

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALESSA DOS SANTOS DA CRUZ LUNES, brasileira, menor, inscrita no CPF sob nº 157.448.854-63, representada pelo genitor ADEMAR DA CRUZ LUNES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF nº 077.932.589-28, no RG nº 2.979.297, ambos domiciliados na Rua Pe. Pedro Amante, 15, Casa 02, Vila Bela, Santa Rita/PB.

OUTORGADO: JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE, Advogada, inscrita na OAB/PB 21.612, JULIANA KARLA DO NASCIMENTO ROLIM, Advogada, inscrita na OAB/PB 21.008, MICKAELLER KAREN DA SILVA PEREIRA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 25.926, com endereço profissional na Rua Senador José Américo, 211, Centro, Santa Rita/PB, Contatos: (83) 9-8733-4301.

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ad iudicia et extra, para o foro em geral, especialmente para, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato. ACORDANDO O VALOR DE 30% DE HONORÁRIOS.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

DECLARA, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, do artigo 4º da lei nº. 1060/50, que é juridicamente pobre, eis que não possui condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família; ciente de que pela falsa declaração de pobreza o declarante responde civil, penal e administrativamente, de conformidade com a legislação vigente.

Local e data: Santa Rita/PB, 25 de setembro de 2020

x Admar da Cruz Nunes

OUTORGANTE:





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



**Número
157.448.854-63**

**Nome
VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES**

**Nascimento
18/07/2011**

**CÓDIGO DE CONTROLE
C961.B6BD.D8D0.4C1B**



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:46:17 do dia 30/07/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Digitalizada com CamScanner





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2.979.297 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/03/2020
NOME	ADRIANO DA CRUZ NUNES		
FILIAÇÃO	SEBASTIÃO PEREIRA NUNES DAMIANA MARIA DA CRUZ		
NATURALIDADE	PILAR-PB	DATA DE NASCIMENTO	09/07/1982
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº8134 - LIV.A-9 - FLS.65 - CARTORIO PILAR-PB		
CPF	077.932.584-28		
Assinatura do Titular			
LEI Nº 7.113 DE 29/08/83			

Digitalizada com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Certidão de Nascimento

NOME:
ADRIANO DA CRUZ NUNES

CPF **077.932.584-28**

MATRÍCULA
0698150155 1984 1 00009 065 0008134 65

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO **noze de julho de um mil novecentos e oitenta e dois** DIA **09** MÊS **07** ANO **1982**

HORA DE NASCIMENTO **09:00** NATURALIDADE **Pilar-PB**

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO **Pilar-PB** LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF **Maternidade do Hospital Maria do Carmo C. M. Borges - Pilar-PB** SEXO **masculino**

FILIAÇÃO
SEBASTIÃO PEREIRA NUNES | DAMIANA MARIA DA CRUZ.

AVÓS
Paterno(s): **Maria Francisca Pereira.** Materno(s): **Maria Cecilia da Cruz.**

GÊMEOS ☒ NÃO NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS **NÃO POSSUI**

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) **dezoito de maio de um mil novecentos e oitenta e quatro (18/05/1984).** NÚMERO DA DNVDECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO **NADA CONSTA**

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER
2ª VIA. Registro lavrado em 18/05/1984, no livro A-00009, Nº 8134, folha 65.

CARTÓRIO ALICANTARA, PESSOAS NATURAIS
CARTÓRIO ALICANTARA
CNP. 06.045.883/0001-30
Ubiratã, 18 de Maio de 2020
ESCRIVÃ
Suzana Paiva Costa de Melo
1ª ESCRIVENTE
Haroldo da Silva Alcantara
2ª ESCRIVENTE
Rua Caldas Brandão, 220 - Pilar-PB
CEP 58338-000 Fone: (83) 3282-1489

CARTÓRIO ALICANTARA
MARIA INÊS DE ALCANTARA FERREIRA
Pilar-PB

RUA CALDAS BRANDÃO, 220 - CENTRO Pilar-PB - CEP 58338000
Fone: (83)3282-1489 E-mail: cartorioalicantarapb@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Pilar-PB, 19 de fevereiro de 2020.

