIA DIAS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	CRUZ DAS ARMAS	JOÃO PESSOA	PB
		Profissional	At. Cons. Reg. 017978
Acidente	Motivo		
OUTROS	PANCADA	JOÃO LOPES DE SOUSA FILHO	
Data/Hora Classificação			
05/04/2018 17:59:35			

PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DENTRO DE ONIBUS.

ORIENTAÇÕES + ALTA DA NOG

1990

Alta Hospitaler

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

McDONALD
S. VA. HOSPITAL

Date of Birth:
25/04/2016 23:14:22



DR. JOSÉ LOPES
NEUROCIRURGIÃO
Cirurgião de Coluna - CRM / 6676

GRAND JURY FOR SAULTS



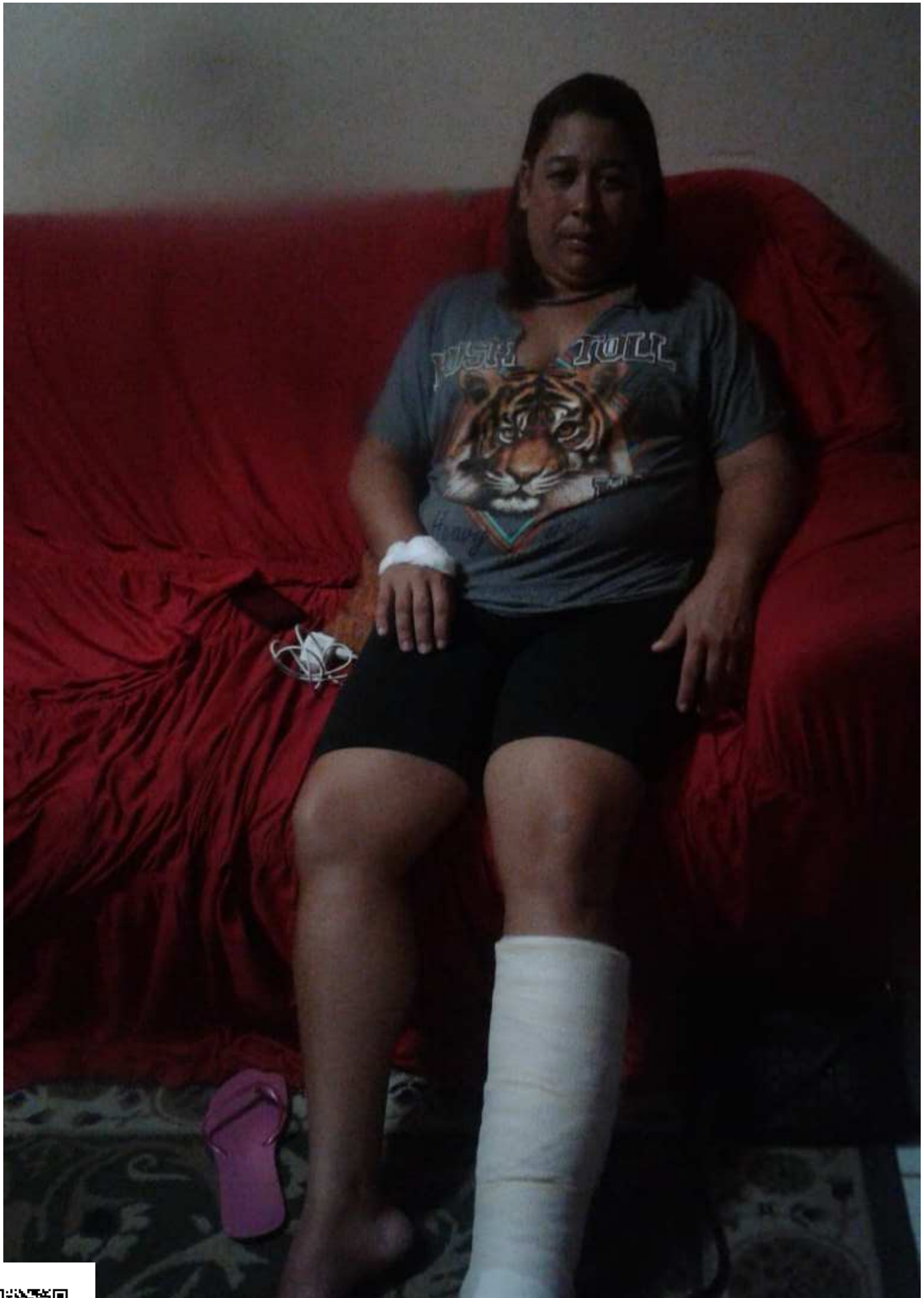






















MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - centro - João Pessoa - PB

Fones: (83) 322-3307 / 3221-3661

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que o Sr.(a) OLAUCIA

DIAS DOS SANTOS foi submetido à tratamento médico nesta data,

por motivo de doença CID Nº S92.6

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de

30 dias (trinta) a partir desta data.

