



PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

O (a) Outorgante André Belo dos Santos,
brasileiro, união estável, desempregado, portador (a) do RG nº
56.466.112-3, expedido por SESP/SE e CPF nº 082.999.384-30, residente e
domiciliado(a) na(s) Sítio Cowninha,
nº SN, Bairro Zona rural, Cidade enté, UF PB pelo presente

instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procuradores e advogados os Bels. NILO TRIGUEIRO DANTAS – OAB/PB 13.220 e DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA – OAB/PB 17068, brasileiros, casados, advogados, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº 47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0**83) 3371-2274, ao qual confere poderes para o foro em geral, nos termos do art.38, inclusive parte final do código de Processo Civil, podendo confessar, transigir, desistir, receber e dar quitações, firmar compromissos, prestar primeiras e últimas declarações, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições públicas, federais, estaduais, municipais, conjunto ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Picuí-PB, 13 de julho de 2016

x André Belo dos Santos
Outorgante

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777
E-mail: nuboletto@gmail.com





MARINALVA DOS SANTOS SILVA
SET CANDRINHA, SR - AREA JURUÁ
CNPJ: 11.500.000/0001-90

enercisa
ENERGISA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Classificação: RESIDENCIAL / BABA RENDA MÍNIMA AQUARIO
Rua: 1 - 105 - 235 - 2200
Número: 0000370183

B290, km 22 - Cidade Redenta - João Pessoa/PB - CEP: 58071-600
CNPJ: 09.025.182/0001-40 - Insc Est: 16.015.222-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0000 007.115
Código para Dátilo Automático: 0001443945

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

RESERVADO AO PISCO

v391.8m5 dt:11 27-5c1e13ab 8d11 add7

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 51141366-5

Jan / 2016

Canal de contato:

Apresentação

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

Não deve exigir parâmetro. Todos devem a degradar, pôr e diluir aquela

13/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

RE/16965318

Cálculo de consumo

Anteriores	Atuais	Consumo	Dias

Data	Leratura	Data	Leratura	Consumo	Dias
14/12/15	3057	13/01/16	2101	1	44

Anteriores	Atuais	Consumo	Dias

Data	Leratura	Data	Leratura	Consumo	Dias
14/12/15	3057	13/01/16	2101	1	44

Anteriores	Atuais	Consumo	Dias

Data	Leratura	Data	Leratura	Consumo	Dias
14/12/15	3057	13/01/16	2101	1	44

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 2014/12-09	30	0,14463	4,33
Consumo: 31 a 10/1/2016-09	14	0,24794	3,47
Agic. B. Vermelha			0,94
Subsídio			11,73

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 2014/12-09	30	0,14463	4,33
Consumo: 31 a 10/1/2016-09	14	0,24794	3,47
Agic. B. Vermelha			0,94
Subsídio			11,73

Impostos e Encargos	Valor (R\$)
ICMS (SERTIJO)	0,31
PIS	1,43
COFINS	-11,73

Impostos e Encargos	Valor (R\$)
ICMS (SERTIJO)	0,31
PIS	1,43
COFINS	-11,73

Devolução Subsídio	Valor (R\$)

Devolução Subsídio	Valor (R\$)

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/15	37
Nov/15	45
Out/15	37
Sep/15	41
Agosto/15	32
JUL/15	38
Jun/15	37
Maio/15	40
Abril/15	45
März/15	43
Fev/15	38
Jan/15	44

Média de consumo: 37,75 kWh/mês

+0 kWh/mês

ENCERRAMENTO

20/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 10,38

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Encargo de Dist. e Distribuidor	6,80	50,76
Impostos de Energia	10,39	48,25
Agic. B. Vermelha	0,53	2,45
Encargos de Fornecedores	2,15	9,75
Encargos de Distribuidor	1,74	8,17
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	22,11	100,00

Valor total da conta: R\$ 22,11 (Início de Contabilidade: 00/01/1999)

Indicadores de Qualidade

Limite da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)
01/MENSAIS	11,20	0,60
02/TRIMESTRAIS	22,00	NOMINAL
03/ANUAIS	20,00	200
04/MENSAL	7,50	0,00
05/TRIMESTRAL	15,64	LIMITE INFERIOR
06/ANUAL	31,20	231
07/ANUAL	8,09	0,00
08/ANUAL	16,00	LIMITE SUPERIOR



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, André Belo dos Santos,
RG nº 56460120-3, data de expedição 19/06/12, Órgão
SSP/SE, CPF nº 082 399 384-30, venho perante a este
instrumento declarar que não posso comprovar endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	SITIO Canoinha
Número	S/N
Apto / Complemento	03A
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	CUIABÁ
Estado	PB
CEP	58175-000
Telefone de Contato	(83) 99912-5490
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CUIABÁ, 26/07/16

Assinatura do Declarante: André Belo dos Santos



DECLARAÇÃO (Lei 7.115)

Eu,

André Belo dos Santos brasileiro(a),
união estável, desempregado, portador do RG nº
56.466.112-3 expedido por SSP /SP e do CPF nº
082.999.384-30, residente
na(o) sítio comoinha,
município de curitiba. **DECLARO**, nos precisos termos do art. 1º da
lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (lei da desburocratização), para o fim de dispensa de
custas processuais, **QUE SOU POBRE NA FORMA DA LEI**, cuja situação econômica não
me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento
próprio ou da família, **BEM COMO QUE RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA**
ENUNCIADO.

