

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018

Ocorrência nº. 137/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOACIL DE LIMA MOREIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido(a) por RUBINALDO, Identidade nº 7.220.814-SSP/SC, CPF nº 095.899.764-09, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Gileno Barbosa de Souza e Rosilda de Lima da Silva, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 03/01/1992 (26 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, tendo como ponto de referência: Bar Ilton, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99146.1986.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 26 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 19h:00min;
- 4) **Local do fato:** PB 111 entre Araruna e Cacimba de Dentro;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma-Senador Humberto Lucena;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTONETA HONDA/ BIZ 125 COR VERMELHA ANO 2017/2017 PLACA QFY7176/PB CHASSI 9C2JC4830HR411783 LICENCIADA EM NOME DE ROSILDA DE LIMA DA SILVA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

FRANCISCO BARBOSA

MARIA APARECIDA DE MEDEIROS

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia 26 de novembro de 2017 por volta das 19h:00min o noticiante ao se deslocava pilotando a moto supracitada vindo de Cacimba de Dentro com destino ao Sítio Mata Velha na cidade de Araruna/PB; QUE ao se aproxima da fazenda de José Maranhão foi fechado por um carro não identificado; QUE perdeu o controle vindo a cair; QUE no momento da queda ficou inconsciente; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital do Trauma de João Pessoa; QUE sofreu várias fraturas na face e de acordo com o laudo anexo se submeteu a procedimento cirúrgico; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

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

Rubinaldo da Silva Barbosa

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Comunicante

[Assinatura]

Escrevã(o)/Agente

Matrícula nº. 168.474-4



Modelos_Delegado_ILIAMILTO



RUBINALDO DA SILVA BARBOSA
SIT MATA VELHA, S/N - AREA RURAL
ARARUNA/PB CEP 58233000 (AG 62)

Emissão: 23/03/2018 Referência: Mar / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 14 - 62 - 159 - 929 Nº medidor: 00008837088

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1230, Km 25 - Distrito Radial - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.123/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004.084.447
Cód. para L. b. Automático: 00016830515

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	23/03/2018	24/04/2018	9589976409

UC (Unidade Consumidora): 5/1683051-5

Canal de contato

- Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz. O furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde
Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 22/02/18	Leitura 1189	Data 23/03/18	Leitura 1210	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc: Aliq. ICMS(R\$) Base Calc: Pst(R\$) Cohns(R\$)
				Tributos Total(R\$) ICMS3(R\$) ICMS PstCohns(R\$) (0,6777%) (3,1214%)
0801	Consumo em kWh	41,000	0,514120	21,07 0,00 0 0,00 21,07 0,14 0,85

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 21,07 0,00 0,00 21,07 0,14 0,85

Média últimos meses (kWh) 29
VENCIMENTO 02/04/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 21,07

Histórico de Consumo (kWh)											
47	15	39	48	6	35	45	30	8	0	27	39
Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

8ba2.4058.369e.1d4a.fbd9.36f7.5525.37b7.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - Araruna

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,84	1,88	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,69		
DIC ANUAL	47,38		
FIC MENSAL	7,74	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,49		
FIC ANUAL	30,98		
DMIC	6,59	1,88	
DICR	18,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	0,75	3,58
Compra de Energia	0,48	2,28
Serviço de Transmissão	1,19	5,65
Encargos Setoriais	2,15	10,20
Impostos Diretos e Encargos	0,79	3,75
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	21,07	100,00

Valor c/ EUSC (Ref. 1/2018) R\$ 7,96

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
62 MAIO 2018
PROTOCOLO
ACÇÃO PESSOA



•PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, BRASILEIRO
SOLTEIRO, AGRICULTOR, CPF: 095.899.764-09, RESIDENTE
NO SÍTIO MATA VELHA, ZONA RURAL DE ARARUNA - PB.

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérica Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 18 de janeiro de 2019.

