



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190325143**

**Vítima: ADEILTON JOSE DE SOUZA**

**Data do Acidente: 02/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADEILTON JOSE DE SOUZA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ADEILTON JOSE DE SOUZA**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **104**

Agência: **000001100**

Conta: **0000035404-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00358/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 22/07/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600358 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 156,94 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.167,69
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000112 676909283183 520190731007 421900358019 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.167,69

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00358/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 22/07/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600358 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 156,94 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.167,69
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000112 676909283183 520190731007 421900358019 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.167,69

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00358/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 22/07/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600358 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 156,94 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.167,69
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000112 676909283183 520190731007 421900358019 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.167,69





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 004.2019.600358

**Data Vencimento:** 31/07/2019

**Data Emissão:** 22/07/2019

**Comarca:** Alagoa Nova

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** ADEILTON JOSÉ DE SOUZA

**Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 10.462,50

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.009,40

**Taxa:** R\$ 156,94

**Total da Guia:** R\$ 1.166,34

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 PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	20.105.035-7	DATA DE EXPEDIÇÃO	14/01/2000
NOME ADEILTON JOSÉ DE SOUZA			
FILIAÇÃO			
ILZA DIOLINDA DE SOUZA		DATA DE NASCIMENTO	
NATURALIDADE PARAÍBA		16/04/1978	
DOC. ORIGEM	C.NASC LIV 3A	FLS 250V	PI
TERM 2455	JUAREZ TAVORA		
CPF 028.509.514-55	0701		
Assinado eletronicamente por: Israel Antonio Abrantes Coelho		ADEILTON JOSÉ DE SOUZA	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814502182  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 20180560005592 EXERCÍCIO  
1 0116021190-3 00/00000000 2018

NOME  
PEDRO BERNARDO DA SILVA

CPF/CNPJ  
09170892431

PLACA  
QSE2056/PB

PLACA ANT./UF  
NOVO PE

CHASSI  
9C2KC2200JR014284

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLETA/125 125/3990L

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 160 FAN 2018 2018

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC./COTAS  
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1ª  
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª  
\*\*\*\*\* 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 31/07/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
DOCUMENTO DE PORTES OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA  
JUAREZ TAVARES 07/08/2018  
9999999 31054

ELABORADO EM FAVOR DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DO SEGURO DPVAT

PB Nº 013814502182 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 07/08/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 09170892431 QSE2056/PB

RENAVAM MARCA / MODELO  
01160211903 HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB. CAT. TRAF. Nº CHASSI  
2018 9 9C2KC2200JR014284

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENAT/TRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 31/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-0914016-20180807

DEZ-2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE  
COMARCA DE  
MUNICÍPIO DE  
DISTRITO DE

Oficial do Registro Civil

**Nascimento N.º 2455**

CERTIFICO que, às fls. 9584, do livro n.º 03-A, de Registro de Nascimentos, foi inscrita hoje o assento de Adilson José de Souza

nascido nos dias 16 de Abril de mil novecentos e setenta e seis (1976) às 11:00 horas e minutos em São Paulo - SP

natural de São Paulo - SP  
e de boa fama  
natural de São Paulo - SP

Sendo avós paternos

e Dora

e avós maternos

e Dora

Foi declarante

e serviram de testemunhas

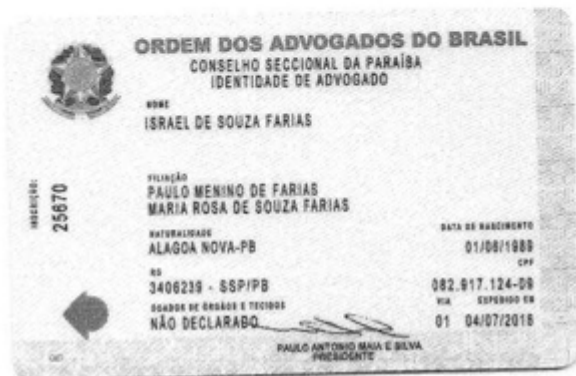
Obs

O referido é verdade e dou fé.

Oficial

Ord. 7/3





MANOEL PAULO DE ARAUJO  
VIA QUICÓ, S/N - ÁREA RURAL  
JUAZEIRO, TAVORA / PB CEP: 58397000 (AG: 22)

Emissão: 20/11/2018 Referência: NOV 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B200, Km 25 - Chato Redentor João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Roteiro: 11-41-894-1820 Nº medidor: 00001189228

**energisa**

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.096.129/0001-40 Ins. Est. 16.015.523-0

Nota Fiscal/Contador de Energia Elétrica Nº 015.778.124  
Cód. para Deb. Automático: 00010917367

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

Conta referente a: **Nov / 2018** Apresentação: **20/11/2018** Data prevista da próxima leitura: **18/12/2018** CPF/CNPJ/RAM: **086.738.074-84**  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1091736-7**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura							
18/10/18	6000	20/11/18	6082	1		82		21		
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Alig.	Item(R\$)	Base Calc.	Pot(R\$)	Cofins(R\$)	
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS		Pot(Cofins(R\$))	(R\$440%)	(R\$2403%)	
0801	Consumo em kWh	84,000	0,820230	68,90	68,90	25	17,23	68,90	0,86	2,99
0801	Adic. B. Vermelha			2,22	3,22	25	0,66	2,22	0,02	0,10
0801	Adic. B. Amarela			0,78	0,78	25	0,19	0,78	0,00	0,03

CCI: Códigos de Classificação de Item TOTAL: 71,88 71,88 17,23 71,88 0,87 3,12  
Média últimos meses (kWh)

**VENCIMENTO** **27/11/2018** **TOTAL A PAGAR** **R\$ 71,88**  
Histórico de consumo (kWh)

36 | 46 | 47 | 54 | 58 | 66 | 76 | 72 | 77 | 70 | 87 | 71  
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO  
559b.1f5b.2a94.fb62.8c7a.dbfa.5057.190c

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Unidade de ANEEL	Apostado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
D/C MENSAL	11,56	NOMINAL	220	Serviço de Dist. da Energia/PB	17,48	24,32
D/C TRIMESTRAL	22,19			Consumo de Energia	25,79	35,88
D/C ANUAL	48,38			Serviço de Transmissão	2,72	3,78
F/C MENSAL	7,67	CONTRATADA	202	Encargos Setoriais	4,13	5,74
F/C TRIMESTRAL	15,34			Impostos Diretos e Encargos	31,78	44,23
F/C ANUAL	30,68			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	6,29	LIMITE SUPERIOR	251	Total	71,88	100,00
DMC	19,00					

ATENÇÃO

Valor EUSD (Ref. 01/04/1987)

Faturas em atraso

ATENÇÃO Vigência: R\$ 0,00 (R\$ 0,00) Faturas em atraso

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) ao lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/12/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso a mesma não seja comunicada ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.  
- Leitura confirmada

Out/18 81,80  
Set/18 57,58  
Ago/18 76,48  
Jul/18 60,83







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/DPVAT/DECLARACAO/DECLARACAO%20PRE-18000100-2000>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ADEILTON JOSÉ DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.509.514 / 55,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ADEILTON JOSÉ DE SOUZA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.509.514 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: LOC. ENGENHO OLHO DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA

Número: 65

Complemento: ---

Bairro: OLHO DAGUA

Cidade: ALAGOA NOVA

Estado: PB

CEP: 58125.000

E-mail: [israelfariasadv@gmail.com](mailto:israelfariasadv@gmail.com)

Tel.(DDD): (83) 98116-7741  
(83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 22/04/2019

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343018600000022181754>

Número do documento: 19072200343018600000022181754

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 028.509.514-55 Nome completo da vítima: ADEILTON JOSÉ DE SOUZA

### REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ADEILTON JOSÉ DE SOUZA CPF: 028.509.514-55

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Vila Olívia Número: s/n Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Área Rural Cidade: Juarez Távora Estado: PB CEP: 58387.000  
E-mail: israelariasadv@gmail.com Tel.(DDD): (83) 986127750

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

#### RENDA MENSAL:

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

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco(237) ☐ Itaú(341)  
☐ Banco do Brasil(001) ☒ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3300 CONTA: 35404 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

#### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data, Juarez Távora - PB 22/04/2019  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina À ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, À SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ENC 001 V001/2018



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** ADEILTON JOSÉ DE SOUZA, brasileiro, estado civil: união estável, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Vila Olício, s/n, bairro: área rural, Município de Juarez Távora, Estado da Paraíba, Cep. 58387-000, portador do Rg. nº 28.186.835-7 SSP-RJ e CPF nº 028.509.514-55

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ADEILTON JOSÉ DE SOUZA, ocorrido em 02/01/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.  
Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Juarez Távora - PB, 22 / abril de 2019.



