

PROCURAÇÃO PARTICULAR "Ad judicium et extra e Ad negotia"

**OUTORGANTE:** JOSE CONSTANTINO NETO, inscrito(a) no CPF sob nº 181.967.304-97, residente e domiciliado(a) na Sitio Lagoa de Castro, 00, bairro Area Rural, CEP 58354-000, cidade de Mulungu/PB, Brasil

**OUTORGADOS:** VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA, brasileiro, Advogado, OAB/PB nº 19.965, inscrito no CPF sob o nº 095.418.124-73; KAUANNY SANTOS PAIVA ROCHA, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 103.406.584-01 e RG 4127908 SSP-PB; JEAN CARLOS CONSTANTINO DE AZEVEDO, inscrito no CPF sob o nº 113.170.704-45; JACIARA THAIS FELIX MATIAS DE AZEVEDO, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 705.539.034-62; PHILIP KEVIN DA ROCHA VIEGAS, brasileiro, Advogado, OAB/PB nº 20.385, inscrito no CPF sob o nº 082.077.574.69, todos com endereço profissional na Rua Marcos Joane da Costa, S/N, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa/PB. Fone: (83) 98840-1340.

**FINALIDADE:** Propor Ação judicial, extrajudicial, procedimento administrativo ou similares.

**PODERES:** Amplos, totais e especiais poderes, com o concurso das cláusulas "ad judicium et extra e Ad negotia", para em juízo ou fora dele, defender os direitos e interesses do (s) Outorgante (s), podendo, para tanto, formular pedidos, assinar petições e intimações, apresentar recursos nos Tribunais competentes e acompanhá-los até o trânsito em julgado da demanda, conferindo poderes especiais para peticionar em qualquer órgão da Administração Pública, direta ou indireta, a nível federal, estadual e municipal, inclusive autarquias, empresas públicas e empresas de economia mista, podendo ainda, confessar, variar, desistir, acordar, discordar, transigir, firmar compromissos ou acordos, declarar em nome do outorgante que o mesmo não tem condições de pagar as custas processuais, nos termos do art. 3º da Lei nº 7.115/83, requerer justiça gratuita, receber e dar quitação, receber citação inicial, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, levantar precatório, alvará, crédito referente ao valor devido na presente demanda, depositado em poupança, ou conta na Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, ou qualquer outra instituição bancária ou financeira, levantar a quantia prevista em contrato, referente a honorários, ficando ressalvado que os mesmos são devidos, em caso de desistência ou acordo por parte do ora Outorgante, sem a expressa concordância do Outorgado, enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, de caráter irrevogável, e acompanhá-la até o seu final, em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

O(a) Outorgante, declara, ainda, para todos os fins de direito, ser pobre na forma da Lei nº 1.060/50, não dispondo de recurso financeiro capaz de arcar com custas e despesas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

João Pessoa, 02 de Abril de 2019.

*Jose Constantino Neto*

Jose Constantino Neto ou REPRESENTANTE LEGAL

VICTOR ROCHA ADVOCACIA

Rua Marcos Joane da Costa, 17, Jardim Cidade Universitária, CEP 58052-560, João Pessoa/PB

Contato: (83) 3024-1548 / E-mail: victorsalles.advogado@gmail.com





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 José Constantino Neto  
DATA DE NASCIMENTO 20/04/53  
NOME DA MÃE Inez Josefa do Carmo

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105245  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039283  
DATA DO ATENDIMENTO 05/11/17  
HORA DO ATENDIMENTO 12:32  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur direito  
CID 10 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por de moto, com queixa de dor e deformidade em coxa direita, glasgow 15. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa D.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur direito

### TRATAMENTO:

Tração transequelética transtibial direita (realizado em 25/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito com fixação (realizado em 13/11/17)

ALTA HOSPITALAR: 15/11/17  
DATA DA EMISSÃO: 02/03/18

  
Dr. Juan-Jaime Aleoiba Arce  
CRM: 3323/PB

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





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilson José Constantino,  
RG nº 2475141, data de expedição 8/10/1997.  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 05000804457, com  
domicílio na cidade de Mulungu, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Jaqueira de Castro, nº S/N,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Constantino Neto cujo o condutor era  
José Constantino Neto.

Veículo: Honda CG.

Modelo: FAN 150.

Ano: 2012.

Placa: OGC 7400

Chassi: SC2KC1670DR430572.

Data do Acidente: 05/11/2017.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Edilson José Constantino  
Assinatura do Declarante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 054/2018

Aos VINTE E SETE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MULUNGU/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). HUGO PEREIRA LUCENA, Delegado(a) de Policia Civil, comigo o Comissário de Policia Civil do seu cargo, aí, por volta 09h:00min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

JOSE CONSTATINO NETO, conhecido(a) por ZÉ DE VICENTE, Identidade nº 1003553 -SSPPB, CPF nº 181.967.304-97, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Vicente Constantino Pereira E Ines Josefa Do Carmo, natural de Mulungu/PB, nascido(a) em 20/04/1953 (65 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Do Castro, Zona Rural, tendo como ponto de referência: IGREJA, na cidade de MULUNGU, fone(s) para contato: 83 99907.4624.

