



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00140.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00140.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:02 horas do dia 04 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **Leonardo da Silva Ramo**, CPF nº 069.782.644-90, RG nº 2963714 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Açougueiro, filho(a) de Joana da Silva Ramos e Manoel Luiz do Ramo, natural de Mari/PB, nascido(a) em 08/10/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônia Gomes da Silveira, N° s/n, complemento ap.203, , bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo a Creche, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99142-1114.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Antônio Teotônio, Próximo Ao Lava Jato Dois Irmãos, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/09/18 06:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava trafegando com sua moto HONDA/CG 150, com placa:NPY-4665/PB, chassi:9C2KC1550AR093604, RENAVAM:0021034431-8, na rua Antônio Teotônio, bairro Cristo Redentor, nesta capital, quando o condutor de um carro que estava estacionado nessa mesma rua saiu de repente do local em que estava estacionado e colidiu na moto do notificante, derrubando-o no chão. Relatou que o condutor do referido carro solicitou o SAMU para socorrer o notificante e logo depois foi embora do local sem prestar nenhuma informação sobre ele ou sobre o carro. Informou que foi encaminhado para o hospital de TRAUMAS DA CAPITAL onde ficou internado(laudo expedido pelo Dr. Ewerton Noronha Teixeira, CRM:2516/PB, CID 10:S 42.0+S 72.2+S 72.3).

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de janeiro de 2019.

Liélia Moraes da Silva
Escrivão de Polícia

LEONARDO DA SILVA RAMO
Noticiante

Procedimento Policial: 00140.01.2019.1.00.401

1/



Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 20/05/2019 10:12:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052010125496100000020694273>
Número do documento: 19052010125496100000020694273

Num. 21290366 - Pág. 1

energisa

PATRICIA COSTA DO NASCIMENTO
RUA ANTONIA GOMES DA SILVEIRA, S/N | Q1 BL4 BAP303 | CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA/PB/CEP: 58070510 (AG. 1)

Emissão: 17/10/2018 Referência: Out / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor-João Pessoa / PB - CEP: 58011-680
Roteiro: 3 - 2-404 - 4830 N° medidor: 000085564111

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06.095.183/0001-46 Insc. Est. 16/015.623-0

Note Final / Conta de Energia Elétrica N°: 1133.223
Cód. para Débito Automático: 007 1414807

052.358.084-36

Out/18 17/10/2018 16/11/2018

Insc. Est.

24/10/2018

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

Data	Balança	Data	Leratura	1	50	63
14/09/18	3.29	17/10/18	3778			

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa(s)	Valor Base	Adic. Itron(R\$)	Base Custo (R\$)	Colim.(R\$)	
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Cofins(R\$)	0,67226 (0,0014%)
0601	Consumo 0 a 30KWh-BR	30.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,18
0601	Consumo 31 a 100KWh-BR	20.000,00	0,00	0,00	0,00	6,86	0,04	0,21
0801	Adic. B Vermelha	1,75	0,00	0,00	0,00	1,15	0,01	0,03
0810	Subsídio	18,28	0,00	0,00	0,00	18,28	0,12	0,57

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Uso de Direitos Subsidiários	27,50	0,00	0,00	2,95	0,00	0,00
------------------------------	-------	------	------	------	------	------

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 14,69 0,00 0,00 32,28 0,21 0,98

24/10/2018 R\$ 14,69

53 172 171 20 46 56 51 49 45 49 46 45
Out/18 Nov/18 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO

5772.c8df.0a59.8b5b.272f.1cd2.cce9.b11e.

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	4,41	30,02
Compra de Energia	7,38	50,10
Serviço de Transmissão	0,88	4,63
Encargos Sociais	1,04	7,08
Encargos Administrativos/Fazenda	1,20	8,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	14,69	100,00