Adeilton José de Souza

Outorgante

CPF Nº 028.509.514-55

### "RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TÁVORA - PB Av. Adalberto Pereira de Melo - 554 - Centro - Juarez Távora - PB E-mail: cartorio@registrocivil.tpb.jus.br	
RECONHECIMENTO	
Reconheço a (s) firma (s) de <u>Adeilton José de Souza</u>	
Como:	Sinal Público <input checked="" type="checkbox"/> Autenticidade <input checked="" type="checkbox"/> Semelhança <input type="checkbox"/>
Juarez Távora, PB <u>22.04.2019</u> <u>[Assinatura]</u>	
SELO NORMAL	<u>A1K63919-32DR</u>
SELO DIGITAL Nº	
Consulte a autenticidade <a href="https://selodigital.tpb.jus.br">https://selodigital.tpb.jus.br</a>	

Cartório do Registro Civil  
Ivone Alvega de Melo e Melo  
ESCRITÓRIA  
JUAREZ TÁVORA - PB





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000066/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000066/19 registrada em 08/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:33 horas, compareceu o Sr. ADEILTON JOSÉ DE SOUZA, com 40 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e ILZA DEIOLINDA DE SOUZA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 28.186.835-7, expedido pela SSP-RJ, com C.P.F. de Nº 02850951455, residindo à rua SÍTIO CAIXEIRO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de JUAREZ TÁVORA - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 15h00min do dia 02.01.2019, estava se deslocando do Sítio Caixeiro em direção a cidade de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 FAN, ano/modelo 2018/2018, cor vermelha, chassi nº 9C2KC2200JR014284, de placa QSE-2056/PB, licenciada em nome de Pedro Bernardo da Silva, quando foi surpreendido por outra motocicleta de marca, cor, placa e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, tendo o comunicante desviado um pouco na tentativa de evitar o acidente mas mesmo assim foi atingido na parte frontal e foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos cirúrgicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido do acidente, caso o mesmo seja identificado; Que, o comunicante está impossibilitado de apresentar a Declaração do Proprietário do veículo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 8 de Abril de 2019

ADEILTON JOSÉ DE SOUZA

Declarante

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

113-483095561-8

23/ABR/2019

HORA DF 10:10:36

LOT: 13.011820-6

TERM: 012477

LOCALIDADE: JUAREZ TAVORA

AG. VINCULADA: 1100

CONTROLE: 615085762

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1100 013 00035404-8

ADEILTON JOSE DE SOUZA

VALOR

:

10,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

113-483095561-8

1ª VIA





obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª VIA



Número 30.679 Série 0207

Odete da Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Adilton José da Silva  
Loc. Nascimento PB Data 16.04.78  
Filiação Filho de Odete da Silva  
Doc. Nº PB 20.106.035.7 de 17.11.78

ESTRANGEIROS

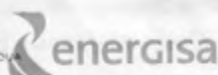
Chegada ao Brasil em / Doc. /  
Exp. em / Estado /  
Obs. /  
Data Emissão 14.03.12 /  
Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO  
LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA  
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (A3-T1)



Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 5 - 77 - 614 - 280  
Medidor: 0000716190

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br/226, Km/26 - Cota Redentor - João Pessoa/PB - CEP 56071-690  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Rec. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 023.090.423  
Cód. para Dth Automática: 001732151-4

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	093.610.664-66

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

#### Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 23 de junho de 2009,  
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-  
mentos regulares de energia elétrica desta unidade  
consumidora vencidos no ano de 2019 e nos anos ante-  
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação  
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qua-  
lificações dos faturamentos mensais dos débitos do ano  
a que se refere, e dos anos anteriores.  
Já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no  
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para  
acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e  
segurança, orientações sobre serviços, informações sobre  
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/03/19	2794	09/04/19	3939		144	28
Demonstrativo						
Q1	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cota	Alto
				ICMS(R\$)	ICMS	Pa/Cota(R\$)
0601	Consumo em kWh	144,00	0,854400	123,03	123,03	27
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			2,88	0,00	0
0804	JUROS DE MORA 02/2019			0,33	0,00	0
0805	MULTA 02/2019			2,17	0,00	0

Q1 Código de Classificação de Rem. TOTAL 128,41 123,03 33,21 123,03 1,33 R\$ 14  
Tarifa al. Tributos 0,571770

Média últimos meses (kWh) 127

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
11/05/2019	R\$ 128,41

#### Histórico de Consumo (kWh)

119 | 101 | 113 | 112 | 105 | 114 | 130 | 140 | 151 | 178 | 123 | 139  
Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19

#### RESERVADO AO FISCO

a669.29ee.adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

#### Indicadores de Qualidade

2º/2019 - Anual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,84		
DIC ANUAL	25,60		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	7,47	0,00	
FIC TRIMESTRAL	8,66		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	13,70		
DMC	9,80		
DICR	12,22	0,00	

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	29,21	22,75
Compra de Energia	41,80	32,56
Serviço de Transmissão	4,00	3,12
Encargos Defensivos	8,91	6,94
Impostos Diretos e Encargos	46,08	35,93
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	128,41	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2019) R\$ 38,69

#### ATENÇÃO

Aten! Verde: #ChegadaAcidente de Trabalho

#### Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 00243 900172 1 78860000012841

PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 093.610.664-66

LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29249120000143900	01732151201904	11/05/2019	R\$ 128,41	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183/0001-40



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:31

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343077100000022181755>

Número do documento: 19072200343077100000022181755

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** ADEILTON JOSÉ DE SOUZA, brasileiro, estado civil: união estável, profissão: Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Caixeiro, S/N, Área Rural. Município de Juarez Távora - PB, Estado da Paraíba, Cep 58387-000, portador do Rg. nº 28.186.835-7 SSP/RJ e CPF nº 028.509.514-55.

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

**Poderes e fins:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 22/07/2019.



Assinatura do outorgante











GOVERNO  
DA PARÁ

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Adailton José de Souza		
End:	Setor Cochuiro	Bairro:	
Data de Nascimento:	06.02.48	Documento de Identificação:	19072200343195800000022181757
Queixa:	Cac. de	Data do Atend.:	02.01.18 Hora: 04:30 Documento: Tavera
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

UNOTO

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input 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:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

### Estratificação

MOD. 110

- ☒ Vermelho - atendimento imediato  
☐ Verde - atendimento até 4 horas

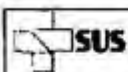
- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora  
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Data da Internação: 02/01/2019 Hora: 19:51:35



Sistema Único de 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 LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ADEILTON JOSE DE SOUZA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1805597

7 - CARTÃO DO SUS

700007609503104

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/04/1978

9 - SEXO

Masc ☒ F ☐Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ILZA DIOLINDA DE SOUZA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988178477

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO CACHOEIRA, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Juarez Távora

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250760

15 - UF

PB

16 - CEP

58387000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Altera gosto do paciente / vomito na boca - 1 pulso @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Fratura do fêmur do membro inferior direito @

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

190005316860006

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/01/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ericsson A. Marques  
CRM 4770 - Medicina Traumatologia  
Rua: Padre ... 1831 - João ...  
TEL: (83) 988178477 - 4666

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÊNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Handwritten notes in Portuguese, including a signature and several lines of text, some of which are circled or underlined.