João Pessoa-PB: 02.05.18
Dr. FERNANDES A. R. WILSON
Ortopedista e Traumatologista
CRM 7016 TEST 12347
Assinatura, carimbo e CRM

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr. (a)

a registrar o diagnóstico codificado pela CID ou por extenso neste atestado médico.

Resolução CFM 1819/2007

Assinatura do Paciente ou Responsável





Nome:

P/ Oba na 2ª
do Sator

R/ uso oral

① MIOFLEX A - 0,1g
para 1 q de
HCL

MATRIZ

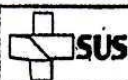
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Dr. Teófilo A. Filho
Otorrinolaringologista
CRM 157.7

02/05/19





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

2 - CNES

2399768

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

CLAUDE MARCOS SANTOS

4 - SEXO

Mas. ☐ Fem. ☒

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RAÇA/COR

9 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

FR. DE MALHADO LATERAL S93V
MOLUPTA DE 20 (LITR)
SÓDIO P/CAUSAS
DE ADM E ANALYT

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

43 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)



Assinado eletronicamente por: CRISTIAN DA SILVA CAMILO - 21/11/2019 10:16:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110165859500000025501431>

Número do documento: 19112110165859500000025501431

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (Evolução)

Nome Completo: Glauco Dias dos Santos Apellido/Nome Social: DN: 30/04/81

SUS: 708 6065 9282 2184

ACS Am Chem Soc

DATA	SOAP
13/02/19	Paciente sofreu acidente automobilístico. Fratura de tornozelo E, passou 1 mês imobilizado (gesso). Já faziam quase 1 ano do ocorrido. Foi avaliada anteriormente pela fisio NUSF, que orientou com massagem de gelo. Continua referindo dor e edema ao andar. O edema aumenta à noite. Ao exame: limitação de todos os movimentos do pé devido à dor. Ligeiro um pouco rígido. Marcha claudicante. Conduta: Compressas de gelo, massagem e alongamentos do pé e tornozelo a fazer exercícios p/ ganhar SPM. Foi encaminhado para curso especializado. Dr. Verônica Moraes B. Lisboa Fisioterapeuta CREFITO - 9872-F

Drª Verônica Moraes B. Lisboa
Fisioterapeuta
CREFITO - 9872-F

SOAP - Subjetivo (queixas e antecedentes), Objetivo (exame físicos, complementares e dados de contra-referência), Avaliação (diagnóstico e problemas) e Plano (orientações e terapias)





PREFEITURA DE
**JOÃO
PESSOA**

MAIS RESULTADOS. VIDA MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO 3063240

NOME Glauucia Dias dos Santos

Paciente avaliada pela fisio-
terapeuta NASF, apresentando
Sequela de acidente automobi-
listico no pé E com déficit
motor, edema e dores ao
movimento. Necessita de
tratamento em serviço
especializado.

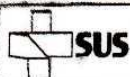
13/02/19

Drª Verônica Moraes B. Lisboa
Fisioterapeuta
CREITO - 9872-F

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CRUZ DAS ARMAS VI

Cruz das Armas VI
CNES 3063259

2 - CNES

3063259

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

João dos Santos

4 - SEXO

Mes. ☐ Fem. ☒

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

740 81606592882184

7 - DATA DE NASCIMENTO

30/04/1981

8 - RAÇA/COR

8.1 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Dep. Luiz A. Ribeiro, nº 06

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

J. J.

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Furo de fura

20 - QTDE

205

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão por acidente no pé E

37 - CID10 PRINCIPAL, 38 - CID10 SECUNDÁRIO, 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Luiz Aguiar V. R.

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/10/18

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. M. da Luz V. L. L.

CRM-PB 1358

43 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

019493816400

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

AUTORIZADO
Diretoria de Regulação - SMS
João Pessoa - PB

24/02/19

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Assinado eletronicamente por: CRISTIAN DA SILVA CAMILO - 21/11/2019 10:16:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110165859500000025501431

Número do documento: 19112110165859500000025501431

Num. 26402354 - Pág. 6



MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - centro - João Pessoa - PB

Fones: (83) 322-3307 / 3221-3661

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que o Sr.(a) OLAUCIA

DIAS DOS SANTOS foi submetido à tratamento médico nesta data,

por motivo de doença CID Nº S92.6

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de

30 dias (trinta) a partir desta data.