Rubinaldo da Silva Barbosa
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

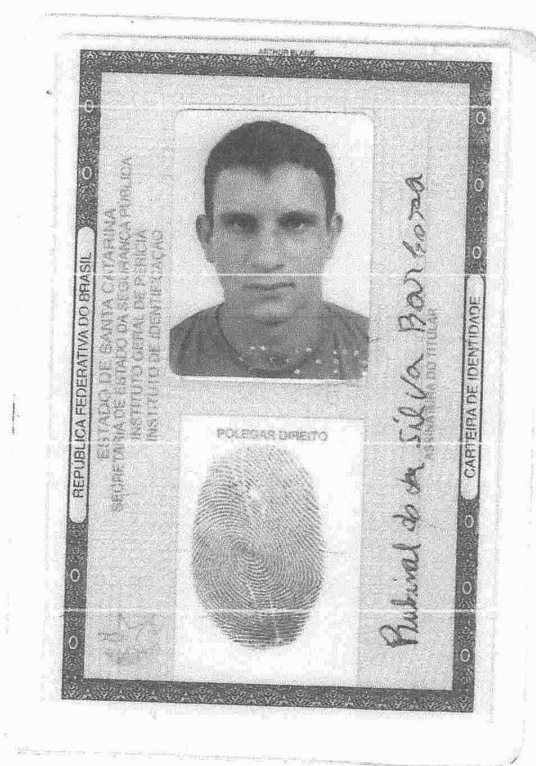
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO
AGRICULTOR, CPF: 095.899.764-09, RESIDENTE NO
SÍTIO MATA VELHA, S/Nº, ZONA RURAL DE ARAQUÁ
- PB.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com a custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, 18 de janeiro de 2019.

Rubinaldo da Silva Barbosa
DECLARANTE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO
FISCAL 7.220.814 DATA DE
EXPEDIÇÃO 26/FEV/2014

NOME RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

PRENOME OILENO BARBOSA DE SOUZA
ROSILDA DE LIMA DA SILVA

NATURALIDADE ARARUNA PE DATA DE NASCIMENTO 03/JAN/1992

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 22038 LV A-21 PL 247
CART. MARANHÃO-ARARUNA PE

CPF 093.899.764-09

BLUMENAU - SC ASSINATURA DO DIRETOR
Daniel Buhatem Koch
Perito Criminal

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2.242.330 - 2 VIA DATA DE
NOME ROSILDA DE LIMA DA SILVA EMISSÃO 24/04/1996

RELACAO ANTONIO GUILHERME DA SILVA
LOURDES DE LIMA DA SILVA

NATURALIDADE
ARARUNA-PB

DOC. RMSC. N. 5927 FLS. 276 LIV. A-6
CARTORIO TACIMA-PB

OPR 042.654.014-06

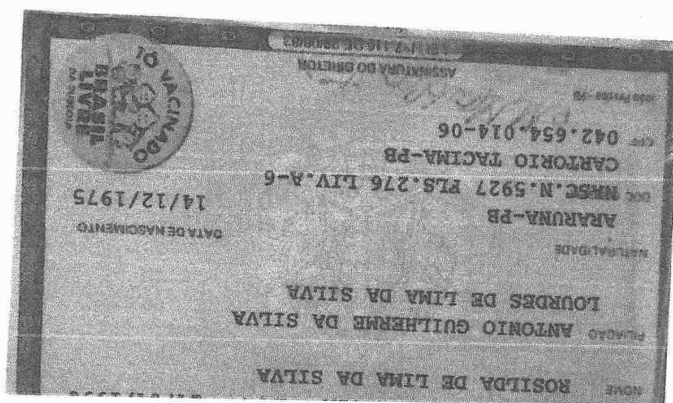
DATA DE NASCIMENTO 14/12/1975

ASSINATURA DO DIRETOR
LENEZ, 116 DE 290883

2010 Pessoa - PB

TO VACINADO
BRASIL
LIVRE
DA MURÇA







Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.242.330 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 24/04/1996

NOME ROSILDA DE LIMA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO GUILHERME DA SILVA
LOURDES DE LIMA DA SILVA

NATURALIDADE ARARUNA-PB DATA DE NASCIMENTO 14/12/1975

DGC NASC.N.5927 FLS.276 LIV.A-6

CARTORIO TACIMA-PB

CPF 042.654.014-06

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.146 DE 09/08/83

VACINADO
BRASIL
LIVRE
DA SÍNDROME

Scanned by CamScanner



VÍTIMA RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial

João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

CPF/CNPJ: 09589976409

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/05/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal De Cacimba De Dentro – PB
Secretaria Municipal de Saúde – SMS
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, o Sr° **Rubinaldo da Silva Barbosa**, foi vítima de queda de moto, com possível fratura de face. Após imobilização e estabilização da vítima, a mesma foi conduzida para Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi admitida para avaliação médica.

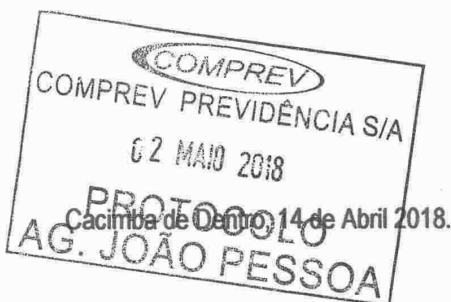
Segue abaixo dados da ocorrência.

