

PROCURAÇÃO PARA FORO EM GERAL

Outorgante: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, casada, agricultora, RG nº 2.870.029 SSDS/PB, CPF nº 059.549.644-08, residente e domiciliado na Rua Cecília Ribeiro Neves, Centro, S/N, CEP: 58.690-000, Livramento – PB.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu (s) bastante (s) procurador (es): **RENNAN CÁSSIO MAIA OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, sob Nº. 23.153, com Escritório Profissional situado na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 40 Centro de Teixeira – PB, CEP 58735-000, aos quais confere poderes para o foro em geral, tais quais os da cláusula *ad judicium* e *et extra*, nos termos do artigo 38, inclusive parte final do Código de Processo Civil, podendo contestar, transigir, desistir, receber e dar quitação, receber intimações, notificações, firmar compromisso de inventariante, bem como de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventários e arrolamentos, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representando o outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes, com poderes especiais para ofertar contestação, bem como pedido contraposto de ação de guarda.

Teixeira – PB, 19 de abril de 2018.

Egnalda Fausto dos S. Lima
- Outorgante -



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA**, casada, agricultora, RG nº 2.870.029 SSDS/PB, CPF nº 059.549.644-08, residente e domiciliado na Rua Cecilia Ribeiro Neves, Centro, S/N, CEP: 58.690-000, Livramento – PB, Teixeira – PB, declaro que, em razão 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.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Teixeira – PB, 19 de abril de 2018.

Egnalda Fausto dos S. Lima

- Declarante -



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, casada, agricultora, RG nº 2.870.029 SSDS/PB, CPF nº 059.549.644-08, residente e domiciliado na Rua Cecília Ribeiro Neves, Centro, S/N, CEP: 58.690-000, Livramento – PB, **DECLARO** com base na Lei nº. 7.115/1983 (Lei da Desburocratização) que sou residente e domiciliado no endereço supra mencionado.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeitos legais, aonde atesta que vive e reside verdadeiramente no endereço supra mencionado, assumindo qualquer responsabilidade cível e criminal.

Teixeira – PB, 19 de abril de 2018.

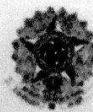
Egnalda Fausto dos S. Lima

- Declarante -





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

059.549.644-08

Nome

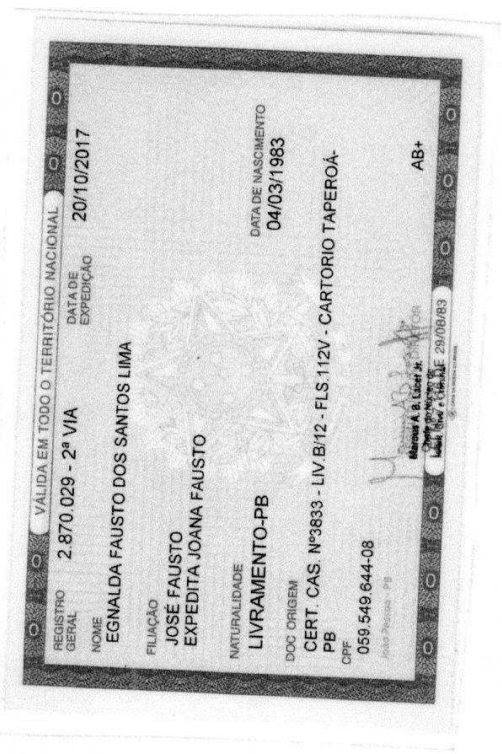
EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Nascimento

04/03/1983

20 MAR. 2018





20 MAR. 2018



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12704900

A/C: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Nº Sinistro: 3180127943
Vitima: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA
Data do Acidente: 24/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000991-1

Conta: 000010023120-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01835/01836 - carta_15R - INVALIDEZ

00030918





CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu cargo, e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei às Fls. **32 V**, a Ocorrência Nº. **078/2017**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **dezessete** dia do mês de **OUTUBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZESSETE**, nesta cidade de **Livramento/PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia deste município, sob a responsabilidade do Dr. Ariosvaldo Adelino de Melo, Delegado de Polícia Civil deste Município, quando por volta das **11h15min** compareceu o(a) Sr^(a). **EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA**, RG **2870029 SSP/PB**, CPF: **059.549.644-08**, brasileira, natural de Livramento/PB, Agricultora, com 34 anos de idade, nascida em 04/03/1983, Separada, filha de José Fausto e de Expedita Joana Fausto, residente na Rua Cecília Ribeiro Neves, 505, Santa Terezinha, Livramento/PB, tel: 83 xxxxx-xxxx.