João Pessoa-PB: 02.05.18
Dr. Renato Alves A. R. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 7018-TEST 12347
Assinatura, carimbo e CRM

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr. (a)

a registrar o diagnóstico codificado pela CID ou por extenso neste atestado médico.

Resolução CFM 1819/2007

Assinatura do Paciente ou Responsável





Nome:

Olivia Rosa
do Santos

Rx uso oral

① MIOFLEX A - 0,1g
para d 4 de
8/8L

MATRIZ

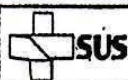
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Dr. Teófilo A. Filho
Otorrinolaringologista
CRM 157.7

02/05/19





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

2 - CNES

2399768

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

CLAUDE MARCOS SANTOS

4 - SEXO

Mas. ☐ Fem. ☒

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RAÇA/COR

9 - ETNIA

10 - NOME DA MÃE

11 - DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - DDD

15 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

22 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

23 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

FX de malleolo lateral S93.1
Mecanismo de 20 (cm)
Sedação p/ exames
de AR e Análise

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

44 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

49 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)



Assinado eletronicamente por: CRISTIAN DA SILVA CAMILO - 21/11/2019 10:16:59

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112110165882300000025501432

Número do documento: 19112110165882300000025501432

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (Evolução)

Nome Completo: Glauco Dias dos Santos Apellido/Nome Social: DN: 30/04/81

SUS: 708 6065 9282 2184

ACS Am Chem Soc

DATA	SOAP
13/02/19	Paciente sofreu acidente automobilístico. Fratura torçãõ do C, passou 1 mês imobilizado (gesso). Já faziam quase 1 ano do ocorrido. Foi avaliada anteriormente pela fisio NSSF, que orientou com presa de gelo. Continua referindo dor e edema ao andar. O edema aumenta à noite. Ao exame: limitação de todos os movimentos do joelho devido à dor. Ligeiro joelho rígido. Marcha claudicante. Conduta: Compressa de gelo, massagem e pontos de gel. Iniciar a fazer exercícios p/ ganhar ADM. Foi encaminhado para curso especializado. Dr. Verônica Moraes B. Lisboa Fisioterapeuta CREFITO - 9872-F

Dr. Verônica Moraes B. Lisboa
Fisioterapeuta
CREFITO - 9872-F

SOAP - Subjetivo (queixas e antecedentes), Objetivo (exame físicos, complementares e dados de contra-referência), Avaliação (diagnóstico e problemas) e Plano (orientações e terapias)





PREFEITURA DE
**JOÃO
PESSOA**

MAIS RESULTADOS. VIDA MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO 3063240

NOME Glauucia Dias dos Santos

Paciente avaliada pela fisio-
terapeuta NUSF, apresentando
Sequela de acidente automobi-
listico no pé E com déficit
motor, edema e dores ao
movimento. Necessita de
tratamento em serviço
especializado.

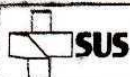
13/02/19

Drª Verônica Moraes B. Lisboa
Fisioterapeuta
CREITO - 9872-F

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CRUZ DAS ARMAS VI

CRUZ DAS ARMAS VI
CNES 3063259

2 - CNES

3063259

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

João dos Santos

4 - SEXO
Mes. ☐ Fem. ☒

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

740 81606592882184

7 - DATA DE NASCIMENTO

30/04/1981

8 - RAÇA/COR

8.1 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R - Jap. Novo A - Pitúma, nº 06

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

J. J.

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão por acidente no joelho

37 - CID10 PRINCIPAL, 38 - CID10 SECUNDÁRIO, 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Luiz Aguiar V. Dias

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/10/18

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. M. da Luz V. L. L. L.

C.R.M.-PB 1.558

43 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

019493816400

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

AUTORIZAÇÃO
Diretoria de Regulação - SMS
João Pessoa - PB

24/02/19

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Gloria Dias dos Santos

RG: 244532903

CAUO

PACIENTE APRESENTA O CID 10:

T93.2 NO TUMOREÇO ES-
QUERDO DO ARTERIAL AUTOM-
BILÍSTICO, COM DEX, LIMITES
EXT + FUNCIONAR E EDEMA
REFRATARIO NO TUMOREÇO
DO DIA, PÓS + FRATURA E EN-
TÃO DO MÚSCULO LATERAL

SEM ATENDIMENTO DE
OCEASIA.