Suzana Paiva Costa de Melo
SUZANA PAIVA COSTA DE MELO
Escrevente Compromissada

Selo Digital: **AJR80229-MLCI**

Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos e taxas: **R\$ 80,00**



AA 000051753

Associação dos Notários e Registradores do Estado da Paraíba



Digitalizada com CamScanner

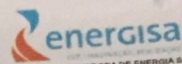


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Índice para simplificar pagamento da rede fiscalizadora de energia elétrica. Nº 032.688.468



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.915.623-9

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1245846-9

DADOS DO CLIENTE

ALEXSANDRA MARIA DE FRANCA
RUA PE PEDRO ARRUBE 15 CS 02
SANTA RITA

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	16/10/2019	269	23/10/2019	R\$ 230,11

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 22/11/2019

Pagador: ALEXSANDRA MARIA DE FRANCA CNPJ/CPF: 071.321.004-40

RUA PE PEDRO ARRUBE 15 CS 02 - VARZEA NOVA - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007520532	001245846201910	23/10/2019	R\$ 230,11	09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

Digitalizada com CamScanner

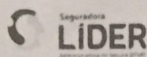


Assinado eletronicamente por: JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE - 20/11/2020 10:50:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010501102200000035217247>

Número do documento: 20112010501102200000035217247

Num. 36898809 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradonalider.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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Digitalizada com CamScanner

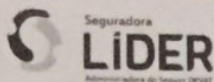


Assinado eletronicamente por: JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE - 20/11/2020 10:50:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010501168700000035217250>

Número do documento: 20112010501168700000035217250

Num. 36898812 - Pág. 1



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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

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

Pag. 00769/00770 - carta_01 - INVALIDEZ

00030385

Digitalizada com CamScanner



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES, REPRESENTADA POR ADRIANO DA CRUZ NUNES,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.979.297 EXPEDIDO POR SSP-IPC EM 02/12/98 E
CPF 037932584-38 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO SERVENTE
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 0922 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 N° da CONTA (com dígito, se existir) 46070-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita / PB, de junho de 2019
LOCAL E DATA

Adriano da Cruz Nunes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301149 - AC SANTA RITA
SANTA RITA - PB
CNPJ....: 34028316372590 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 330536216
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartão...: 62267655

Movimento...: 19/06/2019 Hora.....: 11:35:48
Caixa.....: 92166299 Matrícula...: 88922251
Lancamento...: 014 Atendimento: 00009
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1661465292

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+

Valor do Porte(R\$)...: 23,26

Peso real (G).....: 122

Peso Tarifado.....: 0,122

CNPJ/CPF Remet.: 07793258428

Nome Remetente...: ADRIANO DA CRUZ NUNES

Endereço Remet.: RUA santo antonio, 165 - v

Cont. Endereço...: arzeia nova

Cap Remetente...: 58304-500

Cidade Remet....: SANTA RITA

UF Remet.....: PB

POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
---------------------	---	--------

Valor do Porte(R\$)...: 30,43

Cap Destino: 20011-904 (RJ)

Peso real (G).....: 122

Peso Tarifado.....: 0,122

OBJETO.....: DY015294875BR

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 53,69

Valor Declarado não solicitado(R\$)

No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:

Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE

SARA 7.9.00

DY 01529487 5 BR



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301149 - AC SANTA RITA
SANTA RITA - PB
CNPJ...: 34028316372590 Ins Est: 160745500
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONDOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 359/69570
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 27/01/2020 Hora.....: 15:49:32
Caixa.....: 95195287 Matrícula...: 84777176
Lancamento...: 043 Atendimento...: 00023
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1770025622

DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$)...	24,78	
Peso real (G).....	30	
Peso Tarifado.....	0,030	
CNPJ/CPF Remet.....: 07733258428		
Nome Remetente.....: adriano da cruz Nunes		
Endereço Remet.....: Rua santo antonio, 165 - v		
Cont. Endereço.....: arzee nova		
Cep Remetente.....: 58304-500		
Cidade Remet.....: santa rita		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
Valor do Porte(R\$)...	30,43	
Cep Destino.....: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G).....	30	
Peso Tarifado.....	0,030	
OBJETO=====> QACJ86844296R		

Postagem ocorre após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$): 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação dos(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome:

Ass. Responsável..... RG.....