Valor do BEM (Ref.8/2018) R\$ 5,11

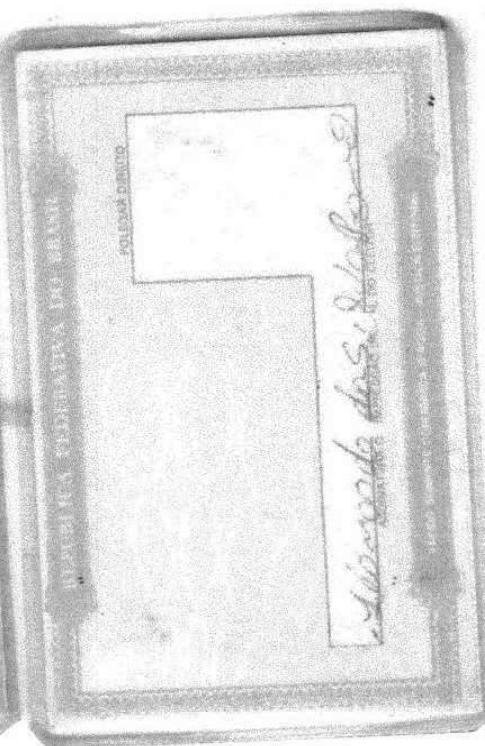
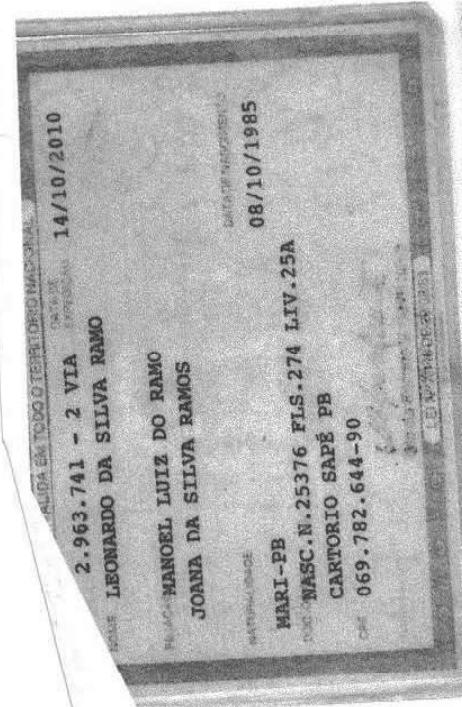
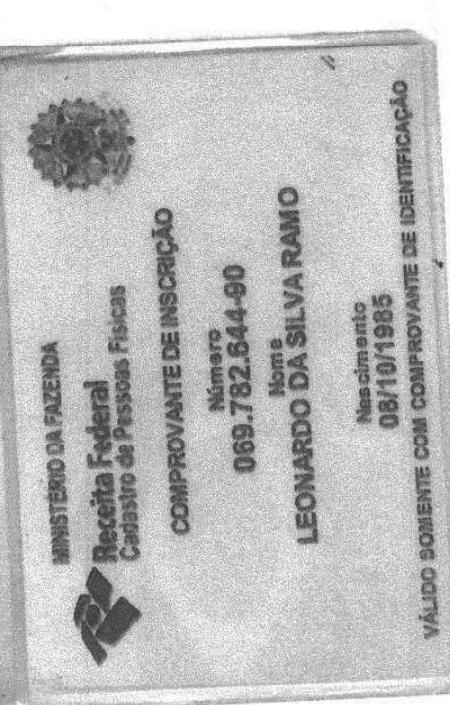
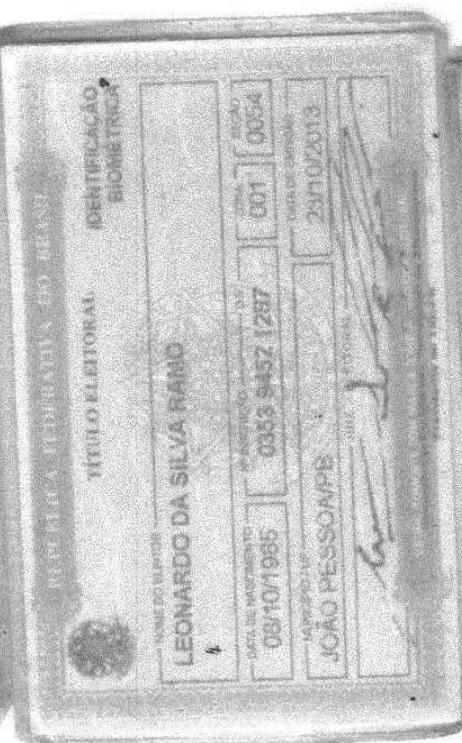
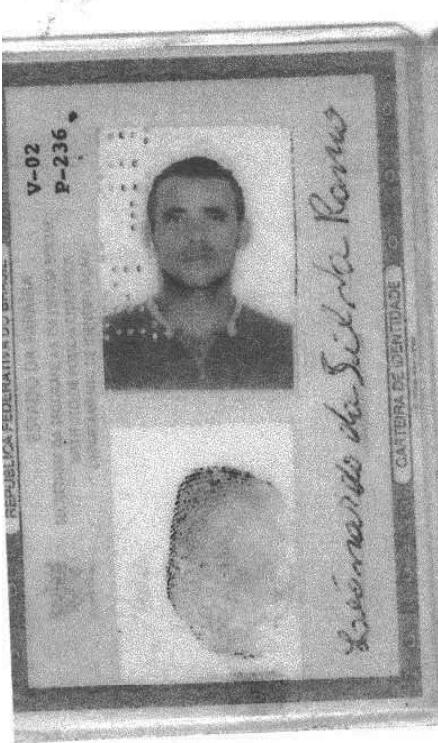
Set/18 12,46
Ago/18 12,34
Jul/18 13,41
Jun/18 12,25
May/18 11,26
Apr/18 22,69
Mar/18 24,51
Feb/18 11,26