27

08

CH

Dr Djalma Bento Junior
CRM 3874
Clínica Traumatológica

O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel



FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (Evolução)

Nome Completo: Glauco Dias dos Santos Apellido/Nome Social: DN: 30/04/81

SUS: 708 6065 9282 2184

ACS Ana CSMOSV

DATA	SOAP
3/02/14	Paciente sofreu acidente automobilístico. Fratura torácica E, passou 1 mês imobilizado (gesso). Já faz um ano do ocorrido. Foi avaliada anteriormente pela fisio NASF, que orientou com massagem de gelo. Continua referindo dor e edema ao andar. O edema aumenta à noite. Ao exame: limitação de todos os movimentos do joelho devido à dor. Ligeiramente rígido. Marcha claudicante. Condição: compressa de gelo, massagem e profundidade gel no dor e orientada a fazer exercícios pl. com o SPM. Foi encaminhada para serviço especializado. Drª Verônica Moraes B. Lisboa Fisioterapeuta CREFTO - 9872-F

Drª Verônica Moraes B. Lisboa
Fisioterapeuta
CREFITO - 9872-F

SOAP - Subjetivo (queixas e antecedentes), Objetivo (exame físicos, complementares e dados de contra-referência), Avaliação (diagnóstico e problemas) e Plano (orientações e terapias)





FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (Evolução)

P. Ana - 53

Nome Completo: Glaucia Dias dos Santos

Apelido/Nome Social: _____

DATA	SOAP
19/05/2017	Paciente atendida na USF ao chegar com queixas de dores nas pernas, inchaço e câimbras em panturrilhas. Relata que teve um infarto e tem história familiar de AVC. Já foi encaminhada para o médico vascular com urgência, pois suspeita-se de tromboembolismo. Ao exame verificou-se inchaço nas panturrilhas, aspecto avermelhado e endurecido. Foi dada orientação de repouso até que se tenha diagnóstico definitivo. PA: 140x100 mmHg. Mirela Marcelino Mirela Ferreira Marcelino CREFITO - 207515 - F
06.05.17	Paciente quem, atendida na USF chegou com indicação de Fisioterapia para <u>reabilitação do membro inferior esquerdo</u> com queixas de dores e edema no tornozelo relata ainda que a <u>valvulopatia</u> ocorreu há 3 meses. <u>Durante inspeção verificou-se edema na região malar, no calcanhar e dorso do pé esquerdo e dores ao caminhar após o tempo no chão e a palpitação.</u> Conduta: <u>Orientar sobre a marcha: eutrofia.</u> Encaminhado para a fisioterapia de clínicos - exceto para a mesma paciente. Oriento retorno. Renata de Almeida Chaves Fisioterapeuta CREFITO 142121F
18.02.19	Pac com ferimento (furada c/ prego) causada por DT + Hep B. Fazendo uso de Ibuprofeno Dra. Odete Ferreira Enfermeira COREN-PE 1088
18.02.19	Wundycorow de Borsos 120x80 mm 1/4. Paciente em uso de insulina + Desobin

SOAP - Subjetivo (queixas e antecedentes), Objetivo (exame físicos, complementares e dados de contra-referência), Avaliação (diagnóstico e problemas) e Plano (orientações e terapias)
USO DE LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Dr. M. da Luz A.V. Leal
CRM-PB 1088





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

2 - CNES

2399768

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

CLARA MARCOS SANTOS

4 - SEXO

Mas. ☐ Fem. ☒

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RAÇA/COR

9 - ETNIA

10 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

18 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - QTD

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - QTD

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - QTD

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - QTD

32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

33 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

35 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

36 - CID10 PRINCIPAL

37 - CID10 SECUNDÁRIO

38 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

39 - OBSERVAÇÕES

FRATURA MALUCLO LATERAL S93V
MOBILIZAÇÃO DE 20 (vinte) dias
Sessão P/Exames
de Am e Análise

SOLICITAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

43 - DOCUMENTO

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

CRIM 7812 TEST 1234

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Cód. Órgão Emissor

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (Evolução)

P. Amc - 53

Nome Completo: Glaucia Dias do Santos

Apelido/Nome Social:

DATA	SOAP
19/05/2017	Paciente atendida na UBS ap. chegou com queixas de dores, inchaço e câimbras em pantufalhas. Relata que teve pri. imposto e tem história familiar de AVC. Já foi encaminhada para o médico vascular com urgência, pois suspeita-se de tromboembolismo. Ao exame verificou-se inchaço nas pantufalhas, aspecto avermelhado e endurecido. Foi dada orientações de repouso até que se tenha diagnóstico definitivo. PA: 140x100 mmHg. Mirela Marcelino ; Demétrius Coelho Mirela Pereira Marcelino ; Demétrius Coelho CREITO - 207515 - F Fisioterapeuta 225258 - F
08.05.17	Beate foi em alçada na UBS chegou com dor na região de Fisioterapia para fratura do manguito lateral esquerdo, com queixa de dor e edema no tornozelo relatou que a fratura ocorreu há 2 meses. Durante exame verificou-se edema na região manguito no calcâneo e dor no pé esquerdo e dor no calcâneo após caminhar e a palpção. conduta: Orientação de marcha; fisioterapia; Encaminhado para o médico de fisioterapia de clínica ortopédica para o mesmo avaliar. Orientação sobre... Rosângela Costa Kerlinda de Moura Costa Fisioterapeuta CREITO 142121F
19.08.19	Pac com ferimento (ferada c/ prego) na comunidade DT + Hep B. Fazendo uso de Ibuprofeno Dra. Orlene Ferreira Enfermeira COREN-PE 100000
18.02.19	Wendecorow de Barros 120x80 mm Hg Paciente com dor no tornozelo + dor no pé

SOAP - Subjetivo (queixas e antecedentes), Objetivo (exame físico, complementares e dados de contra-referência), Avaliação (diagnóstico e problemas) e Plano (orientações e terapias)

Dr: M^{te} da Luz A.V. Leal
CMM-PB 1089





FICHA DE EVOLUÇÃO

04/30/2018

Cláudio, Vitor da Silva

NOME: 108606592822184 / R. Vitor Vitor da Silva PRONTUÁRIO

ANO

DATA	HISTÓRICO / EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RUBRICA
28/12/17	99000007 25 mg - 30 mg - 1x dia basal 25 mg - 30 mg - 1x dia basal 25 mg - 30 mg - 1x dia			
07-03-18	207 de febre e dor de cabeça Gastrite e dor nos músculos Gastrite e dor nos músculos			
20-03-18	Controle de Vite - 10 mg - 1x dia			
25-04-18	Gastrite e dor nos músculos Gastrite e dor nos músculos			
15/07/18	Prescrição hipotensão			
19/07/18	Prescrição de antiácido e controle			
23/08/18	Prescrição de antiácido e controle			
27-08-18	Prescrição de antiácido e controle			
05-10-18	Prescrição de antiácido e controle			
02-11-18	Prescrição de antiácido e controle			



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250984/19

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

CPF: 044.313.614-99

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2018

Titular do CPF: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CIRNE ARAGAO : 885.178.454-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS : 044.313.614-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190444857

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: ADRIANA CIRNE ARAGAO
CPF: 885.178.454-04

ADRIANA CIRNE ARAGAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Gláucia Dias dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Gláucia Dias dos Santos 6 - CPF: 044.313.614-99
7 - Profissão: diarista 8 - Endereço: Rua Des. Marcos A. Ribeiro 9 - Número: 06 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Animas 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-110
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 38757 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 30 AGO 2019

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital no
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB, 23/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

12010





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, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190508058

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14914763





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, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190508058

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000038757-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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





Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0875536-40.2019.8.15.2001

AUTOR: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

O valor da causa deve corresponder ao proveito econômico pretendido e, nos termos do inciso V c/c inciso VI do art. 292, CPC/15 na ação em que há cumulação de pedidos, a quantia deve corresponder à soma dos valores de todos eles.

No caso dos autos, o pedido do autor consiste no pagamento de indenização por danos materiais, cujo valor o autor atribuiu R\$ 13.162,50 (treze mil, cento e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Assim, considerando o acima exposto e com fulcro no §3º do art. 292 do CPC/15, corrijo o valor da causa, a fim de que passe constar a quantia de R\$ 13.162,50 (treze mil, cento e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), proveito econômico pretendido pelo autor, na forma do art. 292, incisos II e VI, CPC/15.

Determino, por conseguinte, que a escrivania proceda a devida retificação no sistema.

Ademais, defiro o pedido de Justiça Gratuita formulado pela parte autora.

Diante das especificidades da causa, de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito e considerando o princípio da duração razoável do processo, bem como a impossibilidade deste juízo de avocar para si as audiências de conciliação sob pena de inviabilizar o funcionamento desta unidade judiciária, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, cientificando-lhe que a ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.



João Pessoa, 31 de março de 2020

Juiz(a) de Direito