<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		<b>Sistema Minutório</b> Unidade de Saúde Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>ADELTON JOSE DE SOUZA</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1805597</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>700007609503104</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>16/04/1978</b>	
9 - SEXO <b>M</b>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ILZA DIOLINDA DE SOUZA</b>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>SITIO CACHOEIRA, 0, ZONA RURAL</b>		12 - CID 10 PRINCIPAL <b>83</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Juarez Távora</b>		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - UF <b>250760 PB</b>	
15 - CEP <b>58387000</b>		16 - CEF <b>58387000</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - SINTOMAS, SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Febre e sede de medicação / fme na</b>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Am</b>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>Frnt de abdome</b>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Frnt de abdome</b>			
21 - CID 10 PRINCIPAL <b>83</b>			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO <b>83</b>			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <b>83</b>			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>83</b>			
25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
26 - DOCUMENTO (X) CNES ( ) CPF <b>19005316860006</b>			
27 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>02/01/2019</b>			
28 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>02/01/2019</b>			
29 - ASSINATURA <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
31 - CLÍNICA <b>02</b>			
32 - CAR/TER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>			
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Frnt de abdome</b>			
34 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO			
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <b>( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO</b>			
38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
39 - COD. ORGÃO EMISSOR <b>1805597</b>			
40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
62 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
64 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
68 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
72 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
73 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
74 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
77 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
78 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
82 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
84 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
88 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
89 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
92 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
93 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
94 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
97 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
98 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			
100 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Ericsson Albuquerque Marques</b>			

Data de internação: 02/01/2019 Hora: 19:51:35

HTG-Panel Administrativo

02/01/2019







**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	2	2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	2	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	3	2
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2	2	2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	1	2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>	9	10

CRUZADO  
Assinatura do anestesista



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

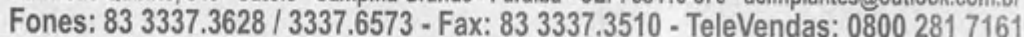
[illegible]

~~D-16~~  
~~V-30-01-19~~

~~D-16~~  
~~V-30-01-19~~

~~D-16~~  
~~V-30-01-19~~





Data da Cirurgia: 12/01/2019  
Prontuário: 1205514  
Convênio: Unio  
Código Proc.: \_\_\_\_\_

Médico



Procedimento: *Justificativa médica*  
 Médico: *Dr. Roberto da Silva*  
 Hospital: *Hospital de São João*  
 Data da Consulta: *18.01.2019*  
 Valor: *1807214*  
 Data de Pagamento: *18.01.2019*

Controle Cirúrgico

Quant.	Descrição do material utilizado	Unidade	Cod. Anvisa
01	placa A. 10x10		
01	placa B. 10x10		
01	placa C. 10x10		
01	placa D. 10x10		
01	placa E. 10x10		
01	placa F. 10x10		
01	placa G. 10x10		
01	placa H. 10x10		
01	placa I. 10x10		
01	placa J. 10x10		
01	placa K. 10x10		
01	placa L. 10x10		
01	placa M. 10x10		
01	placa N. 10x10		
01	placa O. 10x10		
01	placa P. 10x10		
01	placa Q. 10x10		
01	placa R. 10x10		
01	placa S. 10x10		
01	placa T. 10x10		
01	placa U. 10x10		
01	placa V. 10x10		
01	placa W. 10x10		
01	placa X. 10x10		
01	placa Y. 10x10		
01	placa Z. 10x10		
01	placa AA. 10x10		
01	placa AB. 10x10		
01	placa AC. 10x10		
01	placa AD. 10x10		
01	placa AE. 10x10		
01	placa AF. 10x10		
01	placa AG. 10x10		
01	placa AH. 10x10		
01	placa AI. 10x10		
01	placa AJ. 10x10		
01	placa AK. 10x10		
01	placa AL. 10x10		
01	placa AM. 10x10		
01	placa AN. 10x10		
01	placa AO. 10x10		
01	placa AP. 10x10		
01	placa AQ. 10x10		
01	placa AR. 10x10		
01	placa AS. 10x10		
01	placa AT. 10x10		
01	placa AU. 10x10		
01	placa AV. 10x10		
01	placa AW. 10x10		
01	placa AX. 10x10		
01	placa AY. 10x10		
01	placa AZ. 10x10		
01	placa BA. 10x10		
01	placa BB. 10x10		
01	placa BC. 10x10		
01	placa BD. 10x10		
01	placa BE. 10x10		
01	placa BF. 10x10		
01	placa BG. 10x10		
01	placa BH. 10x10		
01	placa BI. 10x10		
01	placa BJ. 10x10		
01	placa BK. 10x10		
01	placa BL. 10x10		
01	placa BM. 10x10		
01	placa BN. 10x10		
01	placa BO. 10x10		
01	placa BP. 10x10		
01	placa BQ. 10x10		
01	placa BR. 10x10		
01	placa BS. 10x10		
01	placa BT. 10x10		
01	placa BU. 10x10		
01	placa BV. 10x10		
01	placa BW. 10x10		
01	placa BX. 10x10		
01	placa BY. 10x10		
01	placa BZ. 10x10		
01	placa CA. 10x10		
01	placa CB. 10x10		
01	placa CC. 10x10		
01	placa CD. 10x10		
01	placa CE. 10x10		
01	placa CF. 10x10		
01	placa CG. 10x10		
01	placa CH. 10x10		
01	placa CI. 10x10		
01	placa CJ. 10x10		
01	placa CK. 10x10		
01	placa CL. 10x10		
01	placa CM. 10x10		
01	placa CN. 10x10		
01	placa CO. 10x10		
01	placa CP. 10x10		
01	placa CQ. 10x10		
01	placa CR. 10x10		
01	placa CS. 10x10		
01	placa CT. 10x10		
01	placa CU. 10x10		
01	placa CV. 10x10		
01	placa CW. 10x10		
01	placa CX. 10x10		
01	placa CY. 10x10		
01	placa CZ. 10x10		
01	placa DA. 10x10		
01	placa DB. 10x10		
01	placa DC. 10x10		
01	placa DD. 10x10		
01	placa DE. 10x10		
01	placa DF. 10x10		
01	placa DG. 10x10		
01	placa DH. 10x10		
01	placa DI. 10x10		
01	placa DJ. 10x10		
01	placa DK. 10x10		
01	placa DL. 10x10		
01	placa DM. 10x10		
01	placa DN. 10x10		
01	placa DO. 10x10		
01	placa DP. 10x10		
01	placa DQ. 10x10		
01	placa DR. 10x10		
01	placa DS. 10x10		
01	placa DT. 10x10		
01	placa DU. 10x10		
01	placa DV. 10x10		
01	placa DW. 10x10		
01	placa DX. 10x10		
01	placa DY. 10x10		
01	placa DZ. 10x10		
01	placa EA. 10x10		
01	placa EB. 10x10		
01	placa EC. 10x10		
01	placa ED. 10x10		
01	placa EE. 10x10		
01	placa EF. 10x10		
01	placa EG. 10x10		
01	placa EH. 10x10		
01	placa EI. 10x10		
01	placa EJ. 10x10		
01	placa EK. 10x10		
01	placa EL. 10x10		
01	placa EM. 10x10		
01	placa EN. 10x10		
01	placa EO. 10x10		
01	placa EP. 10x10		
01	placa EQ. 10x10		
01	placa ER. 10x10		
01	placa ES. 10x10		
01	placa ET. 10x10		
01	placa EU. 10x10		
01	placa EV. 10x10		
01	placa EW. 10x10		
01	placa EX. 10x10		
01	placa EY. 10x10		
01	placa EZ. 10x10		
01	placa FA. 10x10		
01	placa FB. 10x10		
01	placa FC. 10x10		
01	placa FD. 10x10		
01	placa FE. 10x10		
01	placa FF. 10x10		
01	placa FG. 10x10		
01	placa FH. 10x10		
01	placa FI. 10x10		
01	placa FJ. 10x10		
01	placa FK. 10x10		
01	placa FL. 10x10		
01	placa FM. 10x10		
01	placa FN. 10x10		
01	placa FO. 10x10		
01	placa FP. 10x10		
01	placa FQ. 10x10		
01	placa FR. 10x10		
01	placa FS. 10x10		
01	placa FT. 10x10		
01	placa FU. 10x10		
01	placa FV. 10x10		
01	placa FW. 10x10		
01	placa FX. 10x10		
01	placa FY. 10x10		
01	placa FZ. 10x10		
01	placa GA. 10x10		
01	placa GB. 10x10		
01	placa GC. 10x10		
01	placa GD. 10x10		
01	placa GE. 10x10		
01	placa GF. 10x10		
01	placa GG. 10x10		
01	placa GH. 10x10		
01	placa GI. 10x10		
01	placa GJ. 10x10		
01	placa GK. 10x10		
01	placa GL. 10x10		
01	placa GM. 10x10		
01	placa GN. 10x10		
01	placa GO. 10x10		
01	placa GP. 10x10		
01	placa GQ. 10x10		
01	placa GR. 10x10		
01	placa GS. 10x10		
01	placa GT. 10x10		
01	placa GU. 10x10		
01	placa GV. 10x10		
01	placa GW. 10x10		
01	placa GX. 10x10		
01	placa GY. 10x10		
01	placa GZ. 10x10		
01	placa HA. 10x10		
01	placa HB. 10x10		
01	placa HC. 10x10		
01	placa HD. 10x10		
01	placa HE. 10x10		
01	placa HF. 10x10		
01	placa HG. 10x10		
01	placa HH. 10x10		
01	placa HI. 10x10		
01	placa HJ. 10x10		
01	placa HK. 10x10		
01	placa HL. 10x10		
01	placa HM. 10x10		
01	placa HN. 10x10		
01	placa HO. 10x10		
01	placa HP. 10x10		
01	placa HQ. 10x10		
01	placa HR. 10x10		
01	placa HS. 10x10		
01	placa HT. 10x10		
01	placa HU. 10x10		
01	placa HV. 10x10		
01	placa HW. 10x10		
01	placa HX. 10x10		
01	placa HY. 10x10		
01	placa HZ. 10x10		
01	placa IA. 10x10		
01	placa IB. 10x10		
01	placa IC. 10x10		
01	placa ID. 10x10		
01	placa IE. 10x10		
01	placa IF. 10x10		
01	placa IG. 10x10		
01	placa IH. 10x10		
01	placa II. 10x10		
01	placa IJ. 10x10		
01	placa IK. 10x10		
01	placa IL. 10x10		
01	placa IM. 10x10		
01	placa IN. 10x10		
01	placa IO. 10x10		
01	placa IP. 10x10		
01	placa IQ. 10x10		
01	placa IR. 10x10		
01	placa IS. 10x10		
01	placa IT. 10x10		
01	placa IU. 10x10		
01	placa IV. 10x10		
01	placa IW. 10x10		
01	placa IX. 10x10		
01	placa IY. 10x10		
01	placa IZ. 10x10		
01	placa JA. 10x10		
01	placa JB. 10x10		
01	placa JC. 10x10		
01	placa JD. 10x10		
01	placa JE. 10x10		
01	placa JF. 10x10		
01	placa JG. 10x10		
01	placa JH. 10x10		
01	placa JI. 10x10		
01	placa JJ. 10x10		
01	placa JK. 10x10		
01	placa JL. 10x10		
01	placa JM. 10x10		
01	placa JN. 10x10		
01	placa JO. 10x10		
01	placa JP. 10x10		
01	placa JQ. 10x10		
01	placa JR. 10x10		
01	placa JS. 10x10		
01	placa JT. 10x10		
01	placa JU. 10x10		
01	placa JV. 10x10		
01	placa JW. 10x10		
01	placa JX. 10x10		
01	placa JY. 10x10		
01	placa JZ. 10x10		
01	placa KA. 10x10		
01	placa KB. 10x10		
01	placa KC. 10x10		



HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																																																											
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Adulito Junior de Souza</i>			IDADE: <i>40</i>	SEXO: <i>M</i>																																																																											
DATA: <i>18/11/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																											
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS																																																																											
					URINA																																																																												
AR. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE																																																																											
AR. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																												
AR. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AR. URINÁRIO																																																																												
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																																																																											
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura de Zygoma</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO: <i>ASA II</i>																																																																											
ANESTESIAS ANTERIORES																																																																																	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ATÉMIAS ANESTÉSICOS</th> <th>Q'</th> <th>INDUÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Propofol</i></td> <td><i>200</i></td> <td>Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Sevoflurano</i></td> <td><i>500</i></td> <td>Laríngeo espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Etomidato</i></td> <td><i>10</i></td> <td>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Alc. 100</i></td> <td><i>50</i></td> <td>Outros: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>MANUTENÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>1) Alclorato 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>2) Ultiva 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>3) Decadron 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>4) T. 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>5) D. 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>6) H. 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>ANESTESIA SATISF: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Não, por quê?</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>7) G. 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>8) H. 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><i>9) B. 01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>DESPERTAR</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Reflexos na SO: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Obstr.: <input type="checkbox"/> Co.: <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Outros: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Com cânula: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Paro o Leito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>CONDIÇÕES:</td> </tr> </tbody> </table>							ATÉMIAS ANESTÉSICOS	Q'	INDUÇÃO	<i>Propofol</i>	<i>200</i>	Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/>	<i>Sevoflurano</i>	<i>500</i>	Laríngeo espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/>	<i>Etomidato</i>	<i>10</i>	Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>	<i>Alc. 100</i>	<i>50</i>	Outros: <input type="checkbox"/>			MANUTENÇÃO			<i>1) Alclorato 01</i>			<i>2) Ultiva 01</i>			<i>3) Decadron 01</i>			<i>4) T. 01</i>			<i>5) D. 01</i>			<i>6) H. 01</i>			ANESTESIA SATISF: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Não, por quê?			<i>7) G. 01</i>			<i>8) H. 01</i>			<i>9) B. 01</i>			DESPERTAR			Reflexos na SO: <input type="checkbox"/>			Obstr.: <input type="checkbox"/> Co.: <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/>			Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>			Outros: <input type="checkbox"/>			Com cânula: <input type="checkbox"/>			Paro o Leito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			CONDIÇÕES:
ATÉMIAS ANESTÉSICOS	Q'	INDUÇÃO																																																																															
<i>Propofol</i>	<i>200</i>	Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/>																																																																															
<i>Sevoflurano</i>	<i>500</i>	Laríngeo espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/>																																																																															
<i>Etomidato</i>	<i>10</i>	Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>																																																																															
<i>Alc. 100</i>	<i>50</i>	Outros: <input type="checkbox"/>																																																																															
		MANUTENÇÃO																																																																															
		<i>1) Alclorato 01</i>																																																																															
		<i>2) Ultiva 01</i>																																																																															
		<i>3) Decadron 01</i>																																																																															
		<i>4) T. 01</i>																																																																															
		<i>5) D. 01</i>																																																																															
		<i>6) H. 01</i>																																																																															
		ANESTESIA SATISF: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																															
		Não, por quê?																																																																															
		<i>7) G. 01</i>																																																																															
		<i>8) H. 01</i>																																																																															
		<i>9) B. 01</i>																																																																															
		DESPERTAR																																																																															
		Reflexos na SO: <input type="checkbox"/>																																																																															
		Obstr.: <input type="checkbox"/> Co.: <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/>																																																																															
		Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>																																																																															
		Outros: <input type="checkbox"/>																																																																															
		Com cânula: <input type="checkbox"/>																																																																															
		Paro o Leito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>																																																																															
		CONDIÇÕES:																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGOS</th> <th>VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO</th> <th>AX. ANESTESIA: O. OPERAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>5002</i></td> <td><i>40/60/120</i></td> <td><i>38-38-38-38-38-38-38-38</i></td> </tr> <tr> <td><i>Etomidato</i></td> <td><i>10</i></td> <td><i>10</i></td> </tr> </tbody> </table>							CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO	AX. ANESTESIA: O. OPERAÇÃO	<i>5002</i>	<i>40/60/120</i>	<i>38-38-38-38-38-38-38-38</i>	<i>Etomidato</i>	<i>10</i>	<i>10</i>																																																																		
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO	AX. ANESTESIA: O. OPERAÇÃO																																																																															
<i>5002</i>	<i>40/60/120</i>	<i>38-38-38-38-38-38-38-38</i>																																																																															
<i>Etomidato</i>	<i>10</i>	<i>10</i>																																																																															
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																																																																																	
POSICÃO																																																																																	
AGENTES																																																																																	
TÉCNICA																																																																																	
OPERAÇÃO																																																																																	
CIRURGIÕES																																																																																	
ANESTESISTAS																																																																																	
OBSERVAÇÕES																																																																																	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA																																																																												