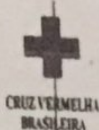
Postagem ocorre após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

SERV. POSTAIS: DIPLOMATAS E REVERES-LEI 6538/78

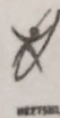
Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Orientado em DDH Sob Anest. Geral Anestesia e Antiespasmódicos Aposição de Campos Cirúrgicos
Incisão:	Via de Abordagem
Achados:	Fract. de Osso
Conduta:	Realizada redução indireta com auxílio de tração + Fixação interna com 2 fios K nº 1,5
Fechamento:	— 1 —
Observação:	Tudo acordo

Médico/CRM:

Dr. Helson de S. Dias Jr.
Médico
CRM 13562351

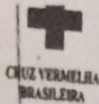
João Pessoa,

04/05/17

F(NG).ASCIR.009-1

Digitalizada com CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA

de *X*
REVISÃO

Nome: Vanessa dos Santos de Cruz Naves BE/Prontuário: 975575
Idade: 5a Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 04/03/12
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: TT0 cirurgia de fr. de Oclerane
Cirurgião: Dr. Helio B. Dias Jr. 1º Assistente: Dr. Koutay
2º Assistente: Dr. Andre 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Aldey
Tipo de Anestesia: A. Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fr. de Oclerane</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TT0 cirurgia de fr. de Oclerane</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Helio B. Dias Jr.
CRM 10254