energisa PARAIBA

24/10/2018 R\$ 14,69

Roteiro: 9 - 2-404 - 4830
Matrícula: 1641430-2018-6
83690000000-8 14690149000-4 16414802018-7 10600002019-3







LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LEONARDO DA SILVA RAMO

DADOS DE NASCIMENTO 08/10/85

NOME DA MÃE JOANA DA SILVA RAMOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.108.758

Nº PRONTUARIO 111.121

DATA DO ATENDIMENTO 16/09/18

HORA DO ATENDIMENTO 07:37

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVÍCULA D + FRATURA SUBTROCANTÉRICA + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E

CID 10 S 42.0 + S 72.2 + S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 1 hora, trazido pelo SAMU, apresentando escoriações da face, dor e edema e escoriações em ombro D e hemitórax D, além de dor e ferimento corto-contuso da coxa e dor em joelho E + pé D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP

RX do ombro D - AP e Oblíquo

RX da bacia - AP

RX da coxa E - AP e P

RX do joelho E - AP e P

RX do pé D - AP e P

USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura da clavícula D + fratura subtrocantérica do femur E + fratura da diáfise do femur E aos RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Fábio Crispim no 1º tempo e pelo Dr. Juiz Juvêncio e Dr. Teófilo Vanomark no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 02/10/18

DATA DA EMISSÃO: 23/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ESPECIALISTA
CRM - 516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

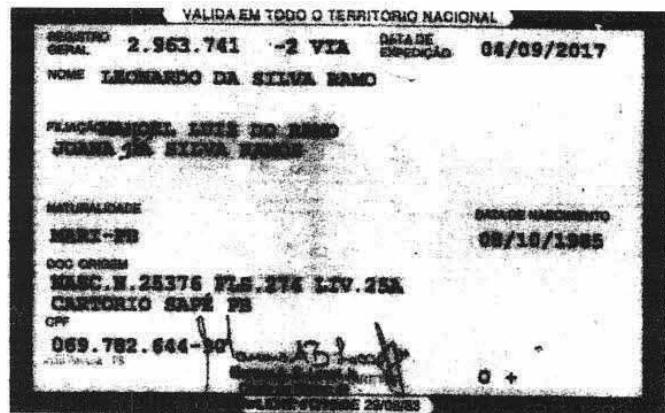
Boletim de Atendimento: 1108758



Identificação do paciente				
ID 1326712	Nome LEONARDO DA SILVA RAMO			Sexo Masculino
Data de nascimento 08/10/1985	Idade 32 anos 11 meses 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JOANA DA SILVA RAMOS	Pai MANOEL LUIZ DO RAMO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DE LOURDES MORAIS DE SOUZA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986457076	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2963741	Nº Cns		
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade MARI	CBO/R		
Endereço				
CEP 58070315	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Vale das Palmeiras	
Número SN	Complemento R PROJETADA		Bairro Cristo Redentor	
Admissão				
Data e Hora 16/09/2018 07:37:11	Número da pulseira 1000006284274	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 110	x 70	mmHg	P脉搏 100	Temperatura 39,9: 93
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente unconscious, franzido e com suor, moto e corvo respiração com copocito, referência dor no umbigo (), dor no (), femur (), dor p/ realizar exame () Ana Flavia Melo COREN-PB-416.190-ENF				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 02min 12seg