NOTIFICAR QUE: informa a noticiante de que no dia 24/082017, por volta das 10h00min, vinha pilotando a motocicleta **HONDA/CG 150 TITAN KS**, ANO/MOD 2005/2005, PLACA **MMY 0802/PB**, CHASSI **9C2KC08105R088917**, DE COR **VERMELHA**, licenciada em nome de Egnaldo Fausto, e na garupa da moto vinha sua irmã, **MARIA EDINEIDE FAUSTO DOS SANTOS SILVA**, RG **2.429.006 SSP/PB**, CPF **041.886.484-57**, brasileira, casada, agricultora, com Ensino Médio completo, nascida em 24/09/1975, com 42 anos de idade, filha de mesmo pai e mãe, residente na Rua Cecília Carolina Vieira, 31, centro, Livramento/PB, quando colidiram com um caminhão tanque que atravessava a Avenida Min. José Américo, no centro deste município; **QUE**, na colisão, ambas ficaram bastante lesionadas, tendo a noticiante fraturado o pé esquerdo, perdendo um dos dedos do mesmo pé, e sua irmã acima qualificada, sofreu varias escoriações, além de um corte profundo no pé esquerdo; **QUE**, a noticiante apresenta Ficha de Atendimento Medico Ambulatorial, e diz que ambas foram encaminhadas para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB. Sem mais para o momento. A referida é verdade e dou Fé. Eu, Gilliard G. Ferreira, escrivão, que a digitei.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.)

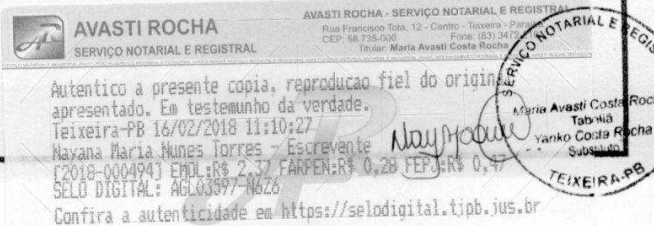
20 MAR. 2018

Egnalda Fausto dos Santos Lima

EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA

Livramento/PB, 10 de novembro de 2017.

Gilliard Guimarães Ferreira
escrivão



20 MAR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 9167945644

3346653145

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20112400004355-2

VIA 1 COD RENAVAM 84689887-0 00/00000000

NOME/ENDEREÇO

EGNALDO FAUSTO

SITIO CATOLE DA PISTA SN

58735000 TEIXEIRA-PB

06258405428

PLACA MMY0802/PB

FLAVIO BRAGA PONCE

PLACA ANT/UF

NOVO PB

CHASSI

9C2KC08105R088317

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB

2005

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

N.Motor : KC08E15088317

TEIXEIRA PB

LOCAL

40886

DATA

16/09/2011

31054

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 9167845644

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PRT 20112400004355-2

VIA 1 COD RENAVAM 84689887-0 00/00000000 2011

NOME

EGNALDO FAUSTO

CPC/CPJ

06258405428

PLACA

MMY0802/PB

PLACA ANT/UF

NOVO PB

CHASSI

9C2KC08105R088317

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB

2005

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA UNICA

10/08/2011

VENC/COTAS

1º 2º 3º

IPVA PAGO EM

0

PARCELAMENTO/COTAS

0

IOF (R\$)

0

PREMIO TOTAL (R\$)

0

DATA DE PAGAMENTO

16/08/2011

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE DEPORTE OBRIGATORIO 2

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TEIXEIRA PB

LOCAL

40886

DATA

16/09/2011

31054





ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Sr(a) Atestado médico

Atesto para os devidos
fins que a Sr^a Egualda
Francisca dos Santos Lima,
agricultora, 34 anos, vítima
de acidente de moto, a
menor apontou sequelas
fraturas do tornozelo exp^{to}
e amputação de dedo
da perna E. CID 10 S-99+
N826.