Data da ocorrência: 26/11/2017

ID da ocorrência: N°1897921

Local: PB 111 Que liga Cacimba de Dentro à Araruna.

DAYSE OLGA DE LIMA MACEDO
COORDENADORA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

CPF da Vítima

095.899.764-09

Data do Acidente

26/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83 999479100

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

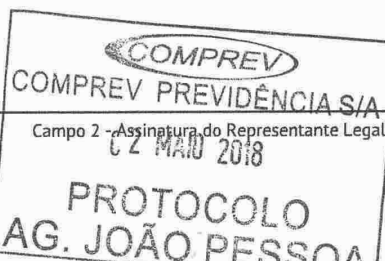
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARARUNA-PB, 02 de MAIO de 2018

Local e Data

Rubinaldo da Silva Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSILDA DE LIMA DA SILVA,
RG nº 2.242.330 - 2ª via, data de expedição 24/04/1996,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 042.654.014-06,
com Domicílio na cidade de ARARUNA, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SÍTIO MATA,
VELHA nº S/Nº, complemento, ZONA RURAL, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA, cujo o condutor
era RUBINALDO DA SILVA BARBOSA.

Veículo.....: MOTO HONDA/BIZ 125
Ano.....: 2017
Modelo.....: 2017
Placa.....: QF47176 / PB
Chassi.....: 9C2JC4830HR411783
Data do acidente.: 26 DE NOVEMBRO DE 2017

Local e data: ARARUNA - PB 23 DE ABRIL DE 2018

 x Rosilda de Lima da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"
Praça Rio Branco, 36 - Fone: (33) 3373 1270
Reconheço verdadeira letra(s) e Firma(s) por autenticidade de
Rosilda de Lima da Silva, dona fe.
Araruna, 23/04/2018, dia verdade
Em test. Assisina Fernandes M. Nobre

SELO DIGITAL
AG1246103-FD10
Consulte Autenticidade em:
<https://servidigital.tpb.jus.br>





**SAMU
192**

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS**

Rua Alfredo Pessoa de Lima, 346 - Centro - CEP: 58225-000

Solânea - Paraíba - Fone: (83) 3363-2859

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 065



**SAMU
192**

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data 26/11/19	Ocorrência nº 1893924	Paciente / Usuário Rubinaldo da Silva Barbosa	Idade 25	Sexo ☒ Masc. ☐ Fem.
Local da Ocorrência Apoio A USB 48 (ACIMA DE DENTRO)		Bairro DNE	Médico Regulador Dr. J. J. J. J.	
Apoio no local ☐ PM ☐ Resgate/Bombeiros ☐ Resgate / PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outros				

DESTINO

LOCAL: _____	RESPONSÁVEL: _____	OBS.: _____
--------------	--------------------	-------------

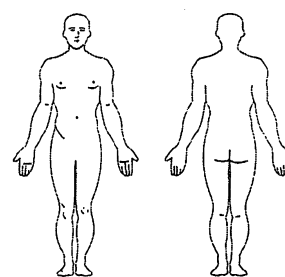
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA ☐ QUEDA <5 M ☐ QUEDA >5 M ☐ QUEDA PRÓPRIA ALTURA ☒ QUEDA DE MOTO ☒ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO ☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO ☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO _____ ☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO ACIONADO ☐ DIR ☐ ESQ ☐ AFOGAMENTO GRAU _____ ☐ QUEIMADURA GRAU _____ ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAB ☐ FAF ☐ OUTRO _____ ☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA ☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ . . . RANHA ☐ ENVENENAMENTO POR: _____

EXAME FÍSICO

Encontrado: ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO ☐ FORA DO VEÍCULO ☐ DEMBULANDO q EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____ Nível de Consciência ☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☒ HÁLITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO ☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO Queixa ☐ DOR / LOCAL: _____ ☐ PARESTESIA / LOCAL: _____ ☐ OUTRA _____ LESÕES APRESENTADAS ☐ ESCORIAÇÕES/LOCAL: _____ ☐ CORTE/LOCAL: _____ ☐ PERFURAÇÕES/LOCAL: _____ ☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____ ☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ ☐ LUXAÇÃO / LOCAL: _____ ☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____ ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____ ☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____ ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____ ☐ ENTORSE / LOCAL: _____ ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____ ☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____ ☐ CÂMBRA / LOCAL: _____ ☐ DOR MUSCULAR / LOCAL: _____ ☐ EDEMA / LOCAL: _____ ☐ HEMATOMA / LOCAL: _____ ☐ EQUIMOSE / LOCAL: _____ ☐ OUTROS: _____