Imprimir







PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 16/10/11	ID da Ocorrência 019-5931	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 06	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base :	Hs	Hora de Chegada no Local :	Hs
Paciente / Usuário Licenciado - Sua Silvana Ribeiro				Idade 33	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:		
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cende <input type="checkbox"/> Outro: _____								
Logradouro Rua Antônio Teodoro, S/n.				Bairro Centro	Médico Regulador Guilherme			
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: _____								
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: _____								
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____								
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento								
HETSUL				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)				
Destino (Unidade Hospitalar)								

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<p>NATUREZA DA OCORRÊNCIA</p> <p><input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO</p> <p>Motiva:</p> <p><i>MIE + escoriações.</i></p> <p>► CAUSAS EXTERNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____ 	<p><input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA</p> <p>Hospital de Origem: _____</p> <p>Responsável: _____</p> <p>Hospital de Destino: _____</p> <p>Responsável: _____</p> <p style="text-align: center;">ANTECEDENTES</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo </td> </tr> </table> <p>Quais? _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo 		

1. DADOS VITais PA: 120-80-90 FC: 90 FR: 18 HGT: SpO2 - S/O2: 96% SpO2 - C/O2:

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: DPOG

Intervenciones: ~~Reest. Funcionales + AVP + curativo~~

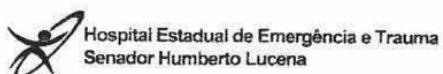
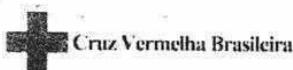
Evolução do Enfermeiro:

Evolução do Enteriteiro:
Pac. de 30 anos, fumador com colite procto-rectal crônica, com episódios agudos, de
intensidade variável, ondulação, lembra um paciente portador de enterite regional idiopática.
Provável f. s. f. - é o que em muitos casos incutem-nos de mais.
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA NESTE CASO, CONSULTE-NOS.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA no no T2-80, em uso de ID

Rivage





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LEONARDO DA SILVA RAMO	BAE 1108758	Data/Hora Entrada 16/09/2018 07:37:11	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1985	Idade 32a 11m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986457076
Mãe JOANA DA SILVA RAMOS			
Endereço Vale das Palmeiras, SN - R PROJETADA	Bairro Cristo Redentor	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional 7118/PB
Data/Hora Classificação 16/09/2018 07:37:11		Data/Hora Prescrição 16/09/2018 20:02:47	

Anamnese

- CIENTE LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL
 - SCUTIDO CASO COM OS PLANTONISTAS
 DR STEFERSON E BARTOLOMEU DECIDIDO
 POR INTERNAMENTO SEM PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA
 CD INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

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, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

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

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

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

Diluir

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, (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)

Diluir

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

PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V, 1X AO DIA

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

SSVV + CCGG

Conducta

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 16/09/2018 07:39:23

Internar Paciente

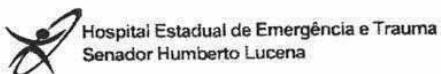
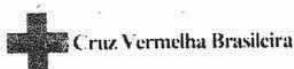


LEONARDO DA SILVA RAMO

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7118/PB)

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia, Cirurgia, Traumatologia
CRM-PB 7118 - Telf: 13401





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LEONARDO DA SILVA RAMO	BAE 1108758	Data/Hora Entrada 16/09/2018 07:37:11	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1985	Idade 32a 11m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986457076
Mãe JOANA DA SILVA RAMOS			Prontuário
Endereço Vale das Palmeiras, SN - R PROJETADA	Bairro Cristo Redentor	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCEL SARAIVA BARBOSA	Nº Cons. Regional 6900/PB
Data/Hora Classificação 16/09/2018 07:37:11		Data/Hora Prescrição 16/09/2018 19:53:50	

Sintomas

#IRURGIA GERAL#

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO, REALIZOU EXAMES, EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS ABDOMINAIS, NEGA DOR ABDOMINAL, DISPNÉIA, ETC.