João Pessoa, 04/03/12

F(NG).ASCIR.009-1

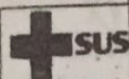


Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE Vanessa dos Santos da Cruz Nunes
 IDADE 5 Nº 931575 PRONTUÁRIO: 931575 INFERMEIRA: LEITO
 CIRURGIÃO Tatiana Cristina Gomes da Silva (E)
 CIRURGIÃO Roberto Paix PAIX
 ANESTESIA Geral
 ANESTESISTA Alisson
 INSTRUMENTADOR —
 DATA 12/12 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO 12:30 FIM 13:30 CIRURGIÃO: INÍCIO 12:40 FIM 13:30
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
 ALFENTANIL 1 Solo 3ml JELCO Nº18 FIO CAT GUT CROMADO Nº
 BUPIVACAÍNA BOBÁRICA 1 11 Ringer JELCO Nº20 FIO CAT GUT CROMADO Nº
 BUPIVACAÍNA PESADA 1 Solo 3ml 200 JELCO Nº22 FIO DE AÇO Nº
 CETAMINA JELCO Nº24 FIO DE AÇO Nº
 DROPERIDOL KIT SIST DREN TORÁXICA Nº FIO DE NYLON Nº 3-0 1
 ETOMIDATO SOLUÇÕES QTD LÂMINA BISTURI Nº11 FIO DE NYLON Nº
 FENOBARBITAL ALCOOL ETILICO 70% LÂMINA BISTURI Nº15 FIO DE NYLON Nº
 FENTANILA 1 PVPI DEGERMANTE LÂMINA BISTURI Nº23 FIO POLIGLACTINA Nº 1
 FLUMAZENIL PVPI TINTURA LÂMINA BISTURI Nº24 FIO POLIGLACTINA Nº
 ISOFLURANO PVPI TÓPICO LÂMINA DE DERMATOMO FIO POLIGLACTINA Nº
 LEVOPROPOLIS C/ VASO SABÃO ANTISÉPTICO LÂMINA DE ENXERTO FIO POLIPROPILENO Nº
 LEVOPROPOLIS S/ VASO MATERIAIS QTD LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. FIO POLIPROPILENO Nº
 LIDOCAÍNA C/ VASO AGULHA 13X4,5 AGULHA ESTÉRIL Nº7,0 FIO POLIPROPILENO Nº
 LIDOCAÍNA S/ VASO AGULHA 25X07 AGULHA ESTÉRIL Nº7,5 FIO POLIGLECAPRONE Nº
 MIDAZOLAM AGULHA 25X08 AGULHA ESTÉRIL Nº8,0 FIO SEDA Nº
 MORFINA AGULHA 40X12 AGULHA ESTÉRIL Nº8,5 RITA CARDÍACA
 NMBIUM AGULHA PERIDURAL Nº16 MÁSCARA CIRÚRGICA MATERIAL ESPECIAL QTD.
 PANCURÔNIO AGULHA PERIDURAL Nº17 MULTIVIAS CATETER DE PIC
 PETIDINA AGULHA PERIDURAL Nº18 PERFURADOR DE SORO CIMENTO CIRÚRGICO
 PROPOFOL AGULHA RAQUÍ Nº250 SCALP Nº19 CLIP TITÂNIO LIGADURA
 RAMIFENTANIL AGULHA RAQUÍ Nº260 SCALP Nº21 FIO DE KIRSCHNER Nº 1
 ROCURÔNIO AGULHA RAQUÍ Nº270 SERINGA 3ML FIO DE KIRSCHNER Nº
 SEVOFLURANO ALGODÃO ORTOPÉDICO SERINGA 5ML FIO STENMAN Nº
 SUXAMETÔNIO ATADURA DE CREPOM SERINGA 10ML FIO STENMAN Nº
 TIOPENTAL ATADURA GESSADA SERINGA 20ML GRAMPEADOR CIRÚRGICO
 MEDICAMENTOS QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 HEMOST. ABSORVÍVEL
 ADRENALINA CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 KIT DERIVA VENTRICULAR
 ÁGUA DESTILADA CATETER DE OXIGÊNIO 1 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 PRÓTESE VASCULAR
 ATROPINA CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 KIT. PAM
 BEXTRA CATETER EPIDURAL Nº16 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 FIXADOR EXTERNO
 CEFAZOLINA 1 CATETER EPIDURAL Nº17 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 EMPRESA
 DEXAMETASONA CATETER EPIDURAL Nº18 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
 DIFENIDOL CERA PARA OSO SONDA NASOG. CURTA PARAFUSOS CORTICAIS
 EFEDRINA COLET. URINA FECHADO SONDA NASOG. LONGA PARAFUSOS CORTICAIS
 FUROSEMIDA COMPRESSAS CIRÚRGICAS 1 SONDA URETRAL Nº PARAFUSOS ESPONIOSO
 GLICOSE 50% COMPRESSAS CIRÚRGICAS TORNEIRINHA PARAFUSOS ESPONIOSO
 GLUCONATO DE CÁLCIO DRENO DE PENROSE TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4,5 PARAFUSOS MALEOLAR
 HIDROCORTISONA DRENO DE SUÇÃO TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR
 LIDOCAÍNA GELÉIA ELETRODOS TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PLACA
 ONDASETRONA EQUIPO MACROGOTAS 1 TUBO SILICONE (LATEX) PLACA
 PLASIL EQUIPO TRANSF. SANGUE
 PROSTIGMINE EQUIPO MICROGOTAS EQUIPAMENTOS
 PROTAMINA ESPONJA DE PVPI 04 FIOS QTD. 1 ASPIRADOR
 TENOXICAN ESPARADRAPO 1 FIO ALGODÃO S/A Nº () BISTURI ELÉTRICO
 GAZES 1 FIO ALGODÃO S/A Nº () CAPNOGRAFO
 GAZES ALGODOADAS FIO ALGODÃO C/A Nº () CARDIOMONITOR
 GEL ELETROLÍTICO FIO ALGODÃO C/A Nº () DESFIBRILADOR
 JELCO Nº14 () FOCO AUXILIAR
 JELCO Nº16 () FOCO CENTRAL
 () MICROSCÓPIO
 () OXÍMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
 () PERFURADOR ELÉTRICO
 () SERRA
 CIRCULANTE

Rosivalva N. de A. Silva
 Tte. em Enfermagem
 09/09/97.136

FONQ/ASCIR.021-2



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

34 - QTDE.