MOD. 058

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



[illegible]

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

[illegible]



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

### AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Adeilton José de Sousa IDADE: 40 SEXO: M  
IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: 03/01/19

#### 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

#### SINTOMAS:

( ) Cefaléia	( ) Tontura	( ) Síncope
( ) Dispnéia de esforço	( ) Grande	( ) Pequena
( ) Palpitações	( ) Média	( ) Ortopnéia
( ) Dor Precordial	( ) Tosse Seca	( ) Expectoração
Relacionada ( ) Esforço	( ) Típica	( ) Atípica
	( ) Emoções ( ) Frio	( ) Pós-prandial

Comentários: \_\_\_\_\_

#### 2 - DOENÇAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica N	( ) Hipertensão Pulmonar	( ) DPOC ( ) Outros
( ) Diabetes Mellitus N	( ) Insuf. Cardíaca Congestiva N	( ) Insuficiência Coronariana
( ) Arritmias	( ) insuf. Renal	( ) Aguda ( ) Crônica N

#### 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: <u>ninguém</u>	( ) Tabagismo N
( ) Etilismo	( ) Sedentarismo
( ) Dislipidemia	( ) Outros
( ) Cirúrgico: <u>exérese cisto pulso e</u>	

Medicamentos em uso ( ) Não ( ) Sim ?

#### 4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom ☒ Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Cardiovascular - Comentários: PCR, 2T, 1D

96 b.p.m P.A.: 100 x 60 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: \_\_\_\_\_

Abdômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros inferiores - Comentários: \_\_\_\_\_

5 - E.C.G.: normal (a interferência)

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

#### 6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)  
( ) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)  
( ) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)  
( ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: \_\_\_\_\_

Ass. do Médico





Sr(a): ADEILTON JOSE DE SOUSA      Protocolo: 0000445675      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ      Data: 12-01-2019 15:07      Origem: CLINICA ORTOPEDICA I  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 40 anos      Destino: ENF 10 - L 02

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 12/01/2019 15:05 ]

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.23 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	12,6 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	4.200 /mm <sup>3</sup> (%)	(/mm <sup>3</sup> )	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrofilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	168	
Segmentados.....	52,0	2.184	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	1,0	42	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfocitos			
Típicos.....	40,0	1.680	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos.....	0	0	
Monocitos.....	3,0	126	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	439.000 mm <sup>3</sup>		140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup>

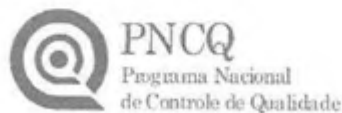
OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*CFBultra*

Carlos Felipe Souza de Miranda Bultrão  
Biomédico  
CRM 5499

Emissão : 12/01/2019 16:15 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C48F-EB08-E68C-2472-8408-5038-320B-ER16



**RESUMO DE ALTA**  
**(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

*Adulteron João da Silva* **DN:** 16/04/78 **PRONT. Nº:** 1005391  
**RALIDADE:** **PROCEDÊNCIA:**  
**SSÃO:** 02/11/19 **ALTA:** 02/11/19

**tivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)**

*Paciente refere a vítima de trauma motorístico pelo BOM apresentando edema em face, hematoma periorbital. Limitação de abertura bucal e palpável direta, acompanhado conjuntamente com este -*  
**Resultado dos principais exames** *palpação*

*Te mtoe fraturas em face.*

**lução e complicações**

*Paciente evoluiu com exoplasia e fratura maxilar inferior (mandíbula muscular)*

**apêutica realizada**

*Redução de fraturas maxilares com placas plásticas e tala de titânio.*

**gnóstico (hipotético ou definitivo)**

*Fratura completa zigomaxilar direita + zigomático superior + maxila direita.*

**entações médicas para pacientes / egresso**

- Reparo de maxilar
- auto-reparo maxilar
- medicação anti-dor
- Remoção sutura maxilar
- Placa maxilar
- Higienização maxilar

**dições de alta**

☐ Curado ☐ A pedido ☒ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado  
☐ Transferido para:

*Ampliação maxilar: 02/11/19*

*Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:33*  
*http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343257200000022181758*  
*Número do documento: 19072200343257200000022181758*



St. comp. Zigmatis subitans (b) +  
Zigma (c) + morda (d)

Paciente	Admission Date de Souza	Alojamento	Admission Leito	7-3	Convênio
----------	-------------------------	------------	-----------------	-----	----------

[illegible]

Adulto J. de Souza

- 1- Dúta líquida / pasta x pra  
2- J. de Souza  
3- T. de Souza E.V. 10/12h  
4- D. de Souza 10/12h + 18ml (AD) E.V. 06/12h  
5- D. de Souza 10/12h E.V. 10/12h  
6- D. de Souza 10/12h 3<sup>o</sup>  
7- DSV + LCG

José Ricardo dos Santos Souza  
Residência em Cirurgia  
Traumato-Ortopedia e Ortopedia  
CRO: PB 6901





## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que \_\_\_\_\_

foi atendido (às) hoje, às \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

horas, necessitando de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID \_\_\_\_\_

Campina Grande, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP: 58432-809 - Malvinas - Campina Grande-PB





7-3

Wieder

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343257200000022181758>

Número do documento: 19072200343257200000022181758

19.01.19 ~ 08h ~ 18h ~ 130 x 80 mmHg ~ episódios SS W; medicação conforme prescrição médica, reali-  
zados cuidados gerais.

Camila Adelaide Volney  
Téc. Enfermagem  
COREN-PB 831.249

19/01/19 ~ 20h ~ 18h ~ 150 x 100 mmHg ~ episódios SS W; medicação conforme prescrição médica.

Camila Adelaide Volney  
Téc. Enfermagem  
COREN-PB 831.249







## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Je de Comp. Zümmel's entstellte  
Df. Zümmel & Maude D.

[illegible]






$$40 \text{ CZM} \text{ (i) } + \text{NOE} \text{ ?}$$

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343316800000022181759>  
 Número do documento: 19072200343316800000022181759

37 101119

8:00h5  
Exiente comente, orientado  
SSU utand PA: 12028d  
T: 360c, portante chambrado  
sem diligenciado, frei  
mudando segue mais os  
evidencias do engomagem -

Renato  
Engomagem



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Adilson Registro: 132 Leito: 7-3 Setor Atual: M

**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 PSICOBIOLOGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ☒ ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) 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 % I/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

( ☒ ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros:

Ausculat 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 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.



Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos ( ) > 3 segundos ( ) Turgência jugular: ( )	
Drógas vasotivas: ( ) Quais?	Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros: Marcapasso ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>use</u>	Data da punção: <u>16.01.19</u>
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Feição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Celonômica ( ) Jejunostomia ( ) NF: <u>hora</u>	Data: <u>16.01.19</u>
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Diarreia ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normocefálica ( ) Ausentes ( ) Diminuídas ( ) Aumentadas	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipada há <u>dias</u> ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD. Débito <u>ml/min</u>	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CYANOTICA</b>	
Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Eczematosas ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) <u>ulcero</u>	
Coloração da pele: ( ) Normocrizada ( ) Impureza ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Flaccida	
Condições das mucosas: ( ) Unidas ( ) Secas ( ) Hemorragias de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: <u>Curativo em: 1/1</u>	
Drain: ( ) Tipo/Aspecto: <u>Curativo em: 1/1</u>	
Maneira da pressão: ( ) Estágio: <u>Local: Describer</u>	Curativo: <u>1/1</u>
<b>CONDICIONAMENTO</b>	
Condicionamento corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente Dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Assepsia ( ) Insuficiência ( ) Higiene Corporal ( ) Gasotratada ( ) Insuficiente.	
Limpeza física: ( ) Acarnado ( ) Cadeia de mela ( ) Outros:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Intermitente ( ) Durma dorme a noite ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS</b>	
<b>5 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada ( ) Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Moderado	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiarização ( ) Outros:	
<b>6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSPÍRITUAS</b>	
<b>7 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO E SEGURANÇA</b>	
Observações: ( ) Preservado ( ) Não preservado. Observações:	
<b>8 - CONSIDERAÇÕES</b>	
<p><i>Paciente que se usa de vasos duplos em dois dentes, segue em observação e com cuidados de equipe</i></p>	
<p>Assinatura e Assinatura do Enfermeiro: <u>GB</u> DATA: <u>17.01.19</u> HORA: <u>15:39</u></p> <p>COREN 456552/PR <u>Gabriel P. Batista</u></p>	



$$T \sim e^{2m} (B) + NOE? \quad \text{OH}$$

Dr. Reginaldo Fernandes  
Cirurgião Traumatologista  
Cirurgia Maxilofacial  
Belo Horizonte - RO-PE 0316  
Residente