RX DE TÓRAX SEM ALTERAÇÕES
USG FAST SEM ALTERAÇÕES

AOS EXAMES: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, AFEBRIL, EUPNEICO

ABD: PLANO, RHA+, FLACIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

CD: ALTA DA CIRURGIA GERAL
AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

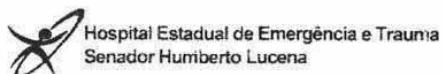
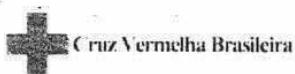
em observação

Dr. Marcel Saraiva Barbosa
Cirurgião Geral
CRM 6900

LEONARDO DA SILVA RAMO

MARCEL SARAIVA BARBOSA
(CRM: 6900/PB)





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LEONARDO DA SILVA RAMO	BAE 1108758	Data/Hora Entrada 16/09/2018 07:37:11	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1985	Idade 32a 11m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986457076
Mãe JOANA DA SILVA RAMOS			Prontuário
Endereço Vale das Palmeiras, SN - R PROJETADA	Bairro Cristo Redentor	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional 7118/PB
Data/Hora Classificação 16/09/2018 07:37:11		Data/Hora Prescrição 16/09/2018 19:56:56	

anamnese

CIENTE LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL
DESCUTIDO CASO COM OS PLANTONISTAS
DR STEFERSON E BARTOLOMEU DECIDIDO
POR INTERNAMENTO SEM PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA
CD INTERNAMENTO

Conduta

Internar Paciente

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 7118 - TEOT 13401

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7118/PB)

LEONARDO DA SILVA RAMO

D.º Djalma Bartolomeu P. Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4518-PB

Stefferson P.M. Diniz
Traumato-ortopedia
CRM-PB 5762

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 16/09/2018 07:39:23

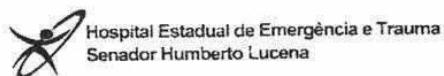
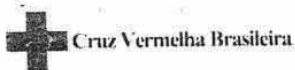
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=390025&pesquisa=S&per...

1/1



Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 20/05/2019 10:12:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052010125738500000020694728>
Número do documento: 19052010125738500000020694728

Num. 21290371 - Pág. 8



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LEONARDO DA SILVA RAMO	BAE 1108758	Data/Hora Entrada 16/09/2018 07:37:11	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1985	Idade 32a 11m 8d	Sexo Masculino	CNS
Mãe JOANA DA SILVA RAMOS			Telefone de Contato (83) 986457076
Endereço Vale das Palmeiras, SN - R PROJETADA	Bairro Cristo Redentor	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 16/09/2018 07:37:11		Data/Hora Prescrição 16/09/2018 15:17:58	

anamnese

CIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA 7 HORAS

EXIA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO , QUADRIL ESQUERDO E JOELHO DIREITO

AO EF:

OMBRO DIREITO: ESCORIAÇÕES , EDEMA (+2/4+) , ADM NÃO REALIZADA DEVIDO À DOR , NVC PRESERVADO
JOELHO DIREITO : FCC ANTERIOR NO JOELHO , MECANISMO EXTENSOR ÍNTEGRO , ADM MANTIDA , NVC PRESERVADO

QUADRIL ESQUERDO : SEM FERIMENTOS , EDEMA (+/4) , ADM NÃO REALIZADA DEVIDO À DOR , NVC PRESERVADO

TC E RAIOS DO OMBRO : FRATURA DA ESCÁPULA + CLAVÍCULA

BACIA : FRATURA PROXIMAL DO FEMUR ESQUERDO

JOELHO SEM ALTERAÇÕES

CD: ATB PROFILÁTICO + SUTURA + AVALIAÇÃO DA CIR. GERAL PARA POSTERIOR INTERNAÇÃO

MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 150 ML DE SF0,9%)

CUIDADOS

OLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA GERAL

ITURA DE FERIMENTO

Conduta

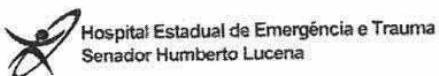
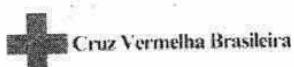
Em observação

Diego Dantas L.
Ortopedista
CRM:
7111
Data: 16/09/2018

LEONARDO DA SILVA RAMO

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)




AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LEONARDO DA SILVA RAMO	BAE 1108758	Data/Hora Entrada 16/09/2018 07:37:11	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1985	Idade 32a 11m 8d	Sexo Masculino	CNS
Mãe JOANA DA SILVA RAMOS			Telefone de Contato (83) 986457076
Endereço Vale das Palmeiras, SN - R PROJETADA	Bairro Cristo Redentor	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Regional 9301/PB
Data/Hora Classificação 16/09/2018 07:37:11		Data/Hora Prescrição 16/09/2018 11:51:18	

Anamnese
ORTOPEDIA

PCT VITIMA DE POLITRAUMA SECUNDARIO A ACIDENTE MOTOCICLISTICO

DS: DOR EM PE DIR, QUADRIL/COXA ESQ, OMBRO DIR

DO: DOR + EDEMA + ESCORIAÇOES EM PE DIR, DOR EM COXA ESQ, DOR EM OMBRO DIR

RX: EVIDENCIA FRATURA DE FEMUR PROXIMAL, E NAO É CONCLUSIVA QTO A FRATURA DE ESCAPULA DIR

CD: SOLICITO RX BACIA SEM PRANCHA, TAC DE OMBRO DIR

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

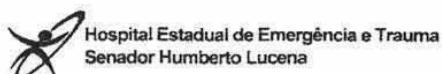
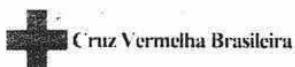
Código	Descrição
M25.5	Dor articular

Conduta

Em observação

LEONARDO DA SILVA RAMO

CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITREAU
(CRM: 9301/PB)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LEONARDO DA SILVA RAMO	BAE 1108758	Data/Hora Entrada 16/09/2018 07:37:11	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1985	Idade 32a 11m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986457076
Mãe JOANA DA SILVA RAMOS			Prontuário
Endereço Vale das Palmeiras, SN - R PROJETADA	Bairro Cristo Redentor	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 16/09/2018 07:37:11		Data/Hora Prescrição 16/09/2018 07:52:50	

anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU IMOBILIZADO EM PRANCHA RIGIDA E COM COLAR CERVICAL COM RELATO DE ESTAR PILOTANDO UMA MOTOCICLETA QUE SOFREU COLISÃO COM AUTOMÓVEL HA 1H. O PACIENTE QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO DIREITO, HEMITORAX DIREITO, COXA ESQUERDA, JOELHO E PE DIRIETOS. NEGA SINCOPE OU VOMITOS. NEGA INGESTA ALCOOLICA. VIAS AEREAS PERTIVAS, COLAR CERVICAL ADEQUADAMENTE INSTALADO E SEM QUEIXA DE DOR CERVICAL, TORAX SEM ESCORIAÇÕES, SEM SINAIS DE FRATURAS, ESCORIAÇÕES OU LESÕES EXTERNAS, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA E SIMETRICA BILATERAL. SEM SANGRAMENTOS EXTERNOS, ABDOME PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. GLASGOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADO, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, ESCORIAÇÕES EM FACE À DIREITA, OMBRO DIREITO, JOELHO E PE DIREITO.

CD:
SOLICITO RX DE OMBRO DIREITO / TORAX / BACIA / COXA ESQUERDA / JOELHO E PE DIREITOS
SOLICITO FAST
PARECER DA ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

GLUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dr. Atízia Raposa
Médico de Plantão - CRM-PB

Conduta

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 16/09/2018 07:39:23

Em observação





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 17/09/2018 07:07:10

Paciente LEONARDO DA SILVA RAMO	Boletim de Atendimento 1108758	Data/Hora Entrada 16/09/2018 07:37:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/10/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 111121
			Plantão DIURNO

Evolução Médica (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 17/09/2018 07:07:00)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

paciente evoluindo estável, sem queixas, aguardando exames pré op.

Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO Leito: 0003

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 20/05/2019 10:12:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052010125851700000020694729>
Número do documento: 19052010125851700000020694729

Num. 21290372 - Pág. 3

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 <i>MEETSHL</i>			2 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES					
Identificação do Paciente								
5 - NOME DO PACIENTE <i>Leonardo da Silva Ramo</i>			6 - N.º DO PRONTUÁRIO <i>1108758</i>					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>			9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE			DDD		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)			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 UTI E/OU 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-QTDE		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34-QTDE		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37-QTDE		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>2- Fios de Kirschner - 2-0 (02) Sendo 1 como Guia. 1- Agulha de Plesco - 35cm (01)</i>								
PROFISSIONAL SOLICITANTE								
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
AUTORIZAÇÃO								
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



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 <i>R.E.E.T.S.H.C.</i>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Leonardo da Silva Ramo</i>		6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1108758		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / / /	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		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 UTI E/OU 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-QTD	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34-QTD	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37-QTD	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>2- Fíos de Kishanen - 2-0 (02) 1- Agulha de Pleso - 35cm (01)</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO () CNS () CPF		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Leonardo da Silve Rosa BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1

Clínica/Setor: Ortopedias EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Trecho cirúrgico de fratura de clavicula ①

Cirurgião: Dr. Júlio Cesar 1º Assistente: Dr. Vitor Lins 2º

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de clavicula ①</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trecho cirúrgico de fratura clavicular ①</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

Dr Bruno de Lima
MÉDICO
CRM-PB 10075

João Pessoa, 01/06/2019

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE	<i>Leonardo da Silveira Pinto</i>					
IDADE	39	SEXO	BE	PRONTUÁRIO	758	ENFERMAGEM
CIRURGIA	<i>Trat. Cir de Fratura de Clavícula Distal</i> (C)					
CIRURGIÃO	Fábio	PAUN	2 AUX			
ANESTESIA	<i>Bloqueio de Plexo</i>					
ANESTESISTA	<i>Tiennes</i>					
INSTRUMENTADOR	<i>X</i>					
DATA	01/05/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO	14:00	CIRURGIA INICIO	15:00	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3) ASA IV (ASA 4) ASA V (ASA 5)						
GRAL DE CONTAMINAÇÃO (LIMPIDA) / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO Nº18		FIOS CAT GUT CROMADO Nº	
BLPIVACAINA ISOBARICA			JELCO Nº20		FIOS CAT GUT CROMADO Nº	
BLPIVACAINA PESADA			JELCO Nº22		FIOS DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIOS DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORANICANº		FIOS DE NYLON Nº	
ETONIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIOS DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15		FIOS DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23		FIOS POLIGLACTINA Nº	
FLUNIZENIL	PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24		FIOS POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TOPICO		LÂMINA DE DERNIATOMO		FIOS POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	10/10	FIOS POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C. VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL Nº7,0		FIOS POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA S. VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL Nº7,5		FIOS POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL Nº8,0		FIOS SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
NINIBIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL QTD.	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIOS DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIOS DE KIRSCHNER Nº 20/02	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML		FIOS STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIOS STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL Nº8		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNLULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
AGLA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BENTRA	Q	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	Q	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DENAMETASONA	Q	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPRORINA SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
EFEFRINA		COLET. URNA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FLROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<input checked="" type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCOXATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	<input checked="" type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		FIOS	QTD.	
TENONICAN		ESPARADRAPO	<input checked="" type="checkbox"/> FIO ALGODÃO S.A Nº		() ASPIRADOR	
		GAZES	<input checked="" type="checkbox"/> FIO ALGODÃO S.A Nº		() BISTURI ELETTRICO	
		GAZES ALGODOADAS	<input checked="" type="checkbox"/> FIO ALGODÃO C.A Nº		() CAPNOGRAFO	
		GEL ELETROLITICO	<input checked="" type="checkbox"/> FIO ALGODÃO C.A Nº		<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº14			() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16			() FOCO ALXILIAR	
		01 Agulha de Pleco 35cm			<input checked="" type="checkbox"/> FOCO CENTRAL	
					() MICROSCOPIO	
					() OXIMETRO DE PULSO	
					() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
					() PERFORADOR ELETTRICO	
					() SERRA	
					CIRCULANTE	
					<i>Girle</i>	

F(NG) ASCIR 021-2

Girle Corrêa Alves
Téc. Enfermagem
Faculdade de Medicina da UFGM



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0823620-64.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%)



ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, trагam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 29 de maio de 2019.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0823620-64.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%)



ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, trагam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 29 de maio de 2019.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito