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 Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato: 05 de novembro de 2017;
- 3) Horário do fato: 09h:50min;
- 4) Local do fato: ESTRADA DE BARRO QUE LIGA OS SÍTIOS IPUERA E BR NA ZONA RURAL DE MULUNGU;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA E REMOVIDO PARA O HOPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE JOAO PESSOA;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? SIM;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? NÃO;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias? SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTO HONDA CG 150 FAN, DE COR VERMELHA, PLACA OCG 7400/PB, ANO/MODELO 2012/2013, CHASSI 9C2KC1670DR430572 EM NOME DE EDILSON JOSE CONSTATINO;

MOTO HONDA MXR 150 BROS, DE COR VERMELHA, PLACA NQG 1159/PB, ANO/MODELO 2010/2010, CHASSI 9C2KD0520AR87449 EM NOME DE LUZIMAR CAMILO DOS SANTOS

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

NÃO

8) Breve resumo do fato:

Afirma o comunicante que vinha conduzindo a sua moto e veio o condutor da outra de nome MARCELO SERAFIM DA SILVA, portador do CPF 065.029.044-59 e por vir muito rapido bateu de frente com o condutor; QUE com o abarrolamento caiu ao solo e fraturou o fêmur direito; QUE populares solicitaram o socorro do SAMU; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU ate o Hospital Regional de Guarabira e pela gravidade da fratura foi encaminhado para o Hospital de Emergencia e Traumas em Joao Pessoa onde passou por intervenção cirurgica; QUE so nessa data após se recuperar veio ate esta delegacia para registrar a ocorrencia e solicitar o seguro DPVAT; QUE não tem mais nada para delcarar.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

A MOTO E DE PROPRIEDADE DE LUIS ANTONIO BENICIO LINDOLFO, PORTADOR DO CPF 016.914.234-59

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

*Jose Constatino Neto*

JOSE CONSTATINO NETO  
Comunicante

*[Assinatura]*  
Investigador  
COMISSÁRIO DE POLÍCIA CIVIL  
Matrícula nº 181.953-4



BANCO DO NORDESTE  
 SALDO DE CONTA DE DEPOSITOS  
 EMITIDO EM 17/04/2018 AS 12:28:21  
 AGENCIA 0020 CONTA 1/00003198-4  
 CLIENTE: JOSE CONSTANTINO NETO

SALDO TOTAL DA CONTA	26.33
DISPONIVEL PARCIAL	0.00
PLURIPARCA CORRENTE	26.33
BLOQUEADO	0.00
FUNDO INVESTIMENTO	
COM RESGATE AUTOMATICO	
SALDO LIGADO	
SEM RESGATE	
SALDO LIGADO	0.00
CPMF A CORRER	0.00
SALDO DISPONIVEL TOTAL	26.33

DATA DA ABERTURA DA CONTA 04/07/2013  
 DATA DO ULTIMO MOVIMENTO 26/03/2018

FUNDOS DE INVESTIMENTO BANCO DO NORDESTE:  
 CONFIE SEUS RECURSOS AO MAIOR GESTOR DE FUNDOS  
 DE INVESTIMENTO DO NORDESTE. PROCURE SEU  
 GERENTE OU ACESSSE O INTERNET BANKING E  
 DESCOBRIR A MELHOR OPCAO.

BANCO DO NORDESTE - CLIENTE CONSULTA E  
 QUANTO A 0000 729 2020 - WWW.BANCO.NORDESTE.BR

0020-0071-18 16.1-1-90-1807





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITACÃO

**MARCELO SERAFIM DA SILVA**

DOCUMENTOS / CATEGORIA DE VEÍCULO  
 2263980 SEJSDP 3C0

CPF 065.029.044-59 DATA NASCIMENTO 11/11/1983

FUNÇÃO  
 MARCOS ANTONIO SERAFIM DA SILVA  
 LUIZMAR CAMILO DA SILVA

RENHAÇÃO ACC EXAME  
 [ ] [ ] [ ]

RF PROIBIDO 05-4889021849 VALOR DE 14/10/2020 1ª VIGÊNCIA 18/03/2019

COMENTÁRIOS

*Marcelo Serafim da Silva*

ASSINATURA DO PROIBIDO

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 18/04/2017

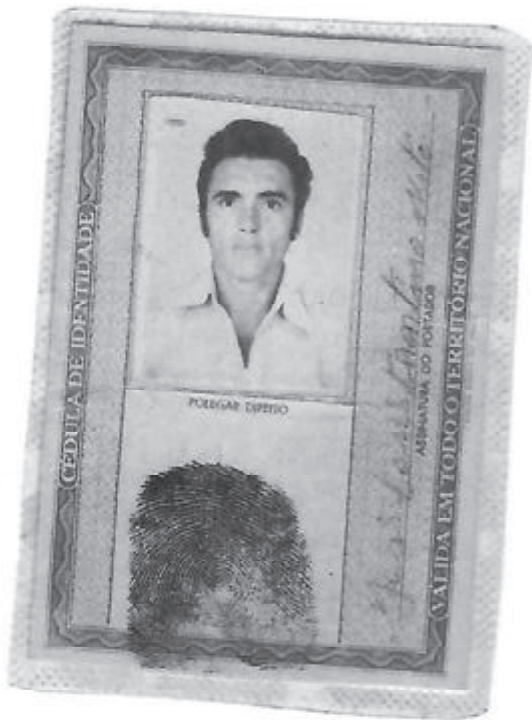
85667680669  
 PRO3440.F10

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1474401143

PROIBIDO PLUSTIFICAR 1474401143











REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013222145260

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

00504223849 006600000000 2017

EDILSON JOSE CONSERVANTINO

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

PLACA: DGCT400/PB

COMARCA: ALCO/GASOL

ANO: 2012 2013

CATEGORIA: PARTIC

VEICULO: VERMELHA

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

VENC. OPTA BINCA: 00/00/0000

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

PB Nº 013222145260 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017

0500804457 006600000000 2017



EMPRESA DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA  
AV. BRASIL, 100 - JARDIM SÃO CARLOS  
GUARAPUAVA - PR  
CNPJ: 08.908.820/0001-00 Ins. Est.: 160745600