16.01.19. 08H -  
 - Parcela comunitária, com preço reduzido.  
 - Quilómetros no movimento. Reduzido em MSE. Trabalho MP. Reduzido.  
 36 parcela 1/4 de 100m x 100m no movimento. Reduzido em MSE. Trabalho MP. Reduzido.  
 03 de 100m x 100m no movimento. Reduzido em MSE. Trabalho MP. Reduzido.  
 18 de 100m x 100m no movimento. Reduzido em MSE. Trabalho MP. Reduzido.


$$Z_n \text{ "D" } + NOE??$$

20/07

[illegible]

15-01-2019  
08:00 Paciente recebeu atendimento, orientado,  
PA 92x80, supine, aferido, H.C.P.M., segue  
os cuidados de enfermeiros  
rec. enfermagem

15/01/19 120180  
Paciente recebeu atendimento  
quase no momento  
cont



7-3

FX BARTON VOLAR

LEITO 10-1

ORTOPEDIA 1  
LEITO 10-1  
Nº PRONTUÁRIO: 1805597  
ADEILTON JOSÉ

14/1

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEIUM PELA MANHÃ
- 8 FISIO MOTORA
- 9 SSVV+CCGG

o Atm 100mg/100ml idq de  
entrega 100ml  
de BNF.

Dr. Everton Meira  
MR Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9500

BCC, ESTÁVEL, S/ INTERCORRÊNCIAS  
CO: 17M  
Alto naschah, com HBT  
AINE + Analgésico + Centro de reabilitação + fisioterapia - Aceito em casa  
de BNF.

Dr. Everton Meira  
MR Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9500

66 Folia medicação



14.03.19

PA:

paciente admitido na reclusão às 15:30, proveniente da área cirúrgica para tratamento específico, em uso de fôco na nuca, não possui queixas. medicado conforme prescrição médica e segue aos cuidados de enfermagem.

Jennyfer Farias de Souza

Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 112517

*JF de Souza*

14.03.19

PA: 190x80

18:00

paciente elusivo e em, consciente, orientado, sem intercorrências no momento segue sem queixas, medicado conforme prescrição médica e segue aos cuidados de enfermagem.

Jennyfer Farias de Souza

Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 112517

*JF de Souza*





ORTOPEDIA 1  
LEITO 10-1

Nº PRONTUÁRIO: 0 1805597  
0 Aderton José

13/01

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ
- 8 FISIO MOTORA
- 9 SSVV+CCGG

Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907

Fx Boston Vela

0

LEITO 10-1

BEG, stone, em intercurso  
cs: VM

1  
6

Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907



21 horas → PA: 110 x 80 mmHg. Valéria  
h<sup>a</sup>

180221  
180221





## Diagnóstico

Finans i 13 delar  
Radio

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343386700000022181760>  
 Número do documento: 19072200343386700000022181760



ORTOPEDIA 1  
LEITO 10-1

Nº PRONTUÁRIO: 0

0

Adeilton José de Sousa

12/01

- 1 DIETA LIVRE Zero após 22 horas AT+
- 2 JELCO SALINIZADO ✓
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H ~~2x~~ 2x 06
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEIUM PELA MANHÃ 06 P
- 8 FISIO MOTORA ✓
- 9 SSVV+CCGG ✓

Dt. Euler Fabrício A. Cruz  
CRM-PB 9907

Boston Vdor

0

LEITO 10-1

DEG, estável, sem alterações

CD: VTM

Dt. Euler Fabrício A. Cruz  
CRM-PB 9907

12/01/19 08:50

PA = 130 x 10 P = 71

Bole comente e  
resolvido o que  
este momento  
se eu não  
de eu não  
de eu não

12/01/19 08:50  
Diretor  
185-115

12/01/19 21:00

PA = 140 x 10 P = 72

Bole que eu  
eu não  
de eu não  
de eu não

12/01/19 21:00  
Diretor  
185-115





ORTOPEDIA 1

LEITO 10-1

Nº PRONTUÁRIO: 0

0 Adulteração de sangue

11/1

1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO

3 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ

8 FISIO MOTORA

9 SSVV+CCGG

Dr. Euzenir Meiro  
MR Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9900

Batida no ar.

0

LEITO 10-1

BFC, exames, exames

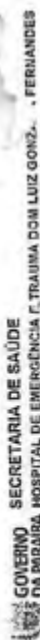
CDVPM

Dr. Euzenir Meiro  
MR Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9900

11/01/19 -> PA: 110 x 80 mm lta, Valência  
Ms  
21 horas -> PA: 120 x 80 mm lta, Valência  
Ms







SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO  
SECRETARIA DE SAUDE  
UNIDADE DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZ. - FERNANDES

## DIAGNÓSTICO

for Bm b n w b r e (E)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Adeilton José de Souza, 40.	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
09/01	1. Dieta líquida - peritônio 2. SRL 1500ml EV/24h + 500ml SCS/L. 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum, dia 7, VO 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseáron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Glixane 40mg SC/dia > Suspenso 9. SSW + CCGG 10. MComp. Cl Bmf.	At+ At+ At+ At+ At+ At+ At+ At+ At+ At+	50 25 31 4 12 18 24 46 24 00   	

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Adelton José de Souza, 40.	Alojamento	Leito	Convênio
Data	09/01/19	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
				Acromia: AVL 5/10 OD 20/200 OE 20/20 versões: limitação de abdução em OD BIO: OD HSC superior em redeção, corno transparente, CAF. FO: NOC, EPC, múltiplos pontos homocigotos em todo PP, equador, hemorragias em pontos diversos e hemorragia em arco macular. Ed: face contata com a FALSA. Mapeamento de Retina e Retinografia -coloredo em 7h30min em 10/01 com no punção no Clínica Escola de FALSA. no momento, nenhum tratamento optalmológico é indicado. Seguir com a BNF e otenino. JH. #OFTALMOLOGIA FALSA# Paciente encaminhado de X para MR e Retinografia com queros non- hidox MR: hemorragia subintima e sub EPR em maioria com abdução, hemorragia perimati- naria superior e pontos de H. Exame prepuado pelo limitação de versão. Ed: Retorno em 14/01 as 7h30min para avaliação de Retina e Linfático.

MOD. 035





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

## Diagnóstico

Fx Bortmann Valer (E)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Admission	Alojamento	Leito	Convênio
Admission	Admission	Admission	Admission	Admission

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10-04	<p>1 DIETAS LÍQUIDA - PASTOSA</p> <p>2 HECOSATINIZADO 500ml EV 24h + 500ml 56h</p> <p>4 DIPIRONA 1G EV 6/6h</p> <p>5 TILATIL 20-mg + AD - EV 12/12h SN</p> <p>6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8h SE DOR</p> <p>7 NAUSEDRON 1FA + AD EV 8/8h SN</p> <p>8 ONIEPRAZOL 20MG VO JEJUM</p> <p>9 SSVV + CCGG</p> <p>10 Acamp. cl DMF</p>	<p>18h 30h</p> <p>18h 30h</p> <p>5h 12h 5h 12h 5h 12h</p> <p>18h 30h</p>	<p>BEG. estável sem intercorrência</p> <p># CD: VPM</p> <p>OG</p>
	<p>Dr. Julio Cesar Castro</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM/PR-5353 / CRM/MT-6320</p>		

Data 10/01/19

Hora 08:00

PA 130x100

paciente consciente, orientado  
medicando sempre a prescrição  
medica e segue aos cuidados  
da enfermagem 1254-587.