Declarando ainda, ser convededor(a) das sanções civis, administrativas e
criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declaréi não porte estritamente a verdade.

Picuí - PR, 13 de julho de 2016.

Andre Belo dos Santos
DECLARANTE

(A rogo se não souber ler nem escrever)

LEI N° 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983
DOU 30/8/1983

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.
O Presidente da República,

Faz saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homônima ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Abi-Ackel /Hélio Beltrão



SINISTRO 3160482248 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDRE BELO DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Mapfre Vera Cruz

Seguradora S/A #624

BENEFICIÁRIO ANDRE BELO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 08299938430

Posição em 22-08-2016 10:56:31

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Não Conforme	

*Porção em 28/04/2017
Pedido de invalidização cancelado*





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2^a REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CAMPINA GRANDE
13^a REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - PICUÍ
47^o DISTRITO INTEGRADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CUITÉ
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CUITÉ
Rua Sebastião Buriti, 107 – Centro – Cuité/PB – CEP: 58.175-000 – Fone: (83)3372-2431



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 17/2016

Aos **29/01/2016**, nesta cidade de **Cuité**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. **DURVAL SANTOS BARROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo **PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA – Escrivão de Polícia**, ao final assinado, ai, por volta das **09:30** horas, compareceu **ANDRÉ BELO DOS SANTOS**, conhecido por "GATO", nacionalidade **BRASILEIRO**, estado civil **UNIDO ESTAVELMENTE**, profissão **DESEMPREGADO**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **30 anos de idade**, nascido aos **11/08/1985** em **BARRA DE SANTA ROSA/PB**, filho de **ZACARIAS BARBOSA DOS SANTOS E ELIZABETE DE LIMA BELO**, portador de Cédula de Identidade N.^o **56.460.112-3**, expedida pela **SSP/SP**, e C.P.F. de N.^o **082.999.384-30**, endereço **SITIO CANOINHAS, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**, celular: **(83)99338-7982**, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO QUE:

QUE NO DIA 20/11/2015, POR VOLTA 17H00 ESTAVA O NOTICIANTE PILOTANDO SUA MOTOCICLETA (HONDA NXR150 BROS ESD, ANO MODELO 2007, PLACA MOG4487/PB, VERMELHA, CHASSI 9C2KD03107R800123, RENAVAN 0093633951-9 LICENCIADA EM NOME DE JANILSON FELIX DA SILVA), TRANSITANDO EM DAMIÃO/PB PELA RUA JOSE PAULINO (PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA DA SAIDA PARA CACIMBA DE DENTRO/PB) QUANDO O FREIO DA MOTO TRAVOU E O MESMO VEIO A CAIR. QUE NA OCASIÃO MANOEL DE LIMA PEREIRA (TESTEMUNHA 1) PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS LEVANDO O NOTICIANTE PARA O POSTO DE SAUDE DE DAMIÃO. QUE NÃO PODENDO SUPRIR AS NECESSIDADES FOI SOLICITADO A SAMU QUE O TRANSFERISSE PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE QUE EM DECORRÊNCIA DA QUEDA SOFREU FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO DIREITO, QUE CHEGANDO AO HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE FOI NECESSARIO INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA COLOCAÇÃO DE PINOS (5) PARA FIXAÇÃO DO OSSO. QUE ATÉ HOJE SENTE DORES DEVIDO A QUEDA. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo (a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

1 – Nome: MANOEL DE LIMA PEREIRA, R.G. n.^o 2926451 –SSP/PB, C.P.F. N.^o 060.204.844-32

Endereço: **SITIO CANOINHAS, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**

2 – Nome: FRANCISCO DE ASSIS SILVA E MELO, R.G. n.^o 2.182.5240 2 VIA – SSP/PB, C.P.F. N.^o 024.668.694-46

Endereço: **VARZEA DA POSSE, S/N** bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ/PB**

André Belo dos Santos
ANDRÉ BELO DOS SANTOS
Noticiante

Pericles dos Santos Filgueira
PERICLES DOS SANTOS FILGUEIRA
Responsável pelo registro



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - PB		Nº 012028549426	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		FRT 2015000074344-3	
VIA	COD. RENAVAM	RN. INIC.	EXERCÍCIO
<input checked="" type="checkbox"/> 1	0093633951-9	00/00000000	2014
+ NOME JANILSON FELIX DA SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	
08575018442		MOG4487/PB	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
NOVO PB		9C2KD03107R800123	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/MAC APLIC		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARAÇ / MODELO HONDA/NKR150 BROS ESD		ANO FAB.	ANO MOD.
CAP / POT / CIL		2007	2007
2 P/149 /CI		CATEGORIA PARTIC	GOR PREDOMINANTE VERMELHA
I	IPVA PAGO EM	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P	30/04/2015	1 ^a	
V	PAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a
A	*****		3 ^a
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
***** SEGURO		PAGO	29/01/2015
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
JOAO PESSOA_PB_CAL		04/05/2015	
40665		7003781	
EXPEDITOR			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012028549426 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2014		04/05/2014	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	08575018442	MOG4487/PB	
RENAVAM		MARAÇ / MODELO	
00936339510		HONDA/NKR150 BROS ESD	
ANO FAB.	CAT TARE	Nº CHASSI	
2007	9	9C2KD03107R800123	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
***** ENB (R\$)	***** DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	1	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
*****	SEGURO	PAGO	
S	PAGAMENTO	29/01/2015	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7003781-1555255-20150504