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

☐ MIDRIASE	• •
☐ MIOSE	• •
☐ ISOCÓRICAS	• •
☐ ANISOCÓRICAS	• •

DADOS VITAIS

V V A A: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO FR INICIAL: _____ irpm FINAL: _____ irpm / PULSO RADIAL ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE FC INICAL: _____ bpm FC Final: _____ bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: ☐ >8 ☐ <9 PAS (mmHg): ☐ 90-120 ☐ <90 PADRÃO RESPIRATÓRIO ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS ☐ <2 SEGUNDOS - MMII ☐ <2 SEGUNDOS - SATURACÃO: _____ %
--

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ COLAR CERVICAL TAM. _____ / ☐ ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / ☐ TIRANTES / ☐ PRANCHAS RÍGIDAS / ☐ KED / ☐ TAPAS DE EXTREMIDADES ☐ A V P COM ABOCATH Nº _____ / ☐ MSE / ☐ MSD / ☐ SRL _____ ml SF 0,9% _____ ml / MEDICAÇÃO 021/MIN _____ ☐ MASCARA COM RESERV. ☐ CATETER NASAL ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE ☐ MSD ☐ ME ☐ MID ☐ MACA VÁCUO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO ☐ EXTRICAÇÃO ☐ CURATIVO ☐ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES ☐ CURATIVO OCULAR / LOCAL ☐ OLHO ☐ OLHO D ☐ VELPEAU / LOCAL _____ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO _____ COREN _____ TÉCNICO DE ENFERMAGEM _____ COREN _____ CONDUTOR _____ SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO) _____ MÉDICO (VISTO) _____
--

RECUSA





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

DADOS DE NASCIMENTO 03/01/92

NOME DA MÃE ROSILDA DE LIMA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.044.444

Nº PRONTUÁRIO 105.668

DATA DO ATENDIMENTO 27/11/17

HORA DO ATENDIMENTO 02:04

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (MANDÍBULA + MAXILA + PAREDE LATERAL DO NARIZ)

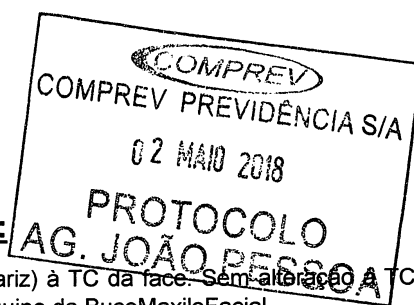
CID 10 S 00.9 + S 02.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de motocicleta, apresentando trauma contuso de face D, com cefaléia associada, edema de face, ferimento contuso em lábio superior, edema em região lateral da mandíbula D. Relato de consumo de bebida alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX do tórax - AP



TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (mandíbula + maxila + parede lateral do nariz) à TC da face. Sem alteração à TC do crânio. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Lacet e equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 04/12/17

DATA DA EMISSÃO: 06/04/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORÇHEETSHL
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

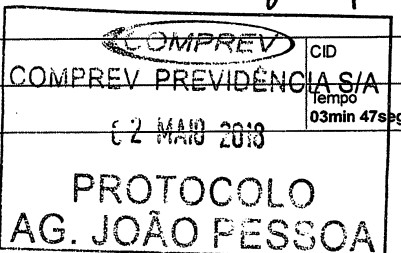
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1044444



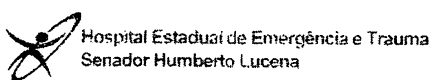
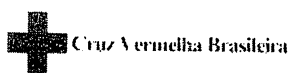
Identificação do paciente			
ID 1234643	Nome RUBINALDO DA SILVA BAREOSA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25 anos 10 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA		Pai GILENO BARBOSA DE SOUZA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993476888	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 7220814	Nº Cns 702009803402286	
Local de procedência ARARUNA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 27/11/2017 02:04:54	Número da pulseira 1000005802141	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos Paciente consciente, orientado, eupneico, vitais de acidente motociclistico, apresentando edema em face à D e edema labial. Segue p/ exames.			
Diagnóstico Hemorragia	CID		
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 03min 47seg		

Imprimir



27/11/2017 02:05





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA		BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	Data Baixa
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286	Telefone de Contato (83) 993476888 / (83) 993476888
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA				Prontuário 105668
Endereço MATA VELHA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO		Nº Cons. Regional 2537/PB
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54			Data/Hora Prescrição 01/12/2017 13:15:42	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

EVOLUÇÃO MEDICA

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO	PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MULTIPLAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSAO , AGENDO CIRURGIA PARA AMANHA OBSERVAR EDEMA
-----------------------	--

Anamnese

PACIENTE EM 1 DPO CIRURGIA DE FRATURAS MÚTIPLAS DE FACE.