10/01/19

20:00hs T/A: 140x90

Mônica Fortuato Soares  
COREN-PR 843.811-TE





## Diagnóstico

gates and limit +)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convenio
Adyilton José	9		
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/04	<p>1) 1 litro Líquido 9250ml</p> <p>2) 5g 500ml 12h</p> <p>3) 5g 1000ml 12h</p> <p>4) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>5) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>6) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>7) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>8) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>9) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>10) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>11) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>12) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>13) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>14) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>15) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>16) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>17) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>18) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>19) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>20) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>21) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>22) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>23) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>24) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>25) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>26) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>27) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>28) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>29) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>30) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>31) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>32) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>33) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>34) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>35) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>36) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>37) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>38) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>39) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>40) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>41) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>42) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>43) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>44) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>45) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>46) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>47) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>48) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>49) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>50) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>51) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>52) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>53) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>54) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>55) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>56) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>57) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>58) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>59) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>60) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>61) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>62) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>63) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>64) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>65) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>66) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>67) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>68) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>69) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>70) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>71) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>72) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>73) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>74) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>75) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>76) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>77) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>78) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>79) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>80) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>81) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>82) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>83) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>84) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>85) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>86) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>87) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>88) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>89) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>90) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>91) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>92) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>93) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>94) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>95) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>96) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>97) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>98) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>99) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>100) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>101) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>102) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>103) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>104) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>105) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>106) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>107) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>108) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>109) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>110) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>111) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>112) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>113) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>114) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>115) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>116) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>117) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>118) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>119) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>120) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>121) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>122) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>123) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>124) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>125) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>126) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>127) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>128) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>129) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>130) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>131) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>132) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>133) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>134) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>135) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>136) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>137) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>138) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>139) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>140) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>141) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>142) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>143) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>144) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>145) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>146) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>147) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>148) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>149) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>150) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>151) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>152) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>153) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>154) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>155) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>156) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>157) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>158) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>159) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>160) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>161) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>162) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>163) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>164) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>165) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>166) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>167) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>168) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>169) 1 litro 2000ml 12h</p> <p>170) 1 litro 2000ml 12h</p>		





SECRETARIA DE S 'DE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

① began melting +

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

09

[illegible]

MOD. 0

12:00

07-05-19.

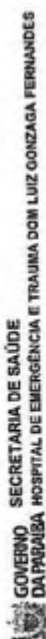
PA: 150/80

Rad. concinili, inculado:  
Ag. cerebra. nec. C. Pr.  
Fiducioso certo unum

Maria DO Socorro  
 Têc. Enfermeiro  
 COREN: 203176

Handwritten notes and calculations, including a large circular diagram with numbers and a list of numbers on the right side.





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

## DIAGNÓSTICO

1/2 F x Boston value

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

Data 06/01/19

Hora 8:00

PA 340X30

Recebi e recebi a visita  
muito boa e a presença  
muito e a presença  
do sistema de





DIAGNOSTICO  
F x Postum valor (F)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

Data 05/01/19

Hora 8:00

PA 130X90

Passant converti par l'état  
multitude de personnes à  
présent multitudes, pour  
nos l'usage de l'usage

1254-587.





## Diagnóstico

Ex físico (E)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Adeilton José	Alojamento	10	Leito		Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
04/01	Dieta Livre Telco Vigilância 500mg + AD EV 6/6h Tilatil 20mg + AD EV 12/12h SSV + CCG Parece da NCR Parece do BNF Tratam. Tópico.	17h 18h 19h 20h	BFG estavel e firme. Aparentemente Vagyon + desvio de direção. Col: VPM. BFG parece do NCR. BNF (aparentemente anormal).  Hollisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562				
	565x 500ml + NOC 20x 10ml + KUL 1x 5ml IV 6/6h		Revisão 05/01/19 06:00 Causa de cephalia / dor em face Nega outros sintomas Causa de dor desconhecida Te expõe / cervical / sem lesão Traumatismo infraclavicular / fratura múltipla em face Cl: Sem contusões hematomas / fratura visível / sem elementos por impatência esfuma em face (3 dias sem a alimentação) - 35,5%.				



Revisite novamente, alga.  
Lepetia, não consigo de  
adivinhar, por isso me desculpa.

PA=500x60.

54:00

04.03.19



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Adullan José de Souza</u>			
IDADE: <u>40</u>	SEXO: <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às</u> : <u>h</u>	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>10</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex Radiol</u>			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS: <u>Insulina</u>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input 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 type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>AVP</u>		
<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:		
<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:		
<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:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>10:50</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		<u>SW</u>	
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR 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 checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>SW</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>10</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>10</u>	

MOD 125







## Diagnóstico

Ex. físico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Anderson José	Alojamento	Leito	Convênio
----------	---------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
04/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
05/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
06/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
07/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
08/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
09/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
10/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
11/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
12/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
13/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
14/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
15/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
16/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
17/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
18/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
19/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
20/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
21/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
22/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
23/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
24/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
25/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
26/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
27/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
28/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
29/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
30/10/2019	Ex. físico normal.	18h	
31/10/2019	Ex. físico normal.	18h	

Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

03/07/19

percent estão sem queixas no momento segue aos cuidados da enfermagem, medicação conforme prescrição médica.

PA 120x80x1



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Abelton José de Souza</u>									
IDADE: <u>40</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às</u> : <u>h</u>							
SETOR: <u>A. Amarela 10</u>					LEITO: <u>30</u>				
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex de nádio distal</u>									
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>		HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>		ORIENTADO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>		EUPNÉICO <input type="checkbox"/>		BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>		OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>		ANÚRIA <input type="checkbox"/>				
	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>		DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" 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. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO <input 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:	PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR: <u>dieta zero</u>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:				
<input checked="" 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:				
<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:				
<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:				
					CD/FR:				
					CD/FR:				
					CD/FR:				
<p>Maria Dagia Araújo Nobrega Enfermeira - CHF COREN: 222455 CPF: 435.054.74</p>					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					08 20				
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
<input type="checkbox"/> AVALIAR 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 checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					contínuo				
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

MOD 123









## Convênio

Evolução Médica

02/01/19 A/F. 17/15/19

03/10 av 17-45:40-49 56

1911-12	1912-13	1913-14	1914-15	1915-16	1916-17	1917-18	1918-19	1919-20	1920-21	1921-22	1922-23	1923-24	1924-25	1925-26	1926-27	1927-28	1928-29	1929-30	1930-31	1931-32	1932-33	1933-34	1934-35	1935-36	1936-37	1937-38	1938-39	1939-40	1940-41	1941-42	1942-43	1943-44	1944-45	1945-46	1946-47	1947-48	1948-49	1949-50	1950-51	1951-52	1952-53	1953-54	1954-55	1955-56	1956-57	1957-58	1958-59	1959-60	1960-61	1961-62	1962-63	1963-64	1964-65	1965-66	1966-67	1967-68	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24	2024-25	2025-26	2026-27	2027-28	2028-29	2029-30	2030-31	2031-32	2032-33	2033-34	2034-35	2035-36	2036-37	2037-38	2038-39	2039-40	2040-41	2041-42	2042-43	2043-44	2044-45	2045-46	2046-47	2047-48	2048-49	2049-50	2050-51	2051-52	2052-53	2053-54	2054-55	2055-56	2056-57	2057-58	2058-59	2059-60	2060-61	2061-62	2062-63	2063-64	2064-65	2065-66	2066-67	2067-68	2068-69	2069-70	2070-71	2071-72	2072-73	2073-74	2074-75	2075-76	2076-77	2077-78	2078-79	2079-80	2080-81	2081-82	2082-83	2083-84	2084-85	2085-86	2086-87	2087-88	2088-89	2089-90	2090-91	2091-92	2092-93	2093-94	2094-95	2095-96	2096-97	2097-98	2098-99	2099-00	2100-01	2101-02	2102-03	2103-04	2104-05	2105-06	2106-07	2107-08	2108-09	2109-10	2110-11	2111-12	2112-13	2113-14	2114-15	2115-16	2116-17	2117-18	2118-19	2119-20	2120-21	2121-22	2122-23	2123-24	2124-25	2125-26	2126-27	2127-28	2128-29	2129-30	2130-31	2131-32	2132-33	2133-34	2134-35	2135-36	2136-37	2137-38	2138-39	2139-40	2140-41	2141-42	2142-43	2143-44	2144-45	2145-46	2146-47	2147-48	2148-49	2149-50	2150-51	2151-52	2152-53	2153-54	2154-55	2155-56	2156-57	2157-58	2158-59	2159-60	2160-61	2161-62	2162-63	2163-64	2164-65	2165-66	2166-67	2167-68	2168-69	2169-70	2170-71	2171-72	2172-73	2173-74	2174-75	2175-76	2176-77	2177-78	2178-79	2179-80	2180-81	2181-82	2182-83	2183-84	2184-85	2185-86	2186-87	2187-88	2188-89	2189-90	2190-91	2191-92	2192-93	2193-94	2194-95	2195-96	2196-97	2197-98	2198-99	2199-00	2200-01	2201-02	2202-03	2203-04	2204-05	2205-06	2206-07	2207-08	2208-09	2209-10	2210-11	2211-12	2212-13	2213-14	2214-15	2215-16	2216-17	2217-18	2218-19	2219-20	2220-21	2221-22	2222-23	2223-24	2224-25	222
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----

10-11-21 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048

Account / Amount / Sum

2000	2000
------	------

Be 12 E 111111-111111

20

James D. Smith

(D) KSVV 6/17/19

$\frac{1}{\sqrt{m}} \sum_{j=1}^m \phi(\mu_j)$

276120 Xi + Dg

06-201-387-10

THE C. I.