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEICULO

Eu, André Belo dos Santos, RG: 56.466.112-3 CPF: 082-999.384-3 residente e domiciliado na sítio. Canoinha, S/N
Zona rural, Cidade de Reute, no Estado do PB

_____ venho por meio deste, informar que sofri um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo informar tendo em vista que o mesmo está em local incerto, razão pela qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados de veículo conduzido por mim.

Nome do proprietário: Jonilson Felix da Silva

Ano: 2004

Placa: M064487 / PB

Chassi: 9C2KDD3J07R900323

Data do acidente: 20/11/2015

Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local/Data Picuí - PB, 12 de julho de 2016

Assinatura



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, André Belo dos Santos, portador da carteira de identidade nº 56.460.112-3 e inscrito no CRMF sob o nº 080.999.384-30, residente e domiciliado na Sítio Camorim, Cidade Cuité, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

-) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
-) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
-) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

André Belo dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ricau-PB, 13 de julho de 2016

Local e data





**GOVERNO
DA PARAÍBA**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUSPEITA
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.259/0001-50

Código da Unidade: 00023471

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - NALVINAIS

Município: CAMPINA GRANDE

UF:PB

Estado: PARÁBA

Nome: ANTONIO DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Profissão: ESTUDANTE

Documento de identificação:

Endereço profissional:

Bairro: RUA

Endereço particular:

Bairro: RUA

PACIENTE/INTERESSADO

ATENDIMENTO

Tipo de atendimento:

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada:

Procedimento:

0,70 reais

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Aryanne	Sobrenome:	Souza	Bairro:	Cente
End:	R.	S/nº:	Beluno	Documento de identificação:	
Data de Nascimento:	11/08/1995	Data do Atendimento:	20/11/15	Hora:	21:25
Quaisquer:	AC Volc	Documento:			

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 type="checkbox"/>) Fáceis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Desambulação:	(<input type="checkbox"/>) Livre	(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas	(<input type="checkbox"/>) Maca				

Frequência cardíaca:

Temperatura axilar:

Mucosas: () Normocondra () Pálida

400.110

Estratificação

Vencendo - atendimento imediato
 Vinte - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente	André Bento dos Santos			Nº Procedimento
Data da Operação	21/11/15	Enz.	Leito	
Operador	Dr André Matos		1.º Auxiliar	D. Indupluson
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		Instrumentador	
Anestesia	Dra Sônia Oliveira			Tipo de Anestesia: Nau
Diagnóstico Pré-Operatório	<input checked="" type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA LASEO NO TONDEUSE DA TORNADOURA DE PÉ			
Tipo de Operação	<input checked="" type="checkbox"/> TIB (MÍNUS) DE FRATURA EXPOSTA DA TORNADOURA DE TORNADOURA MILITAR			
Diagnóstico Pós-Operatório	<input checked="" type="checkbox"/> MESMO			
Relatório Imediato da Patologia				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Operação				

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

ATIVIDADES - Técnicas - Linhas de Produção - Descrição - Sumário - Material Empregado - Aspectos Visuais

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Vida de Acesso e Técnica - Ligaduras - Debrideamento - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viáveis

1) Drenagem abdominal

2) Exploração de laringe e traqueia extensa

3) Laringe fibrotizada (FPO)

4) Nodos pulmonares + fibrose alveolar extensa

5) Díodo + nódulo enzootico 30 mm

6) Endopatéma da faringe e velo

7) Glândula + fibrose óssea cervical 35 mm

8) Fibrose + peritonite

9) Órgão / FPO 30% nódulo 20

10) Sutura / nódulo 20

11) Osteite

12) Ossificação

NICE GIRL

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		2
Movimento 2 membros = 1		
Movimento 4 membros = 2		
Apneia - 0		2
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		1
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		2
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		2
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		(10)
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesista



NOTA DE SALA : CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Andre Belo dos Santos DATA: 12/08/1995
LEITE Sala 04 CONVERSAO S/US IDADE 32-a REGISTRO 1254305

CIRURGIA: Colpect de tonsilas D CIRURGIO: Dr. Andre Ribeiro
RAC: Vira + Tonsilite multiple ANESTESIA: Dra Socorro Abrantes