37 - QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FIO DE Kirschmer N.º 1,5 07 em uso

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

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

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

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



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		03/02/07
		Paciente estável, sem queixas no momento, aguardando tratamento cirúrgico
		04/02/07
		Cirurgia marcada p/ 07/02

Dr. Henrique L. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM 38511

Dr. Henrique L. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM 38511

Digitalizada com CamScanner



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☒ Não☐ Sim:

MEDICAMENTOS:

☒ Não☐ Sim:

VACINAÇÃO:

☐ Não☒ Sim:

PATOLOGIA:

☒ Não☐ Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

☐ Não☒ Sim:

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 Empalamento
- 9 Eufemia subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 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 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendinea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

às

do dia

às

do dia

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

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

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FIM.

Digitalizada com CamScanner



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

UNIDADE: CRUZ VERMELHA DO BRASIL
DT. NASC.: 18/07/2011
FILIAÇÃO: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
END.: RUA DO RIO DOCE
N. 5/10 - CENTRO
Cidade: S. Paulo
CEP: 01000-000
DT. ENTREGA: 02/01/2017 10:10:30

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
02/01/2017	10:10	Psicologia Paciente, no momento, consciente, orientada, porém com alterações de humor, apresentando sintomas de ansiedade, com preocupação excessiva. História: Descrições e esclarecimentos com qualificação da situação com a equipe + esclarecimento da situação (situação da paciente) + efeitos psicológicos da situação (situação da paciente).

Denise Medeiros
Psicóloga
CRP 13/5829

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE - 20/11/2020 10:50:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010501189900000035217252>

Número do documento: 20112010501189900000035217252

Num. 36898815 - Pág. 7



Primeiro Atendimento Médico

0022390 BE: 971976
VANDERLEI DOS SANTOS DA CRUZ KUNES
DT. NASC.: 18/07/2011
PNE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
END.: RENATO RIBEIRO
R. S/N - CENTRO
SPE
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 9
DT. ENTRADA: 02/01/2017 18:18:20

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Menor encarcerado do Extrajudicial, vítima de assalto por moto sem a moto e desde então se refere dor e edema no cotovelo B. Nega outros traumas.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☒ PÉRVIAS () Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim () NÃO
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () NÃO
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

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

- RUÍDOS

() sim () NÃO	HTD: ☒ Roncos Sibilos Estertores	HTE: ☒ Roncos Sibilos Estertores
--------------------	--	--

t: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO: ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente

BULHAS: ☒ Normotônicas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO: () Presente ☒ Ausente

BE OU B4: () Sim () NÃO

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: flexível

FICIT NEUROLÓGICO

pupilas: ☒ Fotorreagentes () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1

01/01/19

02/01/19. 14:50,

Mural de manifestações de

manifestações - SP, com uma

versão do Fx de observação (B)

para acompanhamento,

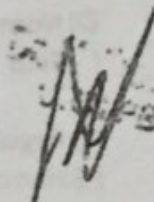
A primeira com o nome um

coração (B), manifestação. providenciado,

com acompanhamento p/ o

casamento.

