

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 200.8.19.07978/01
	Joao Pessoa	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	Data de emissão: 28/03/2019
Número da guia: 200.2019.607978 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.157,03
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866000000111 570309283184 520190331204 081907978019</p>			Valor final: R\$ 1.157,03

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 200.8.19.07978/01
	Joao Pessoa	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	Data de emissão: 28/03/2019
Número da guia: 200.2019.607978 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.157,03
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866000000111 570309283184 520190331204 081907978019</p>			Valor final: R\$ 1.157,03

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 200.8.19.07978/01
	Joao Pessoa	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	Data de emissão: 28/03/2019
Número da guia: 200.2019.607978 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.157,03
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866000000111 570309283184 520190331204 081907978019</p>			Valor final: R\$ 1.157,03





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.607978

Data Vencimento: 31/03/2019

Data Emissão: 28/03/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: GILIARD LIMA SANTOS

Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Valor da Causa: R\$ 10.125,00

Despesas Processuais: R\$ 13,01

Custas: R\$ 990,80

Taxa: R\$ 151,87

Total da Guia: R\$ 1.155,68

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051512165752900000020598753>
Número do documento: 19051512165752900000020598753

Num. 21187789 - Pág. 2



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NB 7-1

Paciente: **GILARD LIMA SANTOS**

TRM T12

18/11/2017

Prescrição Médica

Dália laxativa

SF 0,9% 2000 ml. iv 24h.

Dipirona 1g - AD EV 6/6h

Oxigênio 40mg 1 amp + alud 10 mL iv ao dia.

Muscedon 8mg + AD EV 8/8h SE NECESSÁRIO

Captofibe 25 mg VO se só maior igual a 180 x 110 mmHg.

Transfuso 100mg + SF 0,9% 100ml. iv 8/8h s.a

Cetoglutarato 160mg SF 0,9% 200mL iv 12/12h.

PA, P, TAC

Cleandine 40mg SC 1/dia

Antesmar diclofenac 50mg e etofenamat 225mg.

ASIA E
AGUARDA PROCEDIMENTO

EQUIPE DE NEUROCIURGIA DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES	
COMPROV. SEGUROSE E F. EVIDENCIAS	
21 MAR. 2018	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



18 10:00 PA: 110x80 T: 37°C S1

18/4/18 20hs PA 120,80

Paciente consciente, orientado, deambula
socia, dieta, fegosa, urinaria, queixa-se
de dor no Cervical -pe medicação con-
forme prescrita, feito acesso, bebeu
dos cuidados de enfermagem

Maria S. L. Guimaraes
Tec de Enfermagem
CORON-# 0122261

Paciente consciente orientado
sem alterações mentais.

Luzia
Natalia
Raquel
Cíntia
Andrea
Eduardo
Daniela





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Barão Gonzaga Fernandes

NB 7-1

Paciente: GILIARD LIMA SANTOS
- - - - -
TRM T12.

3/13/2017

Prescrição Médica

ASIA E

Medicament	Dosis	Wirkung	Route	Zeit	Frage
Omeprazol 40mg 1 Amp + add 10ml IV ab da,					
Musagutin Ring + AD EV & ab SE NECESSARIO					
Cinnarizil 25 mg VO ab 1.100er Lipid a 150-110 mmHg,					
Tramadol 100mg + SF 0,5% 100ml. IV & BH s. n					
Cetoproluso 100mg+SF 0,5% 200ml. IV 12/12h.					
PA, P TAK.					
Clexane 40mg SC 1x/dia					
Allgemeine Dokumentation ab der 1.100er					

Equipe de Reumatologie du Hôpital de l'Enfant et Trauma Béthune Gérardine Fernández

Daniel Dean
Neurocirurgião
CRM 6602

PPTOCOL0
JGACO PES330
11 MAR 2018



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:57
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905151216564770000020598754>
Número do documento: 1905151216564770000020598754

Num. 21187790 - Pág. 3

39 31 2017

12:45

PA: 12009600009
T: 392
R: 80
D: 20

Poem constante omissão.
Lamento a ausência de causa. Até o momento perm
etendo. Necessário encaminhar documentação necessá
ria para o desfecho da questão.

Téc. da Enf:

Jaci Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
CORRET 820035



39 31 2017
12:45
PA: 12009600009
T: 392
R: 80
D: 20

Jaci Ferreira Lima
Técnico de Enfermagem
CORRET 820035





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma De

Hospital de Emergência e Trauma D

59

NB
2-1

PHOTOGRAPHIC LIBRARIES
LIBRARY OF CONGRESS

Kob Kelly

20-11
08:00
 $\beta_A = 102.80$
 $\gamma = 36^\circ$





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

des

GILIARD LIMA SANTOS

TRM T12

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

D. Morris Waynesburg, Pa., Sept. 25, 1924
B. S. C.
24 NOV. 2019 R. L. C.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:57
<http://pjef.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051512165647700000020598754>
Número do documento: 19051512165647700000020598754

Num. 21187790 - Pág. 6



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGÁ FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	GILLIARD LIMA SANTOS
DATA DO EXAME:	15/11/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Moderada quantidade de líquido livre intra-cavitário. Na dependência de condições hemodinâmicas favoráveis, a tomografia computadorizada poderá avaliar melhor possíveis lesões viscerais.

Não identificamos sinais de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e viscerais ocultas.

Dr. Diogo Araújo de Freitas
Médico Radiologista
CRM-PB: 7195





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

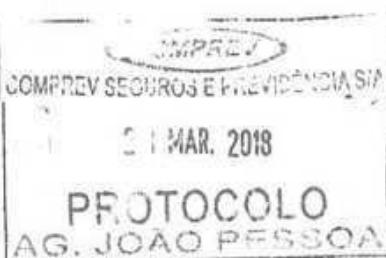
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilvane Rama Santos	Registro:	Leito: 7-A	Setor Atual: Neuro
---------------------------	-----------	------------	--------------------

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %	HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: () Local:	Obs.:
--	----------------------------------	-----------------	-------

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

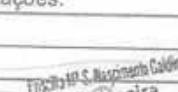
SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE / 5-20 Data da punção 13/11 / 13
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: / /
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente evoluíu bem intubado 	
FRANCINE S. Alves de Carvalho Enfermeira COREN-PB 506357	
 MAR. 2018	
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: 20/11/17 HORA: 13:00 h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre, 2000.





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

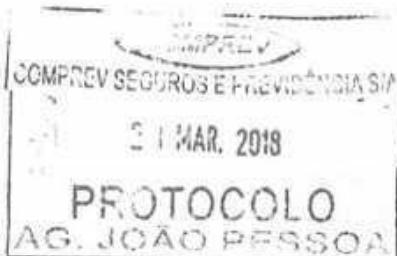
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilma Lima Santos | Registro: _____ | Leito: 7 - I | Setor Atual: Nurs

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: 20 irpm; PA: 10/80 mmHg; FC: 88 bpm; SPO2: 97 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.: TRM

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				17 / 3 / 17	
NOME:	Bianca de Souza				
IDADE:	50	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às 12:00 h	
SETOR:	LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESença DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: EXERCÍCIO de maca				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Procedimento invasivo				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: COMPROMISSO E PREJUDICADA				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: 21 MAR 2018		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: PROTOCOLO				
<input type="checkbox"/>	CD/FR: AG. JOÃO PESSOA				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
Eliete da Silva ENFERMEIRA		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<i>DS</i>	<i>JF</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 03 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<i>contínuo</i>	<i>11</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPORtAS DO PACIENTE.		<i>4</i>	<i>MM 125</i>		





Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:57
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905151216564770000020598754>
Número de documento: 1905151216564770000020598754

Núm. 21187790 - Pág. 12

15/11/17 | Cirurgia Genit
22:30h |

Noga den Abdome

VSG far: Maderola Quirúrgica lânde lime

→ Ralo de Ascite Pnev.

SC 74, PA 120x80, Nonconectado

e Abd: isolou e ssn iniçou Paine

R-X: Esporabilisme T12?

Pr: TC Coluna ronco-lombalgia
TC Abd nom cl Comm re Vaso (Uncinata)

D'um teto

2) Fim concur so → Pefto

3) Fim concur pa am (in) Pefto

Obscur - Jejunum

DESTINO DO PACIENTE _____, _____ às _____ hs.

Dr. Gobrial Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

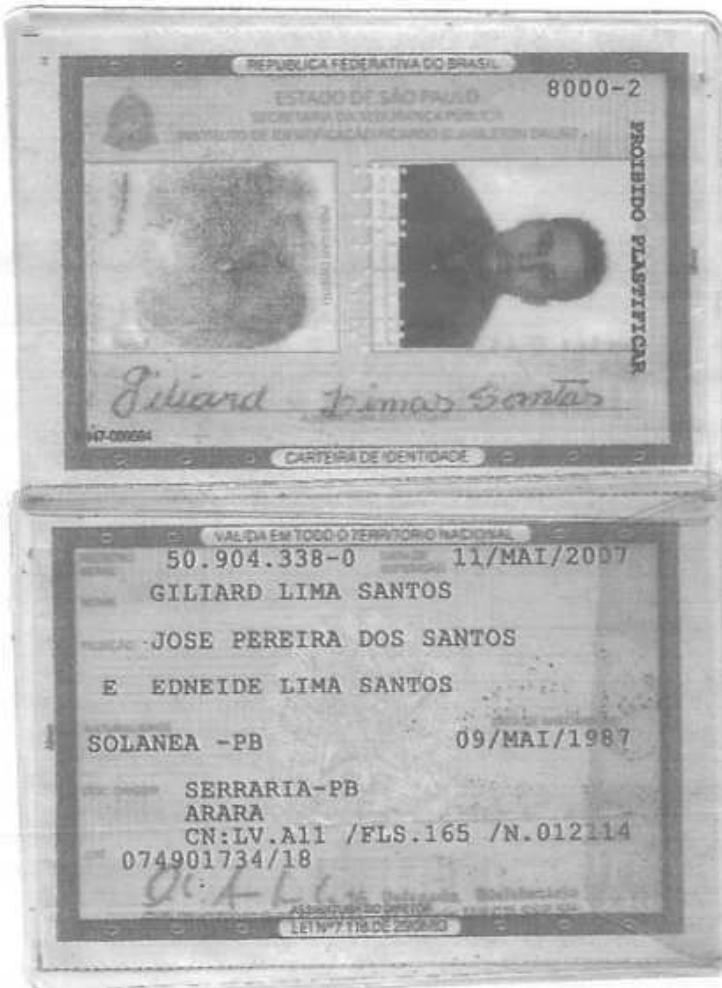
SERVIÇOS REALIZADOS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
23 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Gobrial Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	IDADE
() Centro cirúrgico _____	() Alta hospitalar / () Pediátrica
() Internação (sefor) _____	() Isento Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____	() Íbito
<i>Ass. elo paciente ou responsável quando necessário</i>	<i>Ass. elo paciente ou responsável quando necessário</i>





Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:57
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051512165647700000020598754
Número do documento: 19051512165647700000020598754

Num. 21187790 - Pág. 14

RITA FRANCISCO DOS SANTOS
Sít SACO DOS CAMPOS 42-ÁREA RURAL
SOLANEA/PB CEP: 59225002 (AG: 44)

Emissão: 23/02/2018 - Referência Fev / 2018
Classe/Síntese: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL, MONOFÁSICO
Roteiro: 16-44-113-4310 N°medidor: 00000473769

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Br20/KWh - Custo Receptor: Juiz de Fora/PB - CEP 56171-400
CNPJ:0006193.0001-40 - Inscrição Estadual: 023.0
Nota Fiscal/Certidão de Energia Elétrica: 8/000240100
Cód. para DB: Automatize: 00000210751

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	23/02/2018	26/03/2018	4971820418 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/621075-1

Canal de contato

- Levou chuveiro no chuveiro? hora de chamar um eletricista da Companhia. Não tem que achar que é só um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no contato com o Instituto Transmissor da Dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

(83) 98888-0129

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
24/01/18 9986	23/02/18 9940	1	54	33

Demonstrativo

CCI - Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Cac.	Aq. tom (R\$)	Banc. (R\$)	Prv (R\$)	Cofre (R\$)
TRIBUTO TETO(R\$) ICMS(R\$) ICMF(R\$) Fazenda(R\$) (1,085%) (0,1894%)							
EEB01 Consumo em kWh	54.000 0,72/0,70	38,99	38,99	29	9,72	36,99	9,43
EEB07 CONTRIBUICAO P/LUM.PUBLICA		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 46,69 38,99 9,72 36,99 9,43 2,02

Média últimos meses (kWh)
54

VENCIMENTO
02/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 45,69

Histórico de Consumo (kWh)												
48	58	60	52	87	50	68	51	48	52	59	54	
Fev/17	Mar/17	Abri/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	

b158.6a74.08af.6133.9964.848f.fe98.23e7

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGMENSIAL	0,00	NOMINAL
DIGTRIMESTRAL	25,52	220
DIGANUAL	51,05	
FIC MENSAL	7,92	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,08	202
FIC ANUAL	31,28	LIMITE INFERIOR
DMC	8,99	LIMITE SUPERIOR
DGR	16,80	221

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia e PB	10,23	22,39
Companhia de Energia	12,02	26,46
Despesas Administrativas	1,52	3,26
Entregas Serviços	2,63	5,79
Impostos Diretos e Encargos	10,97	41,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	46,69	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:57
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051512165647700000020598754
Número do documento: 19051512165647700000020598754

Num. 21187790 - Pág. 15

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

_____, ____ / ____ / ____.

x Giliad Lima Santos



SINISTRO 3180471373 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GILIARD LIMA SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO GILIARD LIMA SANTOS

CPF/CNPJ: 07490173418

Posição em 27-02-2019 14:18:32

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=11669262499&sinistroConsultaPedido=318044>



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051512165545700000020598755>
Número do documento: 19051512165545700000020598755

Num. 21187791 - Pág. 2



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 268/2018

Aos NOVE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GILIARD LIMA SANTOS, conhecido(a) por GILIARD, Identidade nº 50.904.338-0-SSP/SP, CPF nº 074.901.734-18, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Pereira Dos Santos E Edneide Lima Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/05/1987 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Saco Dos Campos, tendo como ponto de referência: próximo à entrada do trevo de Casserengue/PB, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98888-0129.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:00min;
- 4) **Local do fato:** Pista da Barra, em Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma em Campina Grande/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;**
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**
Ford Pampa, ano/modelo 1997/1997, cor prata, placa MYQ 7466, chassi 9BFZZ554VB965015
- 7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

8) Breve resumo do fato:

QUE o comunicante estava na cadeira do carona do veículo identificado acima, quando o motorista ao tentar ultrapassar outro veículo, acabou perdendo o controle do carro, ocasionando então o capotamento; QUE o comunicante foi atendido por uma unidade de ambulância pertencente ao hospital regional de Solânea/PB e encaminhado ao hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não consta.

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

Giliard Lima Santos

GILIARD LIMA SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente/Delegado
Matrícula nº 181824-4

COMPREV

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIAS

2 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Holha_Solanea_180617

Dr .Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Gillard Lima dos Santos é portador do CID : S 29 + T 07 ocasionado por acidente de automóvel . A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

*Dr Anuar Murad Filho
Médico
C.R.M-PB: 8.742*

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

13-06-2018



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N° 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



PACIENTE: GILIARD LIMA SANTOS

DATA: 19/09/2018

RADIOGRAFIA DA TRANSIÇÃO DA COLUNA TORACOLOMBAR

- Eixo vertebral normal.
- Presença de placas e parafusos de fixação metálicos nos corpos vertebrais de T11, T12 e L1.
- Redução da altura da porção anterior do corpo vertebral de T12.
- Osteófitos anteriores nos corpos vertebrais de T11 e T12.
- Redução do espaço intervertebral de T11-T12.



Izabelle Padilha Morano- CRM 7079

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Telefone (83) 3363 1236 – clinicapolividapb@gmail.com

Rua Leônico Costa, 540 – centro

Solânea – PB CEP 58225-000

CNPJ 22.494.864/0001-40

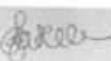


PACIENTE: GILIARD LIMA SANTOS

DATA: 19/09/2018

RADIOGRAFIA DA TRANSIÇÃO DA COLUNA TORACOLOMBAR

- Eixo vertebral normal.
- Presença de placas e parafusos de fixação metálicos nos corpos vertebrais de T11, T12 e L1.
- Redução da altura da porção anterior do corpo vertebral de T12.
- Osteófitos anteriores nos corpos vertebrais de T11 e T12.
- Redução do espaço intervertebral de T11-T12.



Izabelle Padilha Morano- CRM 7079

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Telefone (83) 3363 1236 – clinicapolividapb@gmail.com

Rua Leônicio Costa, 540 – centro

Solânea – PB CEP 58225-000

CNPJ 22.494.864/0001-40



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051512165545700000020598755>
Número do documento: 19051512165545700000020598755

Num. 21187791 - Pág. 6

 GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51

Declaração

Declaro para os devidos fins, que GILIARD LIMA SANTOS, foi atendido nesta Unidade de Saúde, no dia 15/11/2017 às 17:21Hs, conforme consta em nosso registro Nº 45148. O mesmo sendo encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande. CID S 29.

Dra. Rosalba Fernandes da Silva
CRM 3067
CNS 206790120300007

Solânea-PB, 09 de Março de 2018



Rua Prof. Alaide Silva, nº 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000
Fone/Fax: (0**83) 3363-2257 - Email: hesolanea@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 15/05/2019 12:16:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051512165545700000020598755>
Número do documento: 19051512165545700000020598755

Num. 21187791 - Pág. 8

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
Rua Profª Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

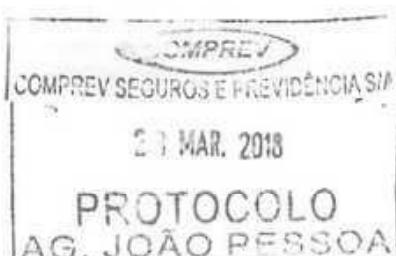
UNIDADE DE ORIGEM: Hosp. Distrital de Solânea

NOME DO PACIENTE: Giliane Lima Santos 30

PROCEDÊNCIA: Solânea

Bolinha com ponada na
região dorsal (S1/C) PA=140X90mm A7, HGT=81
mg/dL Fazem. Tóxico?
Solicito enciaçao.

Dra. Rosálba Fernandes da Silva
CRM: 3067
CPF: 204.310.842-72
CNS: 206790120300007



Solânea (PB), 15/11/2017





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Cláudia Pinho Sampaio	
End:	Bairro: Oláno	
Data de Nascimento:	07-05-27	Documento de Identificação:
Queixa:	Data do Atend.: 35-11-18	
Acidente de trabalho?	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Calmo	(<input checked="" type="checkbox"/>) Fáceis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:		
Pressão arterial:		
Temperatura axilar:		
Mucosas: (<input type="checkbox"/>) Normocorada		
(<input checked="" type="checkbox"/>) Pálida		

Estratificação

MOD. 110

- {
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Novoell Gomes Filho
T.R.E.P. 10/18

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

FERM - FORTIR

Paciente	G. Blane	Alojamento	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/11/17	1 - Metg laxatik	AM	Assistida Mto
	2 - Sf 2,01 N 24L	15:30-16:40	
	3 - Diprostone 1g N 4/4C	20:00	
	4 - Transtrost 100mg fisiol N 1/1		
	5 - Reperfusão no baf.		
	6 - Inf. Rovanele		

Alexandre Martinim
CRM/PB: 04440
Início: 2017-11-16 10:45:42

COMPRA SEGURO SEU FUTURO
MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Mod. 015



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS

Admitido en 14.00

Diagnóstico

21 MAR 2019

PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA







SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Ferna

Equipe do Neurocirurgião do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernando





PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

GILIARD LIMA SANTOS, brasileiro, portador do RG nº 509043380 SSP/SP e CPF nº 074-901.734-18, residente e domiciliado em Sit Saco dos Campos, 42, Área Rural, Solânea/PB, CEP 58225-000

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839, estabelecido à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES:

A quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência (art. 105, CPC).

CONTRATO:

Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, ____ de _____ de 20____.

OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1