ANESTESIA: Ropivacaine

DATUM: 12/08/2015 HORA: 09:30 FIM: 00:50

Qtd.	MATERIALS / SOLUÇÕES	DATA	INÍCIO	Qtd.	FIM	CÓDIGO
01	Algodão estéril	01	Bolsa Colostomia			
	Alicate s/ Ong.		Catéter cromado Sámar			
	Algodão s/imp.		Catéter cromado Somex			
	Brascos s/imp.	30	Catéter cromado Somex			
	Lâmina s/imp. 12mm		Catéter cromado Somex			
	Colostom s/imp.		Catéter Simples			
	Eletrocaut.		Catéter Simples Serie			
	Fenóxido s/imp.		Catéter Simples Serie			
	Fenóxido s/imp.		Catéter Simples Serie			
	Fenóxido s/imp.		Catéter Simples Serie			
	Injeção ml		Cera p/ cera			
	Kerolax ml		Elboword			
01	Medicamento Novocaina 1%		Elboword			
	NutriNid s/imp.		Equipo de Macrogomas			
	Pavilon s/imp.		Equipo de Macrogomas			
	Prolignano s/imp.	6/5	Equipo de Sangria			
	Pronoxide 1%		Equipo de PVC			
	Quicofin ml		Estilete Largo cm			
	Rapidez s/imp.		Fazendo cm			
	Thiabendazol ml		Gato Pacote c/ 10 unidades			
	Tramadol s/imp.		H.O. ml	02	Mononylon 2-0	
				72	Mononylon 3-0	
01	MERCADORIAS	03	Impeach manual			
	Aqua Urinaria s/imp.		Lâmina de Bisturi n° 23			
	Desinfetante s/imp.		Lâmina de Bisturi n° 31			
	Dissecador s/imp.	03	Lâmina de Bisturi n° 15			
	Esquadri s/imp.	03	Lâmina 7.0	03	Vicryl Série	
	Fibrocavit s/imp.	0/3	Lâmina 7.5		Vicryl Série	
	Ganimétrica s/imp.	03	Lâmina 20		Vicryl Série	
	Globo s/imp.		Lâmina 8.5			
	Globo de Cálcio s/imp.	01	Guantex			
	Haiimaco ml		PIP-Drochette ml			
	Hepatoma ml		PIP Tópico ml			
	Konikson s/imp.	01	Saco Amniótico			
	Látex s/imp.	01	Saco colost.			
	Medronazol	01	Seringa dext. 10 ml			
	Plast. s/imp.		Seringa dext. 20 ml	05	SG Hipertônico 100 ml	
	Prostamina		Seringa dext. 50 ml		SG Hipertônico 500 ml	
	Rivian s/imp.		Sonda		SG Ringer 500 ml	
	Supinador s/imp.		Sonda Jolley			
02	Sistema de Enfriamento		Sonda Hemogásica	01		ORTSESE E PRÓTESE
02	Sistema de aquecimento		Sonda Urinária	02		01 Blana 3 tubular
01	Tensil de algodão		Steripads ml	02		02 Uparapuro sobrejacente 18
			Torundas	02		02 colicato 18+16
			Vaseline ml	060		10
01	MATERIAIS / SOLUÇÕES					
01	Aiguila dext. 25x7		Gelcon 18			
01	Aiguila dext. 20x12		Lâmina			
	Aiguila dext. 24x15					
01	Aiguila s/imp. 25					
01	Aero de Enfriamento	50%				
	Alcool hidratado ml					
02	Algodão de Coton	15cm				
02	Algodão de Gesso	15cm				
	Ajuda metálica s/imp.					
	Bemerg ml					

EQUIPAMENTOS

- (1) Oxímetro de Pulso
- (1) Serra
- (1) Desinfetador
- (1) Foco Faseol
- (1) Foco de Luz
- (1) Foco Autônomo
- (1) Eletrocauterio
- (1) Oesopatologô
- (1) Cardiomonitor
- (1) Perforador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Relatório de Circulação
Técnico de Circulação
COREN: 512.037

Bio Implants	MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA			Rastreamento 4529
Caixa 3,5 (Simples)				
Hospital: <u>Hospitalar e Umarizal</u>	Código: <u>DOL</u>			
Procedimento: <u>Fixação com Fixação de Fract. Exposto cod. Procedimento:</u>				
Paciente: <u>André Ribeiro dos Santos</u>	Convênio: <u>50</u>			
Data da Cirurgia: <u>01/11/15</u> Nº prontuário: <u>1254305</u>	Convenio:			
Cirurgião: <u>Dra André Barreto</u> Código: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Caixa Pronta			
ESTIMATIVA DE MATERIAL				
Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	<u>Placa 1/3 Tubo d/</u> <u>+ Furos</u>			
ESTIMATIVA DE PARAFUSOS				
			Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 3,5 mm	Nº: <u>36</u> 18 Qtd: <u>02</u> 03 Cód:			
Parafuso Cortical 1,5 mm	Nº: Qtd: Cód:			
Parafuso Esponjoso 4,0 mm	Nº: <u>18</u> Qtd: <u>02</u> Cód:			
Parafuso Esponjoso #6,5 mm R/16 Curta	Nº: Qtd: Cód:			
Parafuso Esponjoso 6,5 mm R/32 Longa	Nº: Qtd: Cód:			
Parafuso Maleolar 4,5 mm	Nº: Qtd: Cód:			
DESCRIÇÃO DO PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.				
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS			Anotações do Médico	
Condições de Pagamento: _____				
Faturar N.F para: _____				
Cód. do consultor: _____ Total: _____				
Cód. Instrumentador: _____				
Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodólico Teles, 2458 - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05				
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioplants.com.br				



Diagnóstico

Se deseo otra cosa que el vino, t
anque no sea de pez.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

paciente **4-144** **SEXO** **M** **SENTO**

Alojamiento	4	Lecto	4	Convenio
--------------------	----------	--------------	----------	-----------------