- Ol. São,





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	VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
DATA DE NASCIMENTO	18/07/11
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	99.603
BOLETIM DE ENTRADA N.º	971.575
DATA DO ATENDIMENTO	02/01/17
HORA DO ATENDIMENTO	16:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OLÉCRANO ESQUERDO
CID 10	S52.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente, de menor idade, foi atendido neste Serviço, procedente do Ortotrauma, vítima de atropelamento(sic), referindo dor com edema em cotovelo esquerdo. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Apresenta fratura de olecrano esquerdo. Paciente já veio encaminhada com diagnóstico da fratura. Internação para cirurgia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

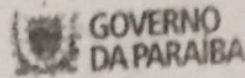
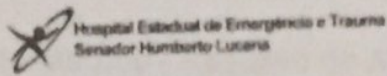
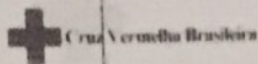
Tratamento cirúrgico de fratura de volécrano esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	05/01/17
DATA DA EMISSÃO:	17/07/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

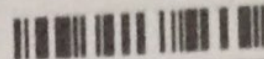
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





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

Boletim de Atendimento: 971676



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1123843	VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
18/07/2011	6 anos 5 meses 15 dias	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
MARIA DAS DORES DOS SANTOS	NAO INFORMADA	
Escolaridade	Pai	
NAO INFORMADO	ADRIANO DA CRUZ NUNES	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco)	
	MARIA DAS DORES DOS SANTOS - MAE	
Tipo documento	Nº Cns	
REGISTRO DE NASCIMENTO	07311401552011100061235004844847	
Local de procedência	DDD Fixo	Fone Fixo
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)		
Email	Naturalidade	UF
	SAPE	PB

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58340000	SAPE	PB	RENATO RIBEIRO
Número	Complemento	Bairro	
S/N		CENTRO	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
02/01/2017 16:10:30	5922306	SUS
Especialidade	Clínica	
PEDIATRIA	CLINICA PEDIATRICA	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
URGENCIA	ATROPELAMENTO	MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA	AMBULANCIA		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico		CID
Atendido por		Tempo
JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO		05min 50seg

Imprimir

Digitalizada com CamScanner





MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Vanessa do Santos</u>		Registro: <u>Dr. Conf. Nunes</u>			
Idade: <u>05A</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>01</u>	Enf: <u>005</u>	Leito: <u>Rec</u>
Data de admissão: <u>02/01/14</u>		Data da alta: <u>05/01/17</u>			
Diagnóstico inicial: <u>fratura de Ombreira</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>0 mesmo</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Redução com fio de Axt</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>an. Roberto Lins</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>Procedimento realizado com sucesso</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno: <u>ao posto de saúde em 05/01/17</u>					
Ao ambulatório: <u>em 30 dias para revisão</u>					
João Pessoa: <u>05 de 01 de 17</u>					
Ass. Médico / CRM <u>Dr. Roberto Lins</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livre nº 001/2017
Ocorrência nº. 078/2017

Aos ONZE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 07h:59min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ADRIANO DA CRUZ NUNES, conhecido por ADRIANO, Identidade nº 2.979.297-SSS/PB, CPF nº 077.932.584-28, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Sebastião Pereira Nunes E Damiana Maria Da Cruz, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 09/07/1982 (34 anos de idade), do sexo Masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Gino Novo, 48, Renato Ribeiro, tendo como ponto de referência: , na cidade de SAPÉ/PB, fone(s) para contato:

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 02 de janeiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Campo Grande, Zona Rural, Sobrado/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Sá Andrade (Sapé) e em seguida encaminhado ao Hospital de Traumas Sem. Humberto Lucena (João Pessoa/PB);

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

MOTOCICLETA

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia acima citado o declarante estava em casa quando um menor de idade filho da senhora conhecida por Simone chegou a sua procura; QUE foi informado pela criança que sua filha Vanessa dos Santos da Cruz Nunes tinha sido atropelada; QUE foi até o local e chegando lá sua esposa já estava no local com sua filha nos braços; QUE os vizinhos a levaram de moto até o Hospital Sá Andrade, sendo depois encaminhada para o Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa; QUE Vanessa ficou internada durante três dias, onde sofreu um procedimento cirúrgico; QUE ninguém conseguiu identificar a moto e nem quem a pilotava.