NO MOMENTO PACIENTE ACAMADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, NÃO ACEITANDO BEM A DIETA, SEM QUEIXAS ALGICAS, DIURESE ESPONTANEA, NEGANDO VOMITOS OU ENJOOS.

AO EXAME FÍSICO: OBSERVA-SE LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EDEMA EM FACE COMPATÍVEL COM O PO, SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE SANGRAMENTO + SEM SINA DE INFECÇÃO+ SEM SINAL DE DEISCENCIA.

CD: 1- OBSERVAÇÃO BMF

Conduta

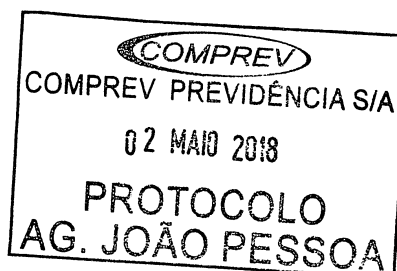
Em observação

Clarissa Campelo
Bucal-Maxilo-Facial
CRO PB 2537

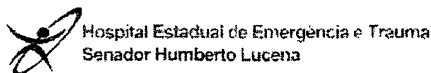
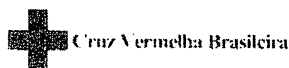
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
(: 2537/PB)

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41

**CENTRO CIRURGICO**

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA	BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	Data Baixa
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993476888 / (83) 993476888
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	Prontuário 105668
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE LACET DE LIMA JUNIOR	UF PB
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição 30/11/2017 15:50:35	Nº Cons. Regional 2850/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

EVOLUÇÃO MEDICA**EVOLUÇÃO****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO**

PACIENTE CURSANDO COM FRATURAS MÚLTIPAS EM FACE COM EDEMA EM REGRESSÃO, AGENDO CIRURGIA PARA AMANHÃ OBSERVAR EDEMA

Anamnese

PACIENTE OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS. SOLICITADO RADIOGRAFIA PÓS OP. AGUARDA MELHORA DO QUADRO PARA ALTA

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR 7 DIA(S)

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

Diluir

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

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA E.V., 12/12H

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO EM CASO DE VÔMITO OU NÁUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 16,0)

CUIDADOS

DECUBITO ELEVADO EM 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

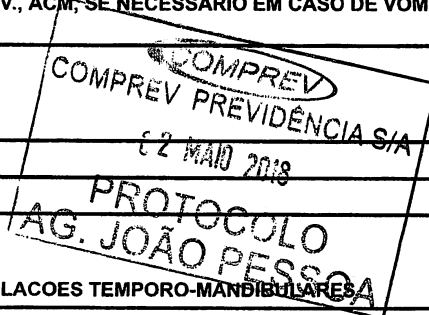
AFERIR PA E FC

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

Conduta

Em observação



José Lacet de Lima C.D.

 Cirurgião

 Insc. CRM-PB 2850

 20/11/17

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA	BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	Data Baixa
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286
Mão ROSILDA DE LIMA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993476888
Endereço MATA VELHA, SN			Prontuário
Bairro ZONA RURAL		Município ARARUNA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição 27/11/2017 02:54:55	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO-QUEDA. NEGA USO DE CAPACETE E REFERE CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM FACE, COM CEFALIA ASSOCIADA. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS E VOMITOS. NEGA DOR TORACICA, ABDOMINAL E LIMITAÇÃO DE MEMBROS.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: +100 ML SF)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: BUCOMAXILO)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES

DIAGRAMA DE TORAX (PA)

CID10

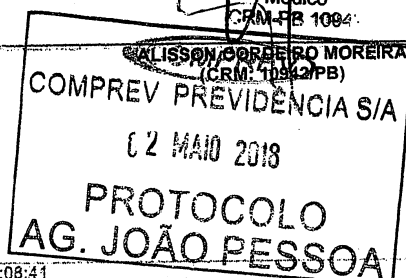
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

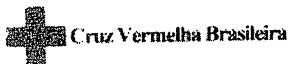
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Dr. Alisson Cordeiro Moreira
Médico
CRM-PB 10942



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA	BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	Data Baixa
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286
Mão ROSILDA DE LIMA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993476888
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição 27/11/2017 08:13:29	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

ME **anamnese**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 6H (QUEDA), QUEIXA-SE DE DOR EM FACE À D. APRESENTA EDEMA EM FACE + FERIMENTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR, SUTURADO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MEMBROS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. NO RX DE TÓRAX, NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME OU PNEUMOTÓRAX. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + CURATIVOS + AGUARDA REAVALIAÇÃO DO NEURO E BMF.