Data	Prescrição Médica	Histórico	Evolução Médica
22/4	1. Diet: <u>Vine</u> 2. SAI 1000ml EV/2h + 3G Acopur EV 2ml 3. Dipirona 500mg AD EV 06/05h 4. Paracetamol 200mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jetison 6. Transtil 10mg + 300mg SF 0,3% EV 8/16h SM 7. Nasturto 0,01% + AD EV 08h SM 8. Clesone 40mcg SC/dia 9. SSIVR + CG3G	20/4 21/4 22/4 23/4 24/4 25/4 26/4 27/4 28/4 29/4 30/4 31/4 1/5 2/5 3/5 4/5 5/5	COR, suspeita, apesar de manutenção em...
10.5AT	10. SAT 3000 U 11. Bactin 1g EV 12/12h 12. Lufenoxor diazepina 13. Lubomidazole 50mcg, ev 08h	10/5 11/5 12/5 13/5 14/5 15/5 16/5 17/5 18/5 19/5 20/5 21/5 22/5 23/5 24/5 25/5 26/5 27/5 28/5 29/5 30/5 31/5 1/6 2/6 3/6 4/6 5/6	ab: VPA



115.00 36.6°C 80 100000 + - Rainfall at 0.8 m. no measurements from sea. 2000
Cannabis has died. The following
COREN 201

16 SEPTEMBER
COREN 1965



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTI)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Name: Andri Blo des Gatos

Enfer: 9

Lotto: 1

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36 °C: P/FC: bpm: FR: bpm: PA: 100/80 mmHg. HGT: mg/dl

Peso: Kg Altura: cm Dor: IS / IN Local:

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação Neurologica

Nível de consciência: ()Consciente ()Orientado ()Confuso ()Letárgico ()Torpido ()Desorientado

GLASGOW: Drogas (Sedação/Anestesia):

Pupilas: ()Acomodadas ()Anticomodadas ()D>E ()E>D Fotoreceptores ()S ()N ()Mólicas ()Mufláticas

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

MMII: ()Preservada ()Paresia ()Plegia ()Parestesia Local:

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: ()Preservada ()Diminuída ()Ausente

Acuidade Auditiva: ()Preservada ()Diminuída ()Ausente

Dor: ()Expressão facial de dor ()Relato verbal de dor ()Dor a estimulação Tátil Local:

Necessidade de Comunicação

()Preservada ()Prejudicada ()Ausente

()Comunicação não-verbal ()Mária ()Disfaria ()Disartria ()Distalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: ()Espontânea ()Cateter nasal ()Venturi % min ()Tracheostomia

()Eupneia ()Tráqueia ()Bradipneia ()Diapneia ()Outro

Ausculta pulmonar: MV presente ()D ()E Diminuídos ()D ()E

Ruidos adventícios: ()Roncos ()Sibilos ()Creptos ()Estridor ()Outro:

Tosse: IS ()N ()Inprodutiva ()Produtiva

Expectoração: ()S ()N Quantidade e aspecto:

Obstrução de vias aéreas: ()S ()N Permeabilidade das vias aéreas: ()S ()N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

P脉: ()Regular ()Irregular ()Impulsivo ()Falso ()Cheio

P脉: ()Corada ()Hipocoada ()Cianose ()Sudorese ()Fria ()Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ()<3 segundos ()>3 segundos Turgescência jugular ()S ()N

Drogas vasoativas: ()S ()N Precordialgia: ()S ()N

Ausculta Cardíaca: ()Ritmica ()Arritmica ()Sopro ()Outro

Função Venosa: ()Periférico ()Central ()Dissecção Localização:

Edema ()N ()S ()MMSS ()MMII ()Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo sádicos: ()Nubindo ()Emagrecida ()Obesa ()Caquético

Danidão: ()Completo ()Incompleto ()Uso de próteses

Alimentação: ()VO ()SNG ()SOG ()SNE ()Gastronomia ()Jejunostomia

Alterações: ()Ingestão ()Distasia ()Intolerância alimentar ()Pirose ()Náusea

()Vômito ()Outros:

Abdômen: ()Normotensão ()Distraindo ()Tenso ()Asfítico ()Outros:

RHA: ()Normativos ()Hipoativos ()Hipertivos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ()Liquida ()Normal ()Constipado há dias ()Outros:

Observações:

Eliminação urinária: ()Espontânea ()Retenção ()Incontinência

()SVD: Volume: ml de horas Aspecto: ()Clara ()Concentrada ()Outros:

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucoso							
Condição da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Pegajosa	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Cicatriz	<input type="checkbox"/> Esquimose	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Hematoma
() Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Descamativa	<input type="checkbox"/> Lesões			
Coloração da pele:	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica		
Condições das mucosas:	<input type="checkbox"/> Úmidas	<input type="checkbox"/> Secas	Turgor da pele:	<input type="checkbox"/> Preservada	<input type="checkbox"/> Diminuída		
Manifestações de sede:	<input type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> N	Local/Aspecto:				
Ulceras de pressão:	<input type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> N	Estado:	Local:	Descrição:		
Necessidade de cuidado corporal							
() Independente	<input type="checkbox"/> Dependente	<input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente					
Higiene Corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória	<input type="checkbox"/> Insatisfatória	<input type="checkbox"/> Presença de odor				
Higiene Bucal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória	<input type="checkbox"/> Insatisfatória					
Necessidade de ajuda para auto-cuidado:	<input type="checkbox"/> S	<input checked="" type="checkbox"/> N					
Limitação Física:	<input type="checkbox"/> Acumulado	<input type="checkbox"/> Bengala	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Outro:			
Necessidade de sono e repouso							
Preservado:	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Insônia	<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia	<input type="checkbox"/> Sono interrompido		
Observações:							
Necessidade de Segurança e Grapátila							
Sentimentos e Comportamentos:	<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Aprendizagem			
	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM							
23/11/15							
<p>Ritmo cardíaco: regular, pulso 110 BPM, pressão arterial: 120/80 mmHg, temperatura: 36,5°C, saturação de oxigênio: 98%. Foi feito procedimento EVA (eliminação pressurizada), auxiliado por enfermeiros da enfermaria, sono e repouso preservados, seguir aos cuidados do enfermeiro.</p> <p>AVOID</p>							
Continuidade e Assinalatura do Enfermeiro:				DATA:		HORA:	

Revista Portuguesa de Psicologia, 2006, 57(2), 207-222 | DOI: 10.1080/08758050600823002 | ISSN: 0875-8054 | ISSN (electrónico): 1671-0069



Name:

André Belo dos Santos

Enter:

Leave:

Sex:

Age: 30

Height:

Weight: 70 Kg

Gender:

Color: Brown

Marital Status:

Exams Laboratory altered:

Necessidade de Regulação neuroológica

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Latêntico Tíraposico Desorientado

GLASGOW: Drogas (Sedativa/Analgesia):
Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotoreceptores SI NI Óticas Mioóticas

Mobilidade física: MMSS: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:
MMII: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: Preservada Diminuída Ausente

Acuidade Auditiva: Preservada Diminuída Ausente

Dor: Expressão facial de dor Relato verbal de dor Dor a estimulação Tátil Local:

Necessidade de Comunicação

Preservada Prejudicada Outro:

Comunicação não-verbal: Afasia Disfásia Disartria Distalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: Espontânea Catáter nasal Mantém 16 min Traqueostomia

Eugenia Hiperfíbia Bradipneia Dispnéia Outro:

Ausculta pulmonar: MV: presente D E Diminuído D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Crepitos Estidor Outro:

Tosse: IS V N Produtiva Produtiva

Expectoração: IS N Quantidade e aspecto:

Obstrução de vias aéreas: IS N Permeabilidade das vias aéreas: IS N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

P脉: Regular Irregular Impalpável Fibrilação Cheio

Pele: Corada Hipotôrada Gianeira Sudorese Fria Aquecida

Tempo de enchimento capilar: >3 segundos <3 segundos Turgescência Jugular: IS N

Drogas vasoativas: IS N Precordialgia: IS N

Auscultação Cardíaca: Rítmica Arritmica Sopro Outro

Puncão Venoso: Periférica Central Dissecção Localização:

Edema: N IS MMSS: NMMH Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo somático: Nutrido Emagrecido Obeso Gastróptico

Dentição: Completa Incompleta Uso de próteses

Alimentação: VO: SNG: SOG: SNE: Gastrostomia: Jejunostomia

Alterações: Inapetência Disfagia Intolerância alimentar Pirose Náusea

Mônito Outros:

Abdômen: Normotensão Distendido Tenso Ascítico Outros:

RHA: Normativos Hipoventilados Hiperventilados

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: Líquida Normal Consumo há dias Diurais:

Observações:

Eliminação urinária: Exponencial Relação Incontinência

Eliminação vaginal: N VD: Volume: ml de horas Aspero: Clara Concentrada Outros:

QR Code

Caráter e resultado do Estrelismo: Caráter e resultado do Estrelismo:

Capítulo 4 - Aula 10

FONTE: FLICKR.COM/CHRISW9000/REPRODUÇÃO - 20/01/2013



Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa	
<input checked="" type="checkbox"/> Umida	<input type="checkbox"/> Pegajosa
<input type="checkbox"/> Ressecada	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz
<input checked="" type="checkbox"/> Esquimose	<input type="checkbox"/> Marchas
<input type="checkbox"/> Hematoma	
<input type="checkbox"/> Rash	<input checked="" type="checkbox"/> Prurido
<input checked="" type="checkbox"/> Descamativa	<input type="checkbox"/> Lesões
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada
<input checked="" type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ictérica
<input type="checkbox"/> Gialoboa	
<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas	<input type="checkbox"/> Secas
Turgor da pele:	<input type="checkbox"/> Preservada
<input type="checkbox"/> Diminuída	
Manifestações de sede:	<input checked="" type="checkbox"/> S
Incisão cirúrgica:	<input checked="" type="checkbox"/> S
Local/Aspecto:	
Ulcera de pressão:	<input checked="" type="checkbox"/> S
Estágio:	<input type="checkbox"/>
Local:	<input type="checkbox"/>
Descrição:	
Necessidade de cuidado corporal	
<input type="checkbox"/> Independente	<input checked="" type="checkbox"/> Dependente
<input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente	
Higiene Corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória
	<input type="checkbox"/> Insatisfatória
<input type="checkbox"/> Presença de odor	
Higiene Bucal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória
	<input type="checkbox"/> Insatisfatória
Necessidade de ajuda para auto-cuidado:	<input checked="" type="checkbox"/> S
	<input type="checkbox"/> N
Limitação Física:	<input type="checkbox"/> Acomodado
	<input checked="" type="checkbox"/> Bengala
	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Outro:
Necessidade de sono e repouso	
Preservado:	<input checked="" type="checkbox"/> S
	<input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Ansônia	<input checked="" type="checkbox"/> Dorme durante o dia
	<input type="checkbox"/> sono interrompido
Observações:	
Necessidade de Segurança e Gregária	
Sentimentos e Comportamentos:	<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo
	<input type="checkbox"/> Ansiedade
	<input type="checkbox"/> Medo
	<input type="checkbox"/> Apreensão
	<input type="checkbox"/> Agitação
	<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>segue com EGR na CRM e avs cuidados da equipe de enfermagem</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
	