QUÍMICO DE QUÍMICO

Destino: QUÍMICO DE QUÍMICO  
Cidade: GUARAPUAVA - PR  
Dist. Post.: 73000-000  
Contato: (41) 3333-1111 - Cel. Adv.: 1120000  
CNPJ: 08908820

Valor: R\$ 100,00 Data: 2019-04-25  
Código: 504700 Matrícula: 54766588  
Documento: 021 Atendimento: 00035  
Modalidade: A Futuro ID Fiquete: 140450043

DESCRICO	QTD	FRECO(RS)
SEGURO DE VIDA APT 01	1	21,75

Valor do Fretado: 21,75  
Peso real (kg): 230  
CNPJ Benef: 08908820  
Nome Remetente: RNF CONSULTORIA E  
Endereço Remet: RUA LADRAO DE CASTRO, S/N  
Cidade Remet: AREA 1111  
Cep Remetente: 73000-000  
Cidade Remet: GUARAPUAVA  
UF Remet: PR

SEGURO DE VIDA APT 01	1	21,75
-----------------------	---	-------

Valor do Fretado: 21,75  
Cep Destino: 73000-000 (RU)  
Peso real (kg): 230  
REMET: 08908820

SI 69099325 5 BR

DIÁRIO DE SERVIÇOS 51,00

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

RECEBER

Recebo a prestação de serviços de  
prestados pelo(a) prestador(a) mediante  
a prestação de serviços de caráter constante  
deste comprovante todos os serviços de acordo  
com as condições contratuais.

Nome: RNF  
Ass. Responsável: RNF

SERV. POSTAIS: DIRETOS E REVERSÍVEIS 10,00

Garanta tempo! Rateio de Pre-Atendimento de  
os Correios 1  
Documento de Matrícula de Correios 1  
Multa cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA QUÍMICO SARA 7,80







COBERTURA SOLICITADA

MORTE  INVALIDEZ PERMANENTE  DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE CONSTANTINO NETO

DATA DO ACIDENTE 05/11/2017 POSSUI CPF ( ) SIM ( ) NÃO Ne CPF 153.967.304-97

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ( ) Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ( ) CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data de alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( ) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( ) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não
- ( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( ) CPF da vítima (cópia simples)
- ( ) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( ) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ( ) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ( ) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ( ) Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ( ) Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSE CONSTANTINO NETO

Quem é o portador? ( ) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador 153.967.304-97  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel: 9.997.01.4424  
 Data 16/01/2018 Assinatura Victor Salles de Azevedo Rocha

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento: (Nome do Ponto) Maria do Livramento da S. Pontes  
 Atendente \_\_\_\_\_ Av. de Comércio Atividade Comercial  
 \_\_\_\_\_ AC Quaternário - Mat. 8-476-663-8  
 Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_





MARIA DA PAZ CONSTANTINO  
SITLAGE DO CASTRO, S/N - ARCA RURAL  
MILLING - FPR CEP 58054000 (AG 22)



Ligação: 24 HORÁRIO  
ClasBc: JRMTCED/RURAL - RURAL RESIDENCIAL  
Roteiro: 7 43-794-3000 Referência: Mar/2019  
Medidor: 028513267 Emissão: 08/03/2019

ENERGISA/PRIMA-DISTRIBUIDORA DE ENERGISA  
B-250, Km 25 - Cabo Redondo - Jataí/Pernambuco - CEP 55027-490  
CNPJ: 08.582.020-40 Ins. Est. ICMS: 16.015.929-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica ME126782  
Cód. para Dto. Automação: 8000040002

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mar / 2019	06/03/2019	04/04/2019	060.391.724-04

UC (Unidade Consumidora): 5/51003-2

Canal de contato  
Com a facilidade por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente em o controle de seu consumo e qualificar o momento sempre em compromisso de resiliência na maior escala por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
04/02/19	05/3	03/03/19	08/1		158	30
Demonstrativo						
CCI	De	Qtd	Tarifa	Valor	Alq	Imposto
0801	Cl. Sumo em kWh	158,000	0,425770	67,27	0,00	0,00
0810	Cl. Sida			28,87	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	Cl. ATRELAÇÃO LUM PUBLICA			7,26	0,00	0,00
0804	Jr. CIS DE MORADIA 03/2019			0,34	0,00	0,00
0805	Mr. IA 03/2019			1,30	0,00	0,00
0806	Cl. Ajuizo Subsidio			-22,10	0,00	0,00

CCI Cód. de Classificação do Item TOTAL 78,57 3,00 0,00 88,08 1,02 4,73  
Tarifa de Transmissão 0,400240

VENCIMENTO 13/03/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 78,57

Histórico de Consumo (kWh)

155 | 150 | 145 | 140 | 135 | 130 | 125 | 120 | 115 | 110 | 105 | 100 | 95 | 90 | 85 | 80 | 75 | 70 | 65 | 60 | 55 | 50

Mar18 | Abr18 | Mai18 | Jun18 | Jul18 | Ago18 | Set18 | Out18 | Nov18 | Dez18 | Jan19 | Fev19

RESERVADO AO FISCO  
dc54.1d84.47e9.f615.c87c.937d.7106.4c42.

Indicadores de Qualidade 1º e 2º Quartas				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Atingido	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DCMENS	11,30			Serviços de Dist. de Energia PR	22,43	28,56
DCTRMENS	22,61	0,17		Costo de Energia	32,01	40,74
DCRURAL	45,22		NOMINAL 220	Serviço de Transmissão	3,49	4,44
FCMENS	7,34			Cargos Sociais	5,21	6,78
FCTRMENS	14,68	1,00	CONTRATADA	Impostos Quilts e Escargas	15,33	19,51
FCRURAL	29,36		LIMITE INFERIOR 220	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	0,19	0,17	LIMITE SUPERIOR 231			
DMR	0,38			<b>Total</b>	<b>78,57</b>	<b>100,00</b>

ATENÇÃO

Subsc: LUC 7 8941375 27,40  
BENTON 1 MS

Faturas em atraso

VENCIMENTO 13/03/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 78,57

836-0000000-3 78570054000-4 00510032019-0 03400043019-8







PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 - ALAGOINHA - PB

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 05/11/2017	ID da Ocorrência 1874525	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 41	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 09 : 50 Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
--------------------	-----------------------------	--	-------------------	--	-------------------------------------	----------------------------------

Paciente / Usuário José Constantino Neto		Idade 61	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone:
---	--	-------------	--	-----------

Local da Ocorrência:  Alagoinha  Cuiçati  Pilões  Mulungu  Outros:

Logradouro: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Médico Regulador: Guilherme

Quantidade de vítima (s) no local:  Uma  Duas  Três  Mais de três:  
 Apoio no Local:  USB  USA  Resgate / Bombeiros  PPM  Resgate PRF  BPTRAN  OUTRO

QTA:  Socorrido por Terceiros  Socorrido pelos Bombeiros  Evadiu-se do Local  Trote  OUTRO

DESTINO DO PACIENTE:  Atendido no Local e Liberado  Encaminhado a Unidade Hospitalar  Óbito no Local  Óbito Durante o atendimento

Trauma  
Destino (Unidade Hospitalar): \_\_\_\_\_  
Responsável e Função: Guilherme Motivado  
 (Carimbo: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 - Alagoinha - PB - 08h - 24h)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO  PSIQUIÁTRICO  GINECO-OBSTÉTRICO  TRANSFERÊNCIA  
 Motivo: \_\_\_\_\_ Hospital de Origem: \_\_\_\_\_

▶ CAUSAS EXTERNAS  
 ▶ Acidente de trânsito  
 Colisão carro x moto  
 Queda de moto  
 Atropelamento por: \_\_\_\_\_  
 Colisão carro x carro  
 Capotamento  
 Outro: \_\_\_\_\_  
 F.A.F.  
 F.A.B.  
 Agressão Física  
 Afogamento  
 Queda - Altura aproximada: \_\_\_\_\_  
 Soterramento / Desabamento  
 Choque Elétrico  
 Outro: \_\_\_\_\_

Hospital de Destino: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_  
 Hospital de Destino: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_  
 ANTECEDENTES  
 AIDS  Doença Mental  
 Alcoolismo  Doença Renal  
 AVC  Droga  
 Convulsões  Hipertensão Arterial  
 Diabetes  Internamentos Anteriores  
 Doença Cardíaca  Problemas Respiratórios  
 Doença Infecto-contagiosa  Medicamentos de uso Contínuo  
 Quais? \_\_\_\_\_

1. DADOS VITAIS  
 PA: 120x80 FC: 88 FR: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SpO2 - SIO2: 99% SpO2 - CIO2: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
 Diagnósticos de Enfermagem: \_\_\_\_\_  
 Intervenções: \_\_\_\_\_  
 Evolução do Enfermeiro:  
Paciente vítima de queda de moto, consciente, orientado, com fratura fechada de fêmur.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



2 - VIA AÉREA:

- Livre
- Obstruída parcialmente
- Obstruída totalmente
- Corpo estranho
- Edema de glote
- Bronco - aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

- Espontânea
- Assistida
- Ritmo Irregular
- Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

- Normal
- Superficial
- Regular
- Irregular

2.3 - ACHADOS:

- Creptação
- Hemoptise
- Expectoração
- Entesema subcutâneo
- Hábito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:

- Fria
- Úmida
- Palidez
- Quente
- Normal

3.1 - EDEMAS:

- Não
- Sim - Local:

3.2 - PERFUSÃO:

- Normal
- Retardada (<2 seg)
- Ausente

3.3 - PULSO:

- Regular
- Irregular
- Fino
- Cheio
- Ausente

3.4 - E.C.G.:

- Normal
- Alterado
- Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL \_\_\_\_\_

5 - EXAME GINECO-OBSTRÉTICO:

- Abortamento
- Hemorragia vaginal
- Trabalho de parto
- Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado:  Decúbito Dorsal  Lateral  Ventral  Sentado  Deambulando  outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência:  Consciente  Orientado  Inconsciente  Algo Desorientado  Desorientado  Sonolento  Agitado

PROCEDIMENTOS

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bomba de Infusão          | <input type="checkbox"/> DEA                          | <input type="checkbox"/> KED Adulto                | <input type="checkbox"/> Sonda vesical                             |
| <input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea        | <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas     | <input type="checkbox"/> KED Infantil              | <input type="checkbox"/> Sedação                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Drenagem torácica            | <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa | <input type="checkbox"/> Talas / Tração                            |
| <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia    | <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão | <input type="checkbox"/> Orotraqueal               | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) |
| <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia       | <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal        | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa  | <input type="checkbox"/> VMI                                       |
| <input type="checkbox"/> Curativo                  | <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)    | <input checked="" type="checkbox"/> Função venosa  | <input type="checkbox"/> VMNI                                      |
|  | <input type="checkbox"/> Imobilização de membros      | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica            | <input type="checkbox"/> Outros:                                   |