Teixeira, 26-02
2018

Maria da Salvo de Lucena Batista
CRM-PB 2114-2005 137091.894-9
RUS 122404518055322

MÉDICO - CRM



20 MAR 2018



Gitopedia 2

18C743, 9489

Pele: (✓) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (✓) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: 28/08/13	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: 11-22	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (✓) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa (✓) Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (✓) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (✓) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (✓) Normal () Líquida () Constipada há dias: () Outros:	
Eliminação urinária: (✓) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (✓) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (✓) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (✓) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: (✓) Local/Aspecto: Curativo em: 28/08/13	
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: Dormir e acordar	
SONO E REPOUSO	
(✓) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo;	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: Católica (✓) Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente atendida aguardando exame físico e sem queixas no momento, segue sob cuidados da equipe.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 20 MAR 2018 DATA: 27/08/13 HORA: 2:00 h	
Enfermeira: COREN-PB 337480	

FONTE: BORDINHO, R.C. Colúmbio. 20 MAR 2018
Colúmbio, R.C. Colúmbio. 20 MAR 2018



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rennan Cassio Maia Oliveira Registro: 310000 Leito: 24 Setor Atual: II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 25,5 °C; P: 72 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120 mmHg; FC: 74 bpm; SPO2: 93 %

HGT: 1,70 m; Peso: 70 Kg; Altura: 1,70 cm Dor: () Local: Costado direito Obs.: 310000

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): 0

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

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 0 Comissura labial nº 0 FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () 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: 0 Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

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

Gasometria arterial: PH 7,38 PCO₂ 30 PO₂ 100 HCO₃ 22 EB 0 SpO₂ 93 Data: 20 / 03 / 2018 Hora: 14

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

20 MAR 2018



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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

Assinatura do anestesista

20 MAR 2018



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

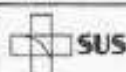
PACIENTE:		LEITE		CONVENIO		IDADE		REGISTRO		GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO SA SADER	
QI						34 anos		1492502		Hospital de Emergência e Trauma Com Luiz Gonzaga Fernandes	
CIRURGIA		Fratura exposta do pé 1ª metatarso distal		CIRURGIÃO		Dr. Raulino					
ANESTESIA		Raqui		ANESTESIA		Du Wandley					
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO		FIM					
		24-08-17		16:30		14:30					
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostoma			Qtd.	FIOS			CÓDIGO
	Adrenalina amp.			Catet. p/ O ₂ .				Catgut cromado Serlix			
	Atropina amp.			Catet. De Urinar Sist. Fech.				Catgut cromado Serlix			
	Diazepam amp.			Compressa Grande				Catgut cromado Serlix			
	Dimore amp.			Compressa Pequena				Catgut Simples			
	Dolanina amp.			Colonóide				Catgut Simples Serlix			
	Elfrane ml			Dreno				Catgut Simples Serlix			
	Fenegan amp.			Dreno Kerr nº				Catgut Simples Serlix			
	Fentanil ml			Dreno Penrose nº				Cera p/ osso			
	Inova ml			Dreno Pezzer nº				Ethibond			
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas				Ethibond			
01	Medicina 0,2% ml			Equipo de Macrogotas				Ethibond			
01	Meclofenoxato			Equipo de Sangue				Fio de Algodão Serlix			
	Pavulon amp.			Equipo de PVC				Fio de Algodão Serlix			
	Protigmine amp.			Esparadrapo Larco cm				Fio de Algodão Sutapak			
	Protoxido l/m			Furacin ml				Fio de Algodão Sutapak			
	Quelicin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades				Fila cardiaca			
	Rapifen amp.			H ₂ O, ml			05	Mononylon 2.0 ..			
	Thionembutal ml			Intracath Adulto				Mononylon			
	Tracrion amp.			Intracath Infantil				Prolene Serlix			
Qtd.	MEDICAÇÕES			Lâmina de Bisturi nº 23				Prolene Serlix			
02	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11				Prolene Serlix			
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15				Prolene Serlix			
01	Dipirona amp.			Luvas 7.0				Vincyl Serlix			
02	Fluoridol amp.			Luvas 7.5 Pradeito				Vincyl Serlix			
02	Fluoridol amp.			Luvas 8.0				Vincyl Serlix			
	Geramicina amp.			Luvas 8.5							
	Glucose amp.			Oxigênio l/m							
	Glucon de Cálcio amp.			Polifix							
	Haemacel ml			PVPI Degemante ml							
	Heparina ml			PVPI Tópico ml			Qtd.	SOROS			
	Kanakton amp.			Sabão Antisséptico				SG Normotérmico fr 500 ml			
	Lasix amp.			Saco coletor				SG Gelado fr 500 ml			
	Medrolinazol.			Seringa desc. 10 ml				SG Hipertérmico fr 500 ml			
	Plasil amp.			Seringa desc. 20 ml				SG Ringr fr 500 ml			
	Prolámina			Seringa desc. 05 ml			08	SG 500 ml para mma			
	Revivan amp.			Sonda							
	Stapolon amp.			Sonda folley			Qtd.	ORTESE E PRÓTESE			
	Cefalotina 1g			Sonda Nasogástrica			02	Pradeito trachea 20			
				Sonda Uretral nº							
				Sterydrem ml							
				Tornetrinha							
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml							
	Agulha desc. 25 x 12			Gelcon 18							
	Agulha desc. 28 x 28			Latex							
	Agulha desc. 3 x 4,5			eletrodo							
01	Agulha p/ raque nº 25										
01	Alcool de Enfiagem 70%										
	Alcool Iodado ml										
04	Ataduras de Crepon 15										
	Ataduras de Cessada										
	Azul metileno amp.										
	Benzina ml										
							EQUIPAMENTOS				
							() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar			
							() Serra	() Eletrocárdio			
							() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo			
							X) Foco Frontal fixo	() Cardiomonitor			