DATA: 29/11/15 HORA: 11:00	

FONTE: BOPRDINHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre, 2009.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura exposta diafragma
perna (femur) D + braço
braço do P.B.

Alcance:

L
Leito

I
Convênio

Paciente: Andre Bento dos Santos.

Presença Médica

Data: 20/11/18. Diagnóstico: Fratura exposta diafragma femoral. Hinchada com dor intensa. OI EV 6/6K. Rx: 40mg BIA + AD EV 42/42K. Rocker 10° EV 12/12K. Clorazone 400mg qdizam. Omeprazol 40mg + AD pela manhã em jejum. SAT 5000 UI. Glucos + SSU. Análise de sangue: Glucos + SSU. Hemograma: Hb 10.8 g/dL.

Hora:

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11</p



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): André Belo

Day Santos

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N° —

SÉRIE — ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N° 582 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 20/11/15 A 23/11/15 NECESSITANDO DE 901 Internato DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 23/11/15

Bruno Porto Oliveira Nunes
Ass. do Médico N° do CRM

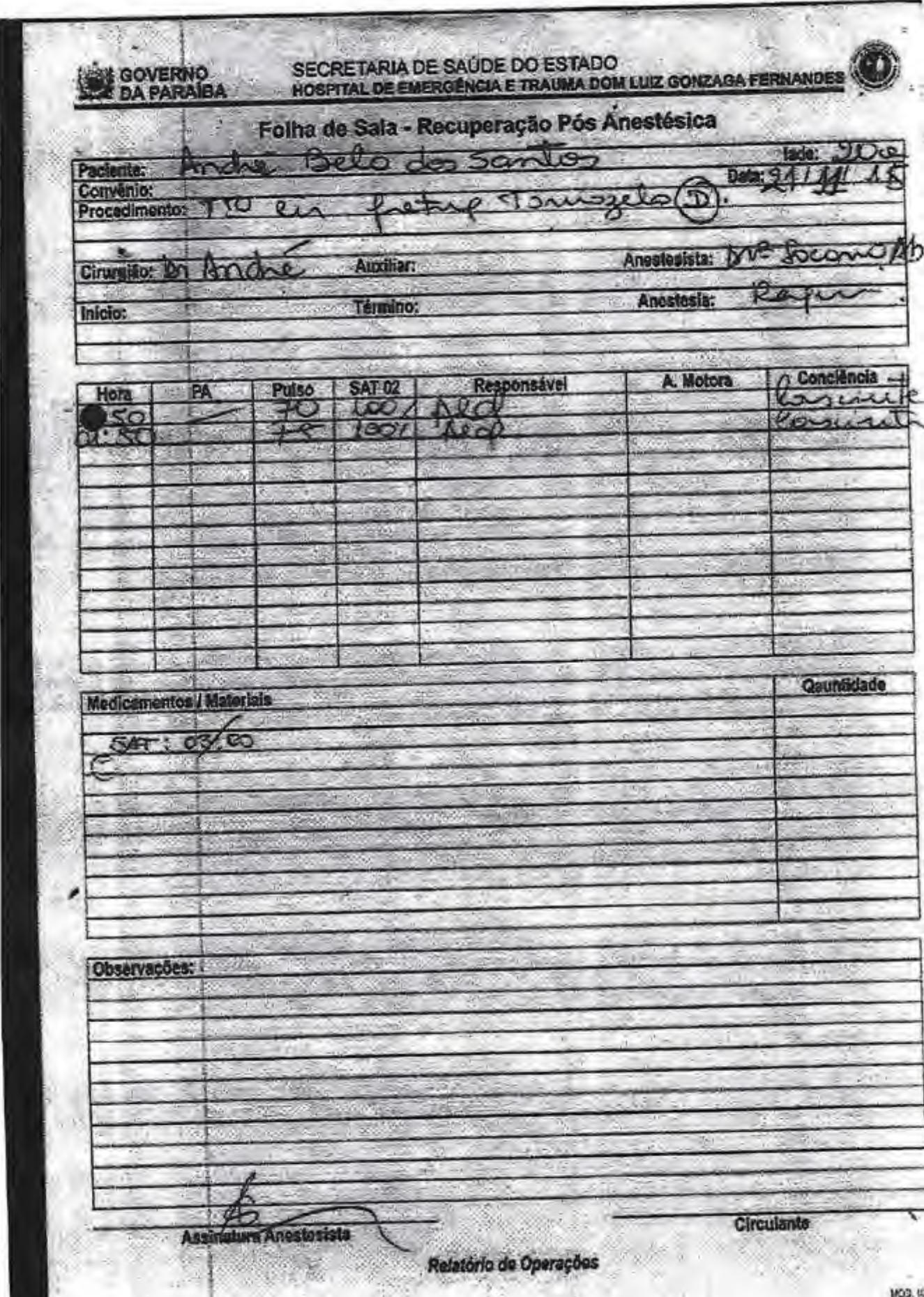
AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 29/11/2018 10:05:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1810021929228250000016524775>
Número do documento: 1810021929228250000016524775