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

*SR 500mg; equipo; felce nº 16; ataduras.*

PERTENCES DA VÍTIMA

- Não
  - Sim
- Objetos \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:

TÉC. ENFERMAGEM: *Eliziane* COREN: *361680* MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRA (A): \_\_\_\_\_ COREN: *320.615*

MÉDICO (A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente:  Recusa Remoção  Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG / CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (RÚBRICA): \_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL <b>3180363628.</b>	CPF da Vítima <b>18196730497.</b>	Nome completo da vítima <b>José Constantino Neto.</b>
---	--------------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>José Constantino Neto.</b>		CPF titular da conta <b>18196730497.</b>	Profissão <b>Agricultor.</b>
Endereço <b>Sítio Joazeira de Castro</b>		Número <b>S/N</b>	Complemento
Bairro	Cidade <b>Mulungu</b>	Estado <b>P.B.</b>	CEP
Email			Telefone (DDD) <b>99907 4624.</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- RECUSO INFORMAR     
  SEM RENDA     
  ATÉ R\$ 1.000,00     
  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     
  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     
  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00     
  ACIMA DE R\$ 10.000,00

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <b>José Constantino Neto.</b>		NRO	
AGÊNCIA NRO. <b>020</b>	D/V	CONTA NRO. <b>003198</b>	D/V <b>4.</b>

AGÊNCIA NRO.  (Informar dígito se existir)	D/V	CONTA NRO.  (Informar dígito se existir)	D/V
---	-----	---	-----

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**Mulungu** de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

**José Constantino Neto**

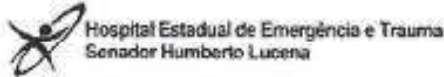
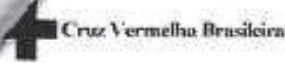
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>JOSE CONSTANTINO NETO</b>		BAE 1039283	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:32:42	Data Saída
Data de nascimento 20/04/1953	Idade 64	Sexo Masculino	CNS 707600867895638	Telefone de Contato (83) 987606448
Mãe <b>INES JOSEFA DO CARMO</b>				Prontuário 105245
Endereço <b>UTINGA, S/N</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>MULUNGU</b>	UF PB
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b>	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:32:42			Data/Hora Prescrição 07/11/2017 14:14:30	
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

### Anamnese

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

.../pages/prescricao.do?perform=imprimir&controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&id=140517&telaEvolucao=true  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO ,

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

### CUIDADOS

CURATIVO. (OBSERVAÇÕES. DIARIO)

HGT 8/8HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

### Conduta

Em observação

*Dr. Luiz Juvencio*  
Ortopedia Traumatologia  
LUSA - PB 5637

\_\_\_\_\_  
LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA  
(8637/PB)

\_\_\_\_\_  
JOSE CONSTANTINO NETO

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar   Imprimir   Reimprimir boletim







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>JOSE CONSTANTINO NETO</b>		BAE 1639283	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:32:42	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1953	Idade 64	Sexo Masculino	CNS 707000007895638	Telefone de Contato (83) 987686448
Mãe <b>INES JOSEFA DO CARMO</b>				Prontuário
Endereço <b>UTINGA, S/N</b>		Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>MULUNGU</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>VICTOR LINHARES LUGUINHO</b>		Nº Cons. Regional <b>10894/PB</b>
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:32:42			Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:18:49	
Número 13JS		Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

paciente vítima de atropelamento por motocicleta, queixa de dor e deformidade em coxa direita  
RX:fratura diáfise de fêmur direito  
cd: tração transesquelética transtibial direita  
e internamento para cirurgia

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)



AO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 8/8HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

**EXAME LABORATORIAL**

EMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

UREIA - SORO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

POTASSIO

SODIO - SORO

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

**Conduta**

em observação

*Victor Salles de Azevedo Rocha*  
10294/PB

VICTOR LINHARES LUGUINHO  
(10294/PB)

JOSE CONSTANTINO NETO







HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB 55011-000  
 Tel: 32135700  
 CNES:

Paciente <b>JOSE CONSTANTINO NETO</b>		BAE 1039283	Data Hora Entrada 05/11/2017 12:32:42	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1953	Idade 64	Sexo Masculino	CNE 767000307895638	Telefone de Contato (83) 987696448
Mãe <b>INES JOSEFA DO CARMO</b>			Pontuação	
Endereço <b>UTINGA, S/N</b>		Bairro ZONA RURAL	Município MULUNGU	UF PB
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EDUARDO MOTTA BRAGA</b>	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/hora Classificação 05/11/2017 12:32:42		Data/hora Rescrição 05/11/2017 12:32:06		
Orçamento		Nº Médicos	Sinais	

**Anamnese**

DESCONSIDERE ATENDIMENTO ANTERIOR - USE ESTE COMO ORIGINAL/OFICIAL/DIGNO DE NOTA

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA  
 TRAZIDO POR SAMU  
 DOR EM FEMUR PROXIMAL  
 NEGA TCE. GLASGOW 15  
 ABD E TORAX NDN

CD: ALTA CIRURGIA GERAL  
 AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

*Eduardo Motta Braga*  
 Cir. Geral / Urologia  
 CRM-PB 7253 / OAB - PB 12460

EDUARDO MOTTA BRAGA  
 (725 - PB)

JOSE CONSTANTINO NETO



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
2 - CNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
4 - CNES

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Jose Constantino Neto  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1039083  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
8 - DATA DE NASCIMENTO:     /    /      
9 - SEXO: 1 (Masc) / 3 (Fem)  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
14 - CDD. BGE. MUNICÍPIO  
15 - UF  
16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

#### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR  
19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR  
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA  
21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA  
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
23 - CID 10 PRINCIPAL  
24 - CID 10 SECUNDÁRIO  
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL  
27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL  
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  
 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  DIÁRIA DE UTI TIPO I  DIÁRIA DE UTI TIPO II  DIÁRIA DE UTI TIPO III  
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
31 - CIDE  
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
34 - CIDE  
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
37 - CIDE

#### 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ax haste bloqueada (etc + femur)  
haste bloqueada no 10 x 360 mm (al) com pino  
responsável de bloqueio no 65/3 - 70/3.  
Ranqueos verticais no 40/3 - 45/3.

#### PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 13/11/17  
41 - DOCUMENTO  
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
43 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO  
44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
45 - CDD. ORGÃO EMISSOR  
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

#### AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)







CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jose Constantino Neto BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 13/11/17  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fratura de fêmur de fêmur do fêmur  
 Cirurgião: Dr. Marcos Vinícius 1º Assistente: Dr. Luiz Portela  
 2º Assistente: Dr. Juliana 3º Assistente: Dr. Milton Barbosa  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Perrida  
 Tipo de Anestesia: Rapicromestesia Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur de fêmur direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur de fêmur direito</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim (  ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (  ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10575

João Pessoa, 13/11/17

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

ol

NOME DO PACIENTE: Dr. José Constantino Neto  
 IDADE: 69 anos SEXO: M DATA DE ADMISSÃO: 05/05/03  
 CIRURGIÃO: Dr. cir. Francisco de Souza et J. Marcos  
 CIRURGIÃO: Dr. Luis Edmundo Falcão, Dr. Vinício  
 ANESTESIA: Raqui  
 ANESTESISTA: Dr. Camil Fuenhoga  
 INSTRUMENTADOR: Dr. J. J. J.  
 DATA: 13/11/17 DEPARTAMENTO: ANESTESIA INÍCIO: 14:00 FIM: 15:00 CATEGORIA: 15-00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)  
 ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4) ASA 5 (ASA 5)  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO Nº18	1	FIQ CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA	1 500µg	L	JELCO Nº20		FIQ CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIQ DE AÇO Nº	
CETAMINA	500µg	L	JELCO Nº24		FIQ DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIQ DE NYLON Nº	2,0
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIQ DE NYLON Nº	3,0
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº13		FIQ DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	PVPi DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIQ POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24	L	FIQ POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPi TÓXICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIQ POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENQUERTO		FIQ POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OR	FIQ POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº1,8	OR	FIQ POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº1,3	OR	FIQ POLIGLECAPRILENO Nº	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº1,8	OR	FIQ SEDA Nº	
MORFINA	1	AGULHA 40X15	LUVA ESTÉRIL Nº1,3	OR	FIA CARDÍACA	
NIMBEM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OR	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE BORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓPIOLO		AGULHA RAQUI Nº250	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADUR	
RAMPENTANILA		AGULHA RAQUI Nº260	SCALP Nº21		FIQ DE KIRSCHNER Nº	3,0
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº270	SERINGA 3ML		FIQ DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIQ STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	OR	FIQ STEINMAN Nº	
TIOFENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA F/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA F/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	OR	CATETER DE OXIGÊNIO	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	
CFEAZOLINA	L	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
Dexametasona	L	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPYRIDA SÓDICA	L	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CÔRNICAS	
EFEDRINA	L	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CÔRNICAS	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEQUEINHA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MANDIBLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MANDIBLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACRÓGOTAS	TUBO SELICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMBA		ESPONJA DE PVPi				
TEMOXICAN	OR	ESPARADRAPO	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADOR	
CC		GAZES	FIQ ALGODÃO SIA Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS	FIQ ALGODÃO SIA Nº		( ) CAPNOGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO	FIQ ALGODÃO CIA Nº		( ) CÁRDIO-MONITOR	
		JELCO Nº14	FIQ ALGODÃO CIA Nº		( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16			( ) FOCO AUXILIAR	
					( ) FOCO CENTRAL	
					( ) MICROSCÓPIO	
					( ) OXÍMETRO DE PULSO	
					( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
					( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
					( ) SERRA	
					CIRCULANTE	

Placa bloqueada de Jomul  
 tox 360 (cat) com pino  
 Parafusos de bloqueio nºs  
 70/1 - 65/1

de Jomul  
 Jomul  
 Jomul







# FICHA DE ANESTESIA



001

DATA: 11/11/2012 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Jose Constantino Leite SEXO: M COR:  IDADE: 64

PRESSÃO ARTERIAL: 110/70 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36,5 PESO:  GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: Vltv AP. RESPIRATÓRIO: NON AP. CIRCULATÓRIO: NON

AP. DIGESTIVO: dejeu ESTADO MENTAL: loco DROGAS EM USO:  ESTADO FÍSICO (ASA): I

PRE-ANESTÉSICO DOSE/HORA:  DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