CID10

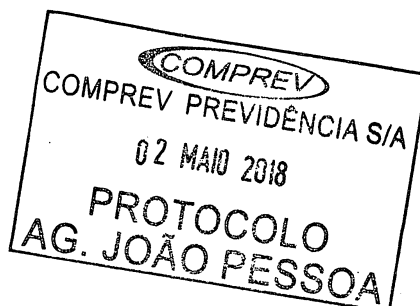
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação + liberado da cir. geral

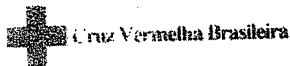
RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Ana Virginia L. da Costa
Ana Virginia L. da Costa
ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Buro
P
interna

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RUBINALDO DA SILVA BARBOSA	BAE 1044444	Data/Hora Entrada 27/11/2017 02:04:54	
Data de nascimento 03/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702009803402286
Mãe ROSILDA DE LIMA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993476888
Endereço MATA VELHA, SN			Prontuário
Bairro ZONA RURAL		Município ARARUNA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 27/11/2017 02:04:54		Data/Hora Prescrição 27/11/2017 06:09:57	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO ADMITIDO AS 2:04 AM;
AO EXAME: GLASGOW 15, EDEMA IMPORTANTE EM REGIÃO DE FACE COM LIMITAÇÃO PARA ABERTURA DA BOCA

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO; SINAIS DE FRATURA COM DESLOCAMENTO DE MANDÍBULA DIREITA, FRATURA DE OSSOS NASAIS E MAXILAR

PACIENTE NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL, DEAMBULANDO SEM DÉFICITS

VISUALIZADO ATÉ C4 NA TOMOGRAFIA DE FACE

CD: RETIRO COLAR CERVICAL; LIBERO PARA PROCEDIMENTO COM BUCOMAXILOFACIAL; SOLICITO AVALIAÇÃO DA BMF

CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

☒ dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

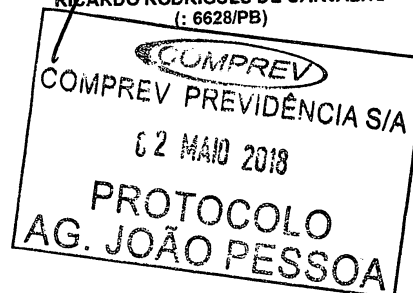
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Dr. Ricardo R. Carvalho
Neurocirurgião
CRM - 6628

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)



Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/11/2017 02:08:41



	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			9 - SEXO Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO	
			15 - UF	
			16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	
			24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
			31 - QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
			34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
			37 - QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO ex. BMF 1.5 / 2.0 01 (neo olho) Parafusos 2.0. 4mm L 5mm L; ex. BMF 2.4 01 3mm L 6mm L perdido no Para. em L 4 furos 2.0 - 01 pelo cirurgião. Para. em Z 4 furos 2.0 - 01 Parafusos 2.4 8mm L 12mm L Para. retina 6 furos 2.4 - 01 14mm L 1.				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO			42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
47 - DOCUMENTO			48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: DAVID LACET DA SILVA BARBOSA BE/Prontuário: 1044444
Idade: 25 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 30/11/17
Clínica/Setor: DMF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: DR LACET
Cirurgião: RZ RESIDENTE 1° Assistente: RH RESIDENTE
2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Daniel
Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início _____:_____: Término _____:_____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRATURA MULTIPLES DA FACE +</u>	
<u>FRATURA COMPLETA DA MANDIBULA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RECAPS C DIVISAO DE FRATURA MAXILAR</u>	
<u>DE FACE + FRATURA COMPLETA DA MANDIBULA</u>	

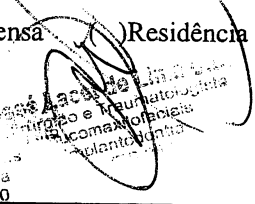
Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