Num. 16965403 - Pág. 1

GOVERNO
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Fusarium sp. var. descripta
Gunner. (Schoen.) D + Lassaigne
Berk. & Broome

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
EQUPE DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Prontuário Anskurto deo Santeo.

Horario	Evolución Médica
10:00 AM	Paciente al alta de accidente de moto, presenta fuertes dolores de hombro y espalda, con limitación de movilidad.

Diamond Oil K by 6/16 AM
Tylost 40 mg BIFA + AD EN 12/12 AM
Racelin 10g EV 12/12 AM
Cetilene 10mg SC 24/24 AM
Onepaste 40mg + AD puma and emu oil
Dolasept 1-2oz

graua d'unitat hagia rem
Jan interessa do m.
b. Os Mandarins

Quatrena diuina
Ceca + SS. N.
Miraculum ~~1000~~ 888

100% off \$100.00

Dear Dr. Gmelin
I have had a
few days off from
work and I am
able to go up to the
Alps again.
Yours truly
Oscar





SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Qualitative approach

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

The diagram illustrates four levels of consciousness corresponding to the Glasgow Coma Scale:

- Alert:** Eyes open spontaneously, Able to respond normally.
- Drowsy:** Eyes open to speech, Able to respond to speech.
- Somnolent:** Eyes open to pain, Able to respond to pain.
- Unconscious:** Eyes closed, No response to pain.

ESCALA DE COMA GLASGOW		
	ADULTOS MEMORES DE 5 ANOS	ESCALA
Abaixo do nível de alerta		
Com Estímulos Físicos	4	4
Com Estímulos Auditivos	3	26-36
Com Estímulos Tácticos	2	2-29
Fixa Olhos	1	1
Orientado	5	5
Confuso	4	0
Pelotear	3	0
Gons ou Ganchos	2	0
Habemus	1	0
Babismo	0	0
Confundido	5	0
Olhos Setais	4	0
Choro e dor	3	>20
Grunhido a dor	2	10-19
Negativa	1	0-9
Mudanças Raramente	0	0
Letargia	5	0
Frustra	4	0
Frustra Muito	3	0
Frustra Animal	2	0
Frustra Animal Muito	1	0
Náuseas		

ESCORE DO TRAUMA

ALAS GLASGOW	PRESSÃO SISTÓMICA (mmHg)	PRESSÃO RESPIRATÓRIA (mmHg)
1	90	10-15
2	80	15-20
3	70	20-25
4	60	25-30
5	50	30-35
6	40	35-40
7	30	40-45
8	20	45-50
9	10	50-55
10	0	55-60

Liquidação

- Trauma
- Hemorragia
- Ecografia
- Lesões
- △ Radiografia Pulmonar

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

卷之三

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA

Assinado eletronicamente por: NILIO TRIGUEIRO DANTAS - 29/11/2018 10:05:24

Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 29/11/2018 10:05:24
http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView?view_seam?x=18100219295014700000016524777

Número de documento: 18100219295014700000016534777

Núm. 16965405 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Corregedoria-Geral da Justiça
PROVIMENTO**

22 de maio de 2019

Proferir despacho/decisão.

Marcos Coelho de Salles

Juiz Corregedor



Assinado eletronicamente por: MARCOS COELHO DE SALLES - 23/05/2019 10:17:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052310174351900000020731080>
Número do documento: 19052310174351900000020731080

Num. 21329245 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

1ª VARA DA COMARCA DE CUITÉ

Processo nº 0800736-66.2018.8.15.0161

Autor: ANDRE BELO DOS SANTOS

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

A inicial preenche os requisitos do arts. 319 e 320 do CPC/2015 em preliminar análise, não sendo caso de emenda ou indeferimento, reclamando, portanto, o prosseguimento do feito.

Defiro a gratuitade processual, sem prejuízo de impugnação (art. 98, do CPC/2015).

Deixo de designar audiência de conciliação (art. 334, CPC/2015) em razão da parte demanda não oferecer proposta de conciliação sem prévio laudo médico.

Cite(m)-se o(s) réu(s) com as advertências de que deverá apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335,CPC) e que sua omissão importará em revelia (art. 344, CPC).

Cuité/PB, 1 de agosto de 2019

IANO MIRANDA DOS ANJOS

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: IANO MIRANDA DOS ANJOS - 01/08/2019 09:43:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080109423043300000022464399>
Número do documento: 19080109423043300000022464399

Num. 23167784 - Pág. 1