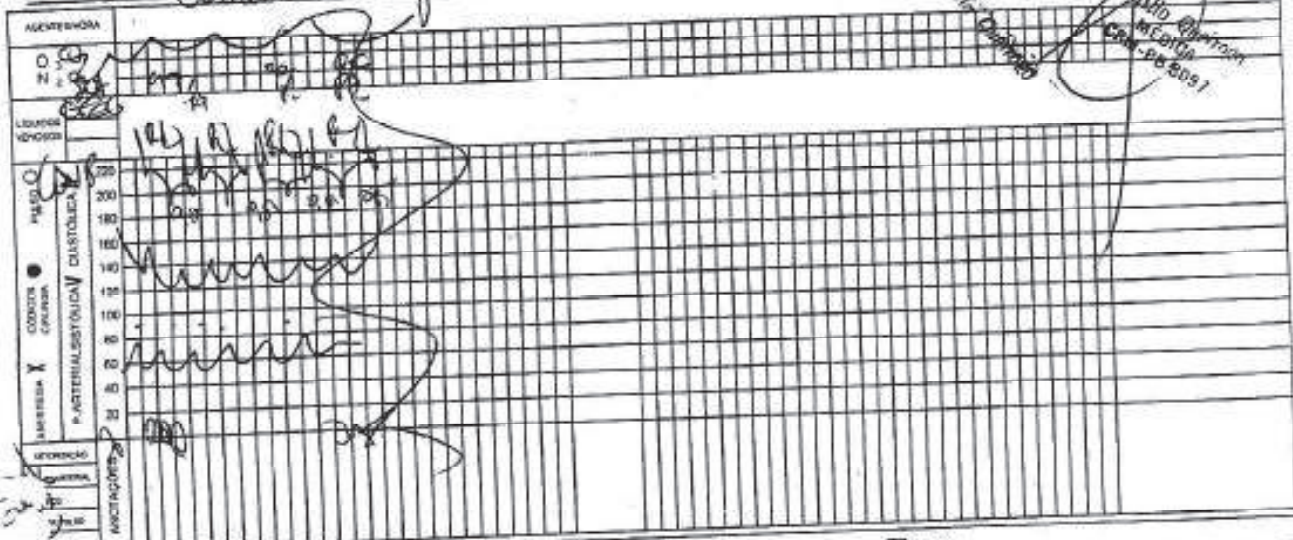
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirurgico de pólipos duodenais de fase 1

CIRURGIÃO: Dr. Vinícius AUXILIARES: Dr. Roberto DURAÇÃO DA ANESTESIA: 240min

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00 VALORES R\$:

DIGO DO PROCEDIMENTO:  QUANT. DECH.:  CRM-PB:

ANESTESISTA: Carolina Durães



ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOCO FLEGO  BLOCO ATERIO  OUTROS

TECNICA: parte de, monitorar o estado de base, saturação, pressão

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATÓMICO

11	<u>Cloralf 4g + 1g</u>	<u>20ml</u>
12	<u>Propofol 1%</u>	<u>20ml</u>
13	<u>Desma 3g</u>	<u>20ml</u>
14	<u>Midazolam 5mg</u>	<u>20ml</u>
15	<u>Atropina 1mg</u>	<u>20ml</u>
16	<u>Amorfinol 50mg</u>	<u>20ml</u>
17	<u>Amorfinol 50mg</u>	<u>20ml</u>
18	<u>Amorfinol 50mg</u>	<u>20ml</u>
19	<u>Amorfinol 50mg</u>	<u>20ml</u>
20	<u>Amorfinol 50mg</u>	<u>20ml</u>

OUTROS:





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em DD U sobre anestesia em mesa de trauma  
Assepsia antiseptica  
Colocação de campos cirúrgicos

### Incisão:

Via de acesso p/ haste de fêmur

### Achados:

Fratura displásica de fêmur (D)

### Conduta:

Realize imobilização do fêmur sob fluorescência  
Fixação e estabilização com haste intramedular  
de fêmur  
Ligadura com SF  
Reversão anestésica

### Fechamento:

Sutura por planos  
Curativos  
Rx de controle

### Observação:

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10575

João Pessoa, 13/11/17

Médico/CRM: \_\_\_\_\_







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 <b>HE STS HA</b>	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>Jose Constantino Neto.</b>	4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO FRONTIÁRIO <b>1039283</b>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	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	19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
	24 - CID 10 SECUNDÁRIO
	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIDADE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - DTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - DTDE	

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

**Onze sintaxe Fio de Steinman nº 4,0 - (04)**

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)







Nota de Sala Cirúrgica

36: 1039283

NOME DO PACIENTE: Jose Constantino Neto  
 IDADE: 67 ANOS SEXO: M PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO: José Cirurgião - Traça, as traço mesquite lafixa MJD  
 CIRURGIÃO: Dr. Zuber ZAIR: Dr. Zuber  
 ANESTESIA: Sedação  
 ANESTESISTA: Dr. Felipe  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 DATA: 05/11/17 TEMPO CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: INÍCIO: 17:45 FIM: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: INÍCIO: 18:00 FIM: \_\_\_\_\_

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)  
 ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
 CIRURGIA DE CONTAMINAÇÃO: ( ) CIRURGIA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALPENTANILA		IELCO Nº11		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPVACAÍNA ISOBÁRICA	<u>3 R2 5001</u>	IELCO Nº21		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BLIFVACAÍNA PESADA		IELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		IELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
PRNTANILA	PVP1 DORMIANTE	LÂMINA BISTURI Nº23	<u>1</u>	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVP1 TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVP1 TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVODRUPVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVODRUPVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	<u>10</u>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X32	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBEM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	<u>1</u>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRELÓDIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORPOL	<u>1</u> AGULHA RAQUIN Nº29G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº24G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RDCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº3G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOPLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº <u>4,0</u>	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	<u>1</u>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA OSSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/COLOSTOMIA		HEMOST. ARSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂMULA P/TRAQUEOSTOMIA Nº	<u>1</u>	KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC. ARTERIAL Nº		KIT PAN	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
EFEDRINA		COL. FE. URINA FECHADO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	<u>5</u>	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS	<u>1</u>	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
PLASE		EQUIPO TRANSF. SANGUE		SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP1		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAS
TENOXCAN		ESPARADRAPO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAS
		GAZES	<u>26</u>	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
		GAZES ALGODADAS			PLACA
		GEL ELETROLÍTICO			
		IELCO Nº14			
		IELCO Nº16			