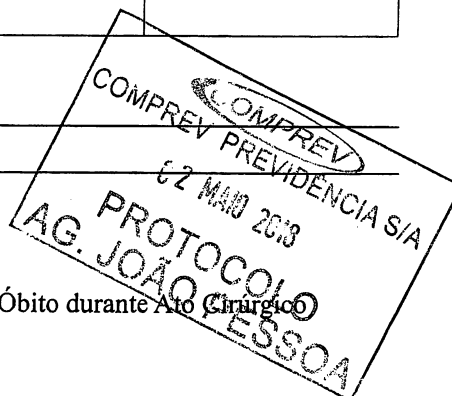
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____


José Lacerda
Cirurgião e Maxilofacial
Especialista em Cirurgia Maxilofacial
CRM 2350

João Pessoa, 30/11/17

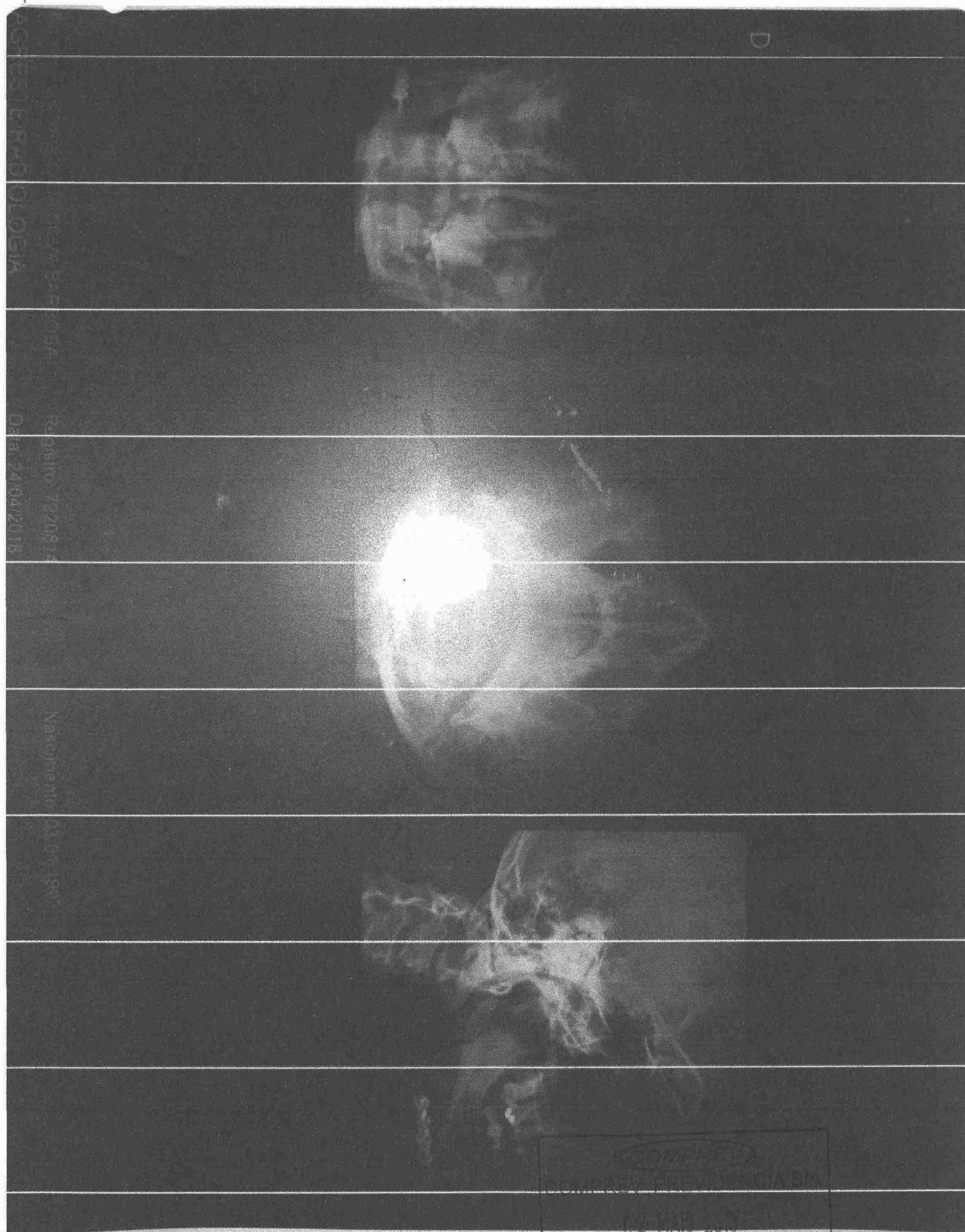


Nota de Sala Cirúrgica

35775K1

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	SEXO:	CIRURGIÃO:	ANESTESISTA:	INSTRUMENTADOR:	DATA:	TEMPO CIRÚRGICO:	ANESTESIA INÍCIO:	CIRURGIA INÍCIO:	FIM:
Polymádo da Silva Barbosa		25	M	Dr. Manoel F. de Azevedo	Dr. Manoel F. de Azevedo		30/11/17	9:40	9:40	15:00	
CIRURGIA: Admissão para tratamento de hérnia de parede abdominal complexa de Nuss											
CIRURGIÃO: Dr. Manoel F. de Azevedo											
ANESTESIA: Geral											
ANESTESISTA: Dr. Manoel F. de Azevedo											
INSTRUMENTADOR:											
INDICE DE RISCO DE CIPUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)											
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA											
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.											
ALFENTÂNILA				JELCO Nº18							
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		GRN 500 L		JELCO Nº20							
BUPIVACAÍNA PESADA		OF 300 I		JELCO Nº22							
CETAMINA		SE 100 I		JELCO Nº24							
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº							
MIDATO		SOLUCÕES QTD.		LÂMINA BISTURI Nº11							
PENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15							
PENTÂNILA		PVPÍ DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23							
FLUMAZENIL		PVPÍ TÓPICO		LÂMINA BISTURI Nº24							
ISOFLURANO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE DERMATOMO							
VOBUPIVACAÍNA C/VASO		LÂMINA DE ENXERTO		LUA DE PROCEDIMENTO PAR.							
LEVOPROPILAÍNA S/VASO		MATERIAIS QTD.		LUA ESTÉRIL Nº7,0							
LIDOCAÍNA C/VASO		AGULHA 13x4,5		LUA ESTÉRIL Nº7,5							
LIDOCAÍNA S/VASO		AGULHA 25x07		LUA ESTÉRIL Nº8,0							
MIDAZOLAN		AGULHA 40x12		LUA ESTÉRIL Nº8,5							
MORFINA		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA							
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS							
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO							
PEITIDINA		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19							
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21							
RAMIFENTÂNILA		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML							
ROCURÔNIO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML							
SEVOFLURANO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML							
SUXAMETÔNIO		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML							
TIOFENTAL		BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8							
MEDICAÇÕES QTD.		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10							
PROPENALINA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12							