20 MAR. 2018

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lucia B. P. *Vanda*
TÉC. DE EN. RAN. *Lucinda*
COREN - PE 103.722



[illegible]



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde		7 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		8 - CNES	
Identificação do Paciente			
6 - NOME DO PACIENTE		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - SEXO	
		Masculino <input type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 2	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - TELEFONE DE CONTATO	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - CID 10	

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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

20 MAR. 2018

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45 - CÓD. CATEGORIA EMISSOR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

MOD. 017





RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

2. Resultado dos principais exames

3. Evolução e complicações

4. Terapêutica realizada

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

20 MAR. 2018

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Campina Grande, ____ de ____ de ____

Responsável pelo resumo

MOD. 034



Num. 14733010 - Pág. 12

Data de ~~emissão~~ ^{terminação}: 24/08/2017 Hora: 13:57:07

SUS Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1492530
7 - CARTÃO DO SUS 709802072971954	8 - DATA DE NASCIMENTO 04/03/1983
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	10 - FONE (DDD) Nº DO TELEFONE 83
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ESPEDITA JOANA FAUSTA	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) CECILIA GENEBRA, 0, SANTA TEREZINHA	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Livramento	14 - CID 10 PRIMÁRIO 250850
	15 - CID 10 SECUNDÁRIO PB
	16 - CEP 58690000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Ac MOTO Grav. lesões de p. (+)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tipo Comum			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Leve			
20 - NOME CIDO PRINCIPAL 32.2 p. p. 130	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 13.13.00.00	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016282270869
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ELDTMAN SOARES DE ARAUJO	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/08/2017
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO	36 - () OUTRO
37 - CNES DA SEGURADORA	38 - Nº DO SINISTRO	39 - SÉRIE	
40 - CNES EMPRESA	41 - CATEGORIA DA EMPRESA	42 - CBO	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO ENQUADRADO			

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ORÇ. EMISSOR
46 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF	47 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
20. MAR. 2018	



