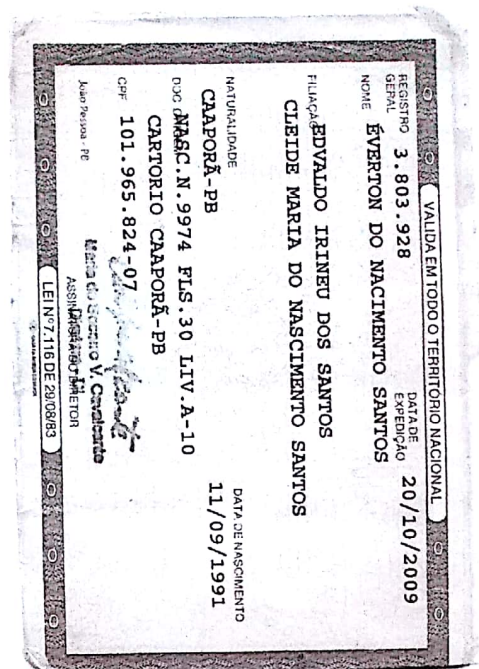
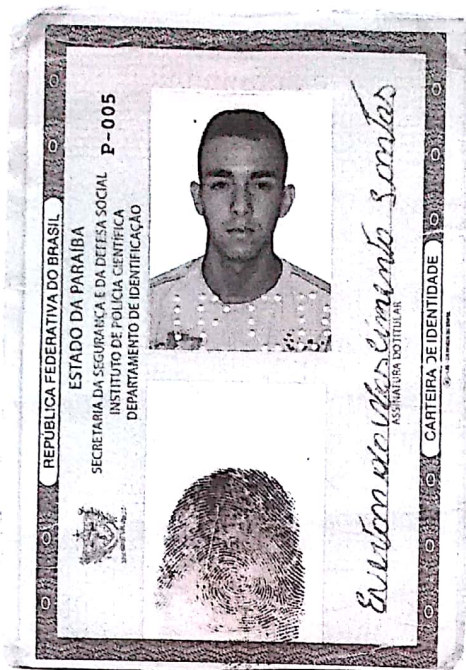




Scanned by CamScanner



CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS
RUA DR. JOSE MACEDO VIANA, S/N - CENTRO
CAAPORA / PE CEP: 55326000 (AG: 18)

Emissão: 12/07/2018 Referência: Jul/2018
Classe/Sucesso: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO B/230, Km 25 - Centro Redemoin - João Pessoa / PB - CEP 54071-400
Roteiro: 5 - 19 - 33 - 522 Nº medidor: 00000627183

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.055.153/0001-40 Insc. Est. 18.016.923-0

Note Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº008.001.515
Cód. para Deb. Automático: 00010471591

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

Conta referente a Jul/2018 Apresentação 12/07/2018 Data prevista da próxima leitura 13/08/2018 CPF/CNPJ/RANI 462.118.244-68

UC (Unidade Consumidora): 5/1067659-1

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/06/18	Data 12/07/18			
Leitura 15518	Leitura 15555	1	69	30

Demonstrativo									
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Ccl	Alg. ICMS (R\$)	Base Calc. Fc (R\$)	Cofins (R\$)	CFST (R\$)	Outros (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Pot. (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0601	Consumo em kWh	69,000	0,717620	49,51	49,51	25	12,37	49,51	0,54
0601	Adic. 2ª Vermeia	5,00	5,00	25	1,25	5,00	0,05	0,05	0,25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 05/2018	0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018	1,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCl Código de Classificação do Item TOTAL: 57,26 54,51 12,37 54,51 0,59 2,72

Média últimos meses (kWh) 80 **VENCIMENTO 19/07/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 57,26**

Histórico de Consumo (kWh)											
88	88	75	91	80	84	77	105	77	93	84	
Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18

RESERVADO A 5a2a:f251.f197.723b.faae.59b9.4dfc.19df.

Indicadores de Qualidade				Discriminação			Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)						
DIGITAL	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. da Energisa PB		13,06	22,81	
DIGITAL	11,34			Compra de Energia		18,20	31,61	
DIGITAL	22,59			Serviço de Transmissão		2,00	3,49	
DIGITAL	3,48			Encargos Setoriais		5,82	10,20	
DIGITAL	8,97			Impostos Diretos e Encargos		18,28	31,97	
DIGITAL	12,95			Outros Serviços		0,00	0,00	
DIGITAL	3,29							
DIGITAL	12,22							
				Total		57,26	100,00	

Valor de USD (Ref. 5/2018) R\$ 22,00

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: O valor devido (s) ao lado relacionado (s) permanece (m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento de (s) fatura (s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em ações de proteção ao crédito no caso de não pagamento.