UA DESTILADA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14							
ATROPINA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16							
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12							
EFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14							
XAMETASONA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA							
PIRONA SÓDICA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA							
EFDERINA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº							
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA							
GLICOSE 50%		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº							
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº							
HIDROCORTISONA		ELETTROS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº							
LIDOCAÍNA GELÉIA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATÉX)							
ONDASENTRONA		EQUIPO TRANSF. SANQUE				</					





COMPROVAÇÃO
COMPROVAÇÃO
02 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/16318c42cd9c1f1b?projector=1&messagePartId=0.1>

1/1





Rua da Central, 48 - Centro - Santo Antônio - RN

Tels.: (84) 3282-2521

Número de Controle:
201804/2300

Código de autenticação:
31uYyV1VSkauD87jQkFstg

Laudo Radiográfico

Nome: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

Data do exame: 24/04/2018

Empresa: PARTICULAR

Indicação: AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)

Data de Nascimento: 03/01/1992 (26 a. 3 m.)

Sexo: MASCULINO

FACE - AP e Perfil

Conclusões:

Controle de osteossíntese metálica de face e mandíbula.
Nível hidroaéreo do seio maxilar direito.



Santo Antônio, 24 de abril de 2018.

Dr. Henrique Trigo Bianchessi
CRM 20999 - Radiologista

www.maislaudo.com.br

Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.



Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital

Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58.013-520
Tel.: (83) 3208-2495; e-mail: jpa.17varacivel@tjpb.jus.br

Nº do Processo: 0877912-96.2019.8.15.2001

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [SEGURO]

AUTOR: RUBINALDO DA SILVA BARBOSA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DOS AUTOS

Certifico e dou fé que nesta data faço os autos conclusos para apreciação deste MM Juízo.

João Pessoa, 13 de janeiro de 2020

ELIZABETH DE AQUINO ALVES





**Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0877912-96.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Cite-se a parte ré, por carta, para apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias (NCPC, art. 335, caput).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (NCPC, art. 344), salvo as exceções previstas no art. 345 do NCPC.

CÓPIA DESTE DESPACHO SERVIRÁ COMO CARTA.

P.L. e Cumpra-se.

João Pessoa, data fornecida pelo sistema.

Juiz(a) de Direito