EQUIPAMENTOS  
 ASPIRADOR  
 BISTURI ELÉTRICO  
 CAPNÓGRAFO  
 CARDIOMONITOR  
 DESFIBRILADOR  
 FOCO AUXILIAR  
 FOCO CENTRAL  
 MICROSCÓPIO  
 OXÍMETRO DE PULSO  
 O.P.A. INVASIVANO INVASIVA  
 PERFORADOR ELÉTRICO  
 SERRA  
 CIRCULANTE

Assinado eletronicamente por: VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA - 25/04/2019 13:33:34  
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042513301120500000020229280  
 Número do documento: 19042513301120500000020229280



Fernandes Cirurgia  
 12.9.011.2 P&G/ASCR-921-2





# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/11/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: João Constantino Neto SEXO: M COR:  IDADE: 64

PRESSÃO ARTERIAL:  PULSO: 85 bpm RESPIRAÇÃO: Sup. TEMPERATURA:  PESO: ± 80kg GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL:  BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO:  BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: A/alterações

AP. RESPIRATÓRIO: Nil AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO: jejum 8h ESTADO MENTAL: lote DROGAS EM USO: Anticoagulante

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: proct. miscuberg. MID (Kilias)

CIRURGIÃO: Dr. Braga AUXILIARES: Dr. Victor Jr

INÍCIO DA ANESTESIA: 17:45h TÉRMINO DA ANESTESIA: 18h DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  QUANT. DE CH.:  VALORES R5:

ANESTESISTA: Dr. Felipe Oliveira F. de Lima CRM-PB:

MOISTURADOR									
U1									
N.º 0									
EXPON.									
USUÁRIO									
VENCER									
Q. QUANT.	200								
VALOR	180								
DIAGNÓSTICO	160								
140									
120									
100									
80									
60									
40									
20									
0									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

ANESTESIA:  GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQUEIO  BLOQUEIOS  OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico

1	Fentani	50ug	11
2	Propofol	150mg	12
3			13
4			14
5			15
6			16
7			17
8			18
9			19
10			20

Observações importantes: Nega alguns problemas passados a anestesia;

Assinatura do Anestesiologista: Dr. Felipe Oliveira F. de Lima CRM-PB: 6560







# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) DDH sob Sedação
- 2) Anestesi: Anestesia Geral
- 3) Campos Esterilizados

Incisão:

Achados:

Ex. Distal do Fêmur D

Conduta:

4) Troca de Troca esquerdista transilabial em perna direita

Fechamento:

Observação:

Osteotomia calceal, 7 kg  
Na tórax

Médico/CRM:

*[Assinatura]*  
 Dr. Victor Salles de Azevedo Rocha  
 CRM: 10094-PP

João Pessoa, 05/11/17

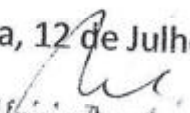


Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.  
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.  
Fone: (83) 3271 1156

### LAUDO MÉDICO

O paciente, JOSÉ CONSTANTINO NETO, Agricultor, brasileiro, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC: 09.239.906/0001-38, com nomenclaturas de CID 10 S72.3 e T93, compareceu no dia 12/07/2018, é portador de Sequela de Fratura de Fêmur direito, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Conforme Laudo desta Entidade.

Guarabira, 12 de Julho de 2018.

  
Dr. Aluísio Paredes

CRM 1600

Dr. Aluísio Paredes Moreira.

CRM: 1600.







ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE REABILITAÇÃO ERONIDES FERREIRA DE MELO

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins que o(a) paciente \_\_\_\_\_  
José Constantino Neto está realizando fisioterapia  
motora e analgésica por se encontrar com  
CID S723 neste Município. No período  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) realizam  
\_\_\_\_\_ sessões.

Mulungu, 16/05/2018

Dr. Vanilson P. Cardoso  
Fisioterapia  
Fisioterapeuta Responsável





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE REABILITAÇÃO ERONIDES FERREIRA DE MELO

FICHA DE CONTROLE - FISIOTERAPIA

Nome: José Constantino Neto Código: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Nº DE ORDEM	NOME	DATA
001	José Constantino Neto	04/01/2018
002	José Constantino Neto	08/01/2018
003	José Constantino Neto	10/01/2018
004	José Constantino Neto	15/01/2018
005	José Constantino Neto	17/01/2018
006	José Constantino Neto	22/01/2018
007	José Constantino Neto	24/01/2018
008	José Constantino Neto	29/01/2018
009	José Constantino Neto	15/02/2018
010	José Constantino Neto	07/02/2018

Nº DE ORDEM	NOME	DATA
001	José Constantino Neto	26/02/2018
002	José Constantino Neto	28/02/2018
003	José Constantino Neto	05/03/2018
004	José Constantino Neto	07/03/2018
005	José Constantino Neto	12/03/2018
006	José Constantino Neto	14/03/2018
007	José Constantino Neto	17/03/2018
008	José Constantino Neto	21/03/2018
009	José Constantino Neto	26/03/2018
010	José Constantino Neto	02/04/2018

OBS: Aplicar apenas 01 vez a cada dia.

Dr. Vanilson P. Cardoso  
Fisioterapia  
CRM 123-01  
Fisioterapeuta