[illegible]

7. ~~MAROLD~~  
1627

WOMAN'S TRANSFORMATIVE  
JESUIT-SPONSORED  
MAGAZINE

ST. JOSEPH MEDICAL CENTER  
3331 - 33rd Ave. S.  
Minneapolis, MN 55425

CR 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 8

Sub: Page 2 of 2

---

---

[illegible]

Hospital: de Emergência e Trauma de E. Grande Código: 011

Procedimento: Teste de Complicação de Fratura Cód. Procedimento: 01

Paciente: Adelton José de Souza

Data da Cirurgia: 13/01/19 Nº prontuário: 1803514 Convênio:

Cirurgião: Dr. Juvenal Código: ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa em T 3,5			
	03x05 Furos			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3,3) mm	Nº	16	18						
	Qtd.	02	01						
	Cód.								
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	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.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

### Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521.4801 \* www.bioimplants.com.br




## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Adailton José de Souza	Idade:	40
Convênio:	SUS	Data:	13/04/19
Procedimento:	T.C de fratura de rádio D.		
Cirurgião:	Dr. Francisco	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Alisson
Início:	30.20	Término:	31:00
		Anestesia	Bloqueio de plexo

[illegible][illegible]

Observações:
Assinatura Anestesista
Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		9

Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Adelton José de Souza</u>		DN: <u>16/04/1978</u>	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE <u>40</u>
CIRURGIA		REGISTRO <u>1805514</u>	
ANESTESIA <u>RAFI Bloqueio Plexo Bra-quial + Sedação</u>		CIRURGIÃO <u>D. Muelencio</u>	
INSTRUMENTADORA		ANESTESIA <u>D. Alysson</u>	
DATA: <u>13/01/19</u>		FIM <u>11:00</u>	
INÍCIO <u>10:20</u>			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp. <u>Midazolam</u>	20		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Feniegam amp.			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml			Cera p/ osso	
01	Hevea ml <u>Propofol</u>			Ethibond	
	Ketalar ml	01		Ethibond	
	Mercaína % ml			Ethibond	
	Nubahin amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcin ml	08		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		01	Mononylon	4-0
	Thionembutal ml			Mononylon	
	Treacium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			SOROS	
	Água Destilada amp.	01		SG Normotérmico fr 500 ml	
01	Decedron amp.			SG Gelado fr 500 ml	
02	Dipirone amp.			SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Flaxidol amp.	02		SG Ringr fr 500 ml	
	Flebocortid amp.			SG fr 500 ml	
	Garamicina amp.	01			
	Glicose amp.	05			
	Glucoc de Cálcio amp.				
	Haemacei ml				
	Heparina ml				
	Kanakion amp.				
01	Lactam amp. <u>Pantotidina</u>	05			
	Medrotilazol.	02			
01	Plast amp. <u>Nausechon</u>	02			
	Prolamina	01			
	Revivart amp.				
	Stuplanon amp.				
02	Terfenadina 1g <u>bet/hydroxona</u>				
01	Teido 2% <u>civ</u>				
02	Tinorxon 20 mg				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			ORTESE E PRÓTESE	
	Agulha desc. 25 x 7	01			
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5	05			
05	Agulha p/ raque nº	05			
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
02	Atadúras de Crepon <u>20 cm</u>				
	Atadúras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
02	SG Ringr fr 500 ml
01	SG fr 500 ml
Qtd.	EQUIPAMENTOS
	(X) Oxímetro de Pulso
	( ) Serra
	( ) Desfibrilador
	(X) Foco Frontal
	( ) Fonte de Luz
	( ) Foco Auxiliar
	( ) Eletrocautério
	( ) Oxícapiógrafo
	(X) Cardiomonitor
	(X) Penfurador Elétrico

**CIRCULANTE RESPONSÁVEL**



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Adilton José de Souza</u>			IDADE: <u>402</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Negro</u>
DATA: <u>13/01/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <u>85kg</u>	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <u>NON</u>					ASMA <u>Ø</u>	BRONQUITE <u>Ø</u>	
AP. CIRCULATÓRIO <u>NON</u>					ELETROCARDIOGRAMA <u>PS</u>		
AP. DIGESTIVO <u>NON / Jejum (Ø)</u>			DENTES <u>OK</u>	PESCOÇO <u>OK</u>	AP. URINÁRIO <u>NON</u>		
ESTADO MENTAL <u>Consciente</u>			ATÁRAXICOS <u>Ø</u>	CORTICÓIDES <u>Ø</u>	ALERGIA <u>Nega</u>	HIPOTENSORES <u>Ø</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Px de ródio distal (E)</u>					ESTADO FÍSICO <u>ASA I</u>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA							
APLICADA				AS	EFEITO		
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>10:20 11:00</p> <p>AGENTES ANESTÉSICOS</p> <p>LIQUIDOS</p> <p>CÓDIGOS</p> <p>VP. ARTERIAL: Ø PULSO: Ø - RESPIRAÇÃO: Ø</p> <p>AX - ANESTESIA: Ø - OPERAÇÃO: Ø</p> <p>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</p> <p>POSIÇÃO</p> <p>AGENTES</p> <p>TECNICA</p> <p>OPERAÇÃO</p> <p>CIRURGIÕES</p> <p>ANESTESISTAS</p> <p>OBSERVAÇÕES</p> </div> <div style="flex: 2;"> </div> <div style="flex: 1;"> <p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p>1) G. Atropina 2g</p> <p>2) Diprôm 20mg</p> <p>3) Ketofol 50mg</p> <p>4) Fentanyl 100mg</p> <p>5) Diprôm 2g</p> <p>6) Nauseadon 8mg</p> <p>ANESTESIA SATISF.: Sim <u>✓</u> Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co<sub>2</sub>: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula:</p> <p>Paro o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES:</p> </div> </div>							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:36

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343600400000022181763

Número do documento: 19072200343600400000022181763

Num. 22867558 - Pág. 7



Dr. Alysson Rivas Barrios  
Médico Psiquiatra  
02/07/2019





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

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Agulha + Ar 1.55454
2. Agulha de Campos 03454
3. Fio de Nylon
4. Drenagem por Pinos
5. Resina de dente de Rato
6. Agulha de Doca 1/3 de dente de
7. "T." + 03 "PREFIGAS CONTINUIS"
8. Sutura por Pinos
9. Curativo + Tala

Dr. Luiz Juvenal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 5637 / IEC 14522

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



PACIENTE:	ADEILTON JOSE DE SOUZA
DATA DO EXAME:	02/01/2019

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

#### ANÁLISE:

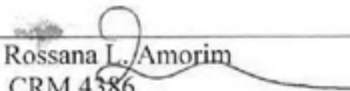
**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

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

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

*Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.*

*Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*

  
Dra Ina Rossana L. Amorim  
CRM 4386







**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800861-02.2019.8.15.0031

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Outrossim, deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Providências necessárias.

ALAGOA GRANDE, 25 de julho de 2019.

**JOSÉ JACKSON GUIMARÃES**

Juiz de Direito