9) OBSERVAÇÕES:

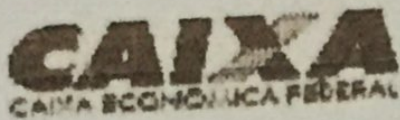
ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S):

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

Sapé/PB, 11 de Janeiro de 2017.

Adriano da Cruz Nunes
ADRIANO DA CRUZ NUNES
Comunicante





AUTOATENDIMENTO - AG SANTA RITA PB

DATA: 23/09/2020

HORA: 10:10:05

TERMINAL: 19141044

CONTROLE: 191410440205

AGÊNCIA: 1914 - SANTA RITA

CONTA: 013.00143221-8

CLIENTE: ADRIANO DA CRUZ NUNES

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
MESES ANTERIORES

Abril

22/04	000000	BOLSA FAMI	1.200,00C
22/04	221122	SAQUE ATM	1.000,00D
22/04	221126	SAQUE ATM	200,00D
27/04	000001	CRED TED	1.687,50C



GUIAS DE CUSTAS EM ANEXO.



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 033.1.20.02137/01
			Data de emissão: 20/11/2020
Nº do Processo: 0805915-82.2020.815.0331	Comarca: Santa Rita	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2020
Número da 033.2020.602137 Tipo da Custas Iniciais			UFR vigente: R\$ 52,20
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 104,40 - Taxa Judiciária: R\$ 52,20 - Taxa bancária: R\$ 1,38			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovente JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE; VANESSA DOS Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 1.000,00			Parcela: 1/1
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Valor total: R\$ 157,98
866300000019 579809283180 520201130033 312002137015 			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 157,98

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 033.1.20.02137/01
			Data de emissão: 20/11/2020
Nº do Processo: 0805915-82.2020.815.0331	Comarca: Santa Rita	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2020
Número da 033.2020.602137 Tipo de Custas Iniciais			UFR vigente: R\$ 52,20
Promovente JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE; VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.; Valor da causa: R\$ 1.000,00			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 104,40 - Taxa Judiciária: R\$ 52,20 - Taxa bancária: R\$ 1,38			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 157,98
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 157,98

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 033.1.20.02137/01
			Data de emissão: 20/11/2020
Nº do Processo: 0805915-82.2020.815.0331	Comarca: Santa Rita	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2020
Número da 033.2020.602137 Tipo de Custas Iniciais			UFR vigente: R\$ 52,20
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 104,40 - Taxa Judiciária: R\$ 52,20 - Taxa bancária: R\$ 1,38			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovente JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE; VANESSA DOS Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 1.000,00			Parcela: 1/1
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Valor total: R\$ 157,98
866300000019 579809283180 520201130033 312002137015 			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 157,98





Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Santa Rita

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0805915-82.2020.8.15.0331

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Deixo de designar, neste momento, audiência de conciliação, considerando o retorno ainda gradual das atividades presenciais do Poder Judiciário, em razão da pandemia do novocoronavírus.

Cite-se o réu.

SANTA RITA, 24 de novembro de 2020.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
4ª Vara Mista
Comarca de Santa Rita
Rua Virgínio Veloso Borges, sn, Centro, Santa Rita/PB



[Acidente de Trânsito]

Processo nº 0805915-82.2020.8.15.0331

AUTOR: V. D. S. D. C. N. REPRESENTANTE: ADRIANO DA CRUZ NUNES

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

Destinatário: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem da Exma. Juíza de Direito desta 4ª Vara da Comarca de Santa Rita - PB, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 238 e seguintes do CPC, **CITO Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205** de todo o teor da petição inicial dos autos epigrafados, cuja cópia pode ser obtida através do link abaixo, ficando advertido(a) que o prazo para apresentação de contestação é de 15 dias úteis. Caso não apresentada contestação nesse prazo, será considerada revel, presumindo-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora.

Santa Rita, 25 de novembro de 2020

RENATA BRASILEIRO RAMOS GALVAO MONTEIRO
Analista Judiciário

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK:
<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