Data de Emissão: 24/08/2017 Hora: 13:57:07

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO REPRESENTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
5 - NOME DO PACIENTE EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA		6 - Nº DO PROMITIDO 1492530	
7 - CARTÃO DO SUS 709802072971984		8 - DATA DE NASCIMENTO 04/03/1983	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ESPEDITA JOANA FAUSTA		10 - SEXO Male <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) CECILIA GENEBRA, 0, SANTA TEREZINHA		12 - PRIMEIRO DÍGITO DO RG 83	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Livramento		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250850	
15 - UF PB		16 - CEP 58690000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SÍMPTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS Ac. 14/08/17 Epilepsia (3.º M. 1.º Q.)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Hto com crises			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/SUÍTILOS DE EXAMES REALIZADOS LTV			
20 - EXAMENÍSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26 - CLÍNICA 27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016282270869	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ELDIMAN SOARES DE ARAUJO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/08/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO		36 - CPF DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CÍVIL DA EMPRESA 41 - CBOE		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEQUADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 20 MAR. 2018		47 - INSCRIÇÃO E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente LEONARDO TAVES DOS SANTOS LIMA		Nº Prontuário
Data da Operação 24/08/18	Enf.	Leito
Operador DR. STÁVIO FARIAS	1º Auxiliar DR. ELIO MARIN	
2º Auxiliar ---	3º Auxiliar ---	Instrumentador ---
Anestesia DR. WANDERLEY	Tipo de Anestesia NGU	
Diagnóstico Pré-Operatório TUM. EXCIST. DE O.C. (R)		
Tipo de Operação DMC + DESBARRAMENTO + FIMOSIA COM F.O. (R) +		
Diagnóstico Pós-Operatório NEOVASCULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO		
Relatório Imediato da Patologia 2. TUM. EXCIST. DE O.C. (R)		
Exame Radiológico no Ato SIM		
Acidente Durante a Operação NÃO		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
1. Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
2. Primeira cirurgia - e antecirurgia
3. Colocação dos Campos Cirúrgicos
4. DMC elevatório com 250g, 10g.
5. Neovascularização do Coto de Amputação da Mão (R).
6. Flebotomia Venosa + Hérnia com 1/2 (R) de Hérnia da 2ª/3ª/4ª MTT (R)
7. Nova DMC.
8. Sutura por planos
9. Curativos esteril.

20 MAR 2018

Dr. Danilo Pereira Jr.
CRM: 25.1103

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Ficha de Acolhimento

Nome:	Egmaide Faustino dos Santos Lima		
End:	Rua Genoveza		
Data de Nascimento:	04.03.83	Documento de Identificação:	Bairro: STS Teixeira
Queixa:	pad mto	Data do Atend:	24.08.17
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	12:55
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

Linhas
☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional



20 MAR 2018

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
15/10/2017
ASS. *[assinatura]*



20 MAR 2018

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CC

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶ *Isabella, filho de Santo Lima* IDADE: *34*

PRONTUÁRIO: *1492502*

ENTRADA

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

PAUSA CIRÚRGICA

CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA SAÍDA

O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

NÃO

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

NÃO

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

NÃO

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTÊSES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SIM

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

SIM

NÃO SE APLICA

HOVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

NÃO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Wanda Lima R. Medeiros
TÉC. DE ENFERMAGEM
CONTR. Nº 703.772

+ Assinatura de

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Gonçalves Paulo dos Santos Acometido: 0 Leito: 4 Convênio: 00

Ex. Sup. e Suplementos Farmacológicos
de Valor (R\$)
Ex. Mat. (R\$)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/3	1) Dor de barriga		
	2) SS 0.75 1500 ml EV qd 24h.		200, 08h00. 20 MAR 2018
	3) Ceftriaxona 1g + 400mg EV qd 12h.		700, 08h00.
	4) Dor de barriga + 400mg EV qd 12h.		col: urina e fezes normais.
	5) Difenidramina 10mg EV qd 6h.		apresenta desidratação
	6) Paracetamol 500mg EV qd 6h.		pl: normal
	7) Amoxiclavina 1000 + 625mg EV qd 8h.		
	8) Amoxiclavina 1000 + 625mg EV qd 8h.		
	9) Soro fisiológico		

Verônica P. Lima
Enfermeira
CRM 10.100/2018
CNPJ 07.160.077

24/06/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCC-Painel Administrativo

Exatidão na avaliação

Mediana de 100

Temp. Mediana 10

Exatidão na avaliação 10

PAR

1. Temp. Mediana 10

2. Exatidão na avaliação 10

1. Exatidão na avaliação 20

2. Exatidão na avaliação 20

3. Exatidão na avaliação 20

SEÇÃO DE AVALIAÇÃO
DESEMPENHO
DO PACIENTE

DESTINO DO PACIENTE / / / as / / hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