Faturas em atraso
Jun/18 64,09

PARAIBA

Roteiro: 5 - 19 - 33 - 522
Matrícula: 1067659-2018-07-5

VENCIMENTO 19/07/2018 **TOTAL A PAGAR R\$ 57,26**

83820000000-5 57280054000-7 10676592018-1 07600018019-0



Scanned by CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136283898
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20160000530498-4 EXERCÍCIO

1 0110624355-0 00/00000000 2016

NOME
EUCLIDES IRINEU DOS SANTOS NETO

CPF/CNPJ PLACA
09569695420 QFT3276/PB

PLACA ANT/UF CHASSI
NOVO PB 9C2KD0810GR485391

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2016 2016

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC/COTAS
IPVA PAGO EM 23/12/2016 1ª
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª
***** 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 23/12/2016

OBSERVAÇÕES
A.F BCO PANAMERICANO SA

0

CAAPORA-PB LOCAL DATA
42072 28/12/2016

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013136283898 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
2016 28/12/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 09569695420 QFT3276/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01106243550 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2016 9 9C2KD0810GR485391

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 23/12/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

7003781-1626081-20161228

CAPEMISA
23 OUT 2018

Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

OUTORGANTE

Eu, IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado, com identidade 3.803.928-5/PB e OAB/PB nº 101.965.824-07, residente e domiciliado na Rua: Dr. José Macedo Vianna, s/n, Pólo Empresarial / PB.

OUTORGADO(S)

IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS brasileiro, solteiro, OAB/PB 17.268, com escritório profissional, instalado à Av. João Machado, 964, Empresarial Eudo Jansen, Sala 102, João Pessoa-PB.

PODERES

A quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a CLÁUSULA "AD-JUDÍCIA" a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do(s) outorgante(s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s), e defendendo-o(s) quando for(em) réu(s), interessado(s) ou requerido(s), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe(s) convir, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 12 de março de 2018.



OUTORGANTE

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE ESTADO DE POBREZA PARA FINS JUDICIAIS

Everson de Nascimento, brasileiro, comi-
mente em união estável, guardante de eli-
ziário, RG sel. e mº 3.803.978-SSP/PB, e
inscrito no CPF sel. e mº 101.965.824-07,
residente e domiciliado à Rua: Dr. José Maci-
do Lima, S/N, centro, Caaporã/PB.

declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

João Pessoa, 12 de novembro de 2018.



DECLARANTE

Scanned by CamScanner





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAAPORÃ
Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 365/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data do ocorrido: dia 06/04/2018

Hora e data que a Delegação tomou conhecimento: 14h38min do dia 06/04/2018

Local do ocorrido: Caaporã-PB



Nome: ÉVERTON DO NASCIMENTO SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade: CAAPORÃ/PB

Idade: 26 anos

Data de nascimento: 11/09/1991

Estado Civil: EM UNIÃO ESTAVEL

Profissão: ajudante de eletricista

Identidade nº: 3.803.928 SSP/PB

CPF: 101 965 824 07

Filiação: Edvaldo Irineu dos Santos e de Cleide Maria do Nascimento Santos

Endereço: Rua José Macedo Viana, 188, Centro, Cidade de Caaporã/PB

Telefone: 83-9-9172 9754

HISTORICO: Que, no dia 06/04/2018, por volta das 07:00horas, estava pilotando a moto, HONDA Bros 160, cor branca, Placa QFT 3276/PB, CHASSI 9C2KD0810GR485391, EM NOME DE EUCLIDES IRINEU DOS SANTOS NETO, quando na PB 044, surgiu inesperadamente um cachorro, ocasião em que colidiu com o mesmo, vindo a cair ao solo; Que devido a colisão, foi socorrido para o Hospital local e logo em seguida transferido para o Hospital de Trauma em João Pessoa/PB, conforme BE 1073915, e Prontuário n.º 108065 conforme Laudo médico que atesta CID 10 S42.0; QUE, o notificante foi socorrido