() Alta hospitalar / () Alta ambulatorial / () Decisão Médica

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

20 MAR, 2018



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Prescrição Médica	Medicamento	Horário	Leito	Convenio	Evolução Médica
28	1. Dieta livre					
28	2. SRI 1500ml EV/24h					
28	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h					
28	4. Tetril 20mg + AD EV 12/12h					
28	5. Omeprazol 40mg EV/jejum					
28	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN					
28	7. Midecron 01 FA + AD EV 8/8h SN					
28	8. Clexane 40mg SC/dia					
28	9. SSVV + CCGG					
28	10. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	11. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	12. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	13. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	14. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	15. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	16. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	17. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	18. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	19. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	20. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	21. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	22. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	23. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	24. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	25. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	26. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	27. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	28. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	29. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	30. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	31. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	32. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	33. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	34. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	35. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	36. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	37. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	38. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	39. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	40. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	41. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	42. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	43. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	44. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	45. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	46. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	47. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	48. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	49. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	50. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	51. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	52. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	53. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	54. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	55. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	56. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	57. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	58. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	59. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	60. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	61. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	62. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	63. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	64. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	65. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	66. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	67. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	68. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	69. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	70. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	71. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	72. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	73. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	74. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	75. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	76. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	77. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	78. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	79. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	80. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	81. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	82. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	83. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	84. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	85. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	86. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	87. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	88. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	89. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	90. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	91. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	92. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	93. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	94. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	95. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	96. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	97. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	98. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	99. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					
28	100. Paracetamol 500mg + 0,1% EV 6/6h					

Data: 28.08.2017 Hora: 08:00 120x80

Mostra PR:

Receitas e Recebíveis e Despesas

Ana Rita Ricardo da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PA 432.154

Assinado por: [Assinatura]

Assinado

28/8

20 MAR 2018

1
m
v

- 100% de [Assinatura] no [Assinatura] de [Assinatura]
[Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]
[Assinatura] de [Assinatura] de [Assinatura]

Assinado por: [Assinatura]

[Assinatura]



Doctra Maria PA: Paciente alérgica a amendoim
26.08.17 08:00 140x80. Medicação curativa M.S.E. e M.C.P. de

Ana Rita Ricardo da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PB 432.154

20 MAR 2018



DIAGNÓSTICO

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 2
LEITE 2-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente **EGNATBA FAUSTO DOS SANTOS LIMA, 34**

Alojamento **2**

Leito **6**

Convênio

FX HÁLUX + MITT E
EXPOSITA

LEITO 2-4

Prescrição Médica

Data **21/03**

1 DIETA LIVRE
2 SF 0,9% 1500ML EV R/ 24H
3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H
4 GENTAMICINA 80MG + SF EV 8/8H
5 DIFENIDRAMINA 16+ABD EV 6/6H
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM
8 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8h SN
9 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA
10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H
11 CURATIVO 1X/DIA
12 SSV+CCGG
13
14
15

Horário

3º DIA

Evolução Médica

BEG, AS BAC, SI GRAN.

DIVULG (+)

CD, VPP

OPR

20 MAR 2018

RENAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
CRM 10007

MOD. 002





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá

R JOÃO SUASSUNA, S/N, CENTRO, TAPEROÁ - PB - CEP: 58680-000

Número do Processo: 0800277-80.2018.8.15.0091
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]
Polo ativo: AUTOR: EGNALDA FAUSTO DOS SANTOS LIMA
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico que não existe ação judicial tramitando, ou mesmo tramitou, no Sistema de Controle de Processos do TJPB, referente a mesma classe e assunto envolvendo as partes referidas na petição Inicial.

O referido é verdade e dou fê.

Taperoá/PB, data do registro eletrônico.

Patrícia Gomes Bezerra da Costa

Técnica Judiciária

Mat. 478.189-9



PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE TAPEROÁ

DESPACHO

Vistos.

Tendo em vista a comprovação do prévio requerimento administrativo, no qual consta que a autora recebeu indenização supostamente inferior à devida, **concedo** os benefícios da assistência judiciária gratuita ao(à) promovente, o que faço com esteio no art. 98 do CPC.

No mais, é sabido que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial, bem assim a praxe das partes não entabulem acordo sem a concretização daquela prova, à luz do princípio da duração razoável do processo, deixo de designar a audiência prevista no art. 334 do CPC.

CITE(M)-SE o(a)(s) promovido(a)(s) para apresentar(em) defesa, no prazo de 15 (quinze) dias – a contar da juntada aos autos do Aviso de Recebimento (AR) -, perante este Juízo, sob pena de serem aceitos pelo(a)(s) promovido(a)(s), como verdadeiros, os fatos articulados pelo(a)(s) promovente(s) na petição inicial.

Taperoá, (data e assinaturas eletrônicas).

José Milton Barros de Araújo

Juiz de Direito

<!-- /* Font Definitions */ @font-face {font-family:Arial; panose-1:2 11 6 4 2 2 2 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:-536859905 -1073711037 9 0 511 0;} @font-face {font-family:"Cambria Math"; panose-1:2 4 5 3 5 4 6 3 2 4; mso-font-charset:1; mso-generic-font-family:roman; mso-font-format:other; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:0 0 0 0 0 0;} @font-face {font-family:Calibri; panose-1:2 15 5 2 2 4 3 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:-536870145 1073786111 1 0 415 0;} /* Style Definitions */ p.MsoNormal, li.MsoNormal, div.MsoNormal {mso-style-unhide:no; mso-style-qformat:yes; mso-style-parent:""; margin:0cm; margin-bottom:.0001pt; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; font-family:"Calibri",sans-serif; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin; mso-bidi-font-family:"Times New Roman"; mso-bidi-theme-font:minor-bidi; mso-fareast-language:EN-US;} p {mso-style-noshow:yes; mso-style-priority:99; mso-margin-top-alt:auto; margin-right:0cm; mso-margin-bottom-alt:auto; margin-left:0cm; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; font-family:"Times New Roman",serif; mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin;} .MsoChpDefault {mso-style-type:export-only; mso-default-props:yes; font-family:"Calibri",sans-serif; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin;



mso-bidi-font-family:"Times New Roman"; mso-bidi-theme-font:minor-bidi;
mso-fareast-language:EN-US; } @page WordSection1 {size:612.0pt 792.0pt; margin:70.85pt 3.0cm
70.85pt 3.0cm; mso-header-margin:36.0pt; mso-footer-margin:36.0pt; mso-paper-source:0;}
div.WordSection1 {page:WordSection1;} -->



PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE TAPEROÁ

DESPACHO

Vistos.

Tendo em vista a comprovação do prévio requerimento administrativo, no qual consta que a autora recebeu indenização supostamente inferior à devida, **concedo** os benefícios da assistência judiciária gratuita ao(à) promovente, o que faço com esteio no art. 98 do CPC.

No mais, é sabido que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial, bem assim a praxe das partes não entabulem acordo sem a concretização daquela prova, à luz do princípio da duração razoável do processo, deixo de designar a audiência prevista no art. 334 do CPC.

CITE(M)-SE o(a)(s) promovido(a)(s) para apresentar(em) defesa, no prazo de 15 (quinze) dias – a contar da juntada aos autos do Aviso de Recebimento (AR) -, perante este Juízo, sob pena de serem aceitos pelo(a)(s) promovido(a)(s), como verdadeiros, os fatos articulados pelo(a)(s) promovente(s) na petição inicial.

Taperoá, (data e assinaturas eletrônicas).

José Milton Barros de Araújo

Juiz de Direito

<!-- /* Font Definitions */ @font-face {font-family:Arial; panose-1:2 11 6 4 2 2 2 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:-536859905 -1073711037 9 0 511 0;} @font-face {font-family:"Cambria Math"; panose-1:2 4 5 3 5 4 6 3 2 4; mso-font-charset:1; mso-generic-font-family:roman; mso-font-format:other; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:0 0 0 0 0 0;} @font-face {font-family:Calibri; panose-1:2 15 5 2 2 4 3 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:-536870145 1073786111 1 0 415 0;} /* Style Definitions */ p.MsoNormal, li.MsoNormal, div.MsoNormal {mso-style-unhide:no; mso-style-qformat:yes; mso-style-parent:""; margin:0cm; margin-bottom:.0001pt; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; font-family:"Calibri",sans-serif; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin; mso-bidi-font-family:"Times New Roman"; mso-bidi-theme-font:minor-bidi; mso-fareast-language:EN-US;} p {mso-style-noshow:yes; mso-style-priority:99; mso-margin-top-alt:auto; margin-right:0cm; mso-margin-bottom-alt:auto; margin-left:0cm; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; font-family:"Times New Roman",serif; mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin;} .MsoChpDefault {mso-style-type:export-only; mso-default-props:yes; font-family:"Calibri",sans-serif; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin;



mso-bidi-font-family:"Times New Roman"; mso-bidi-theme-font:minor-bidi;
mso-fareast-language:EN-US; } @page WordSection1 {size:612.0pt 792.0pt; margin:70.85pt 3.0cm
70.85pt 3.0cm; mso-header-margin:36.0pt; mso-footer-margin:36.0pt; mso-paper-source:0;}
div.WordSection1 {page:WordSection1;} -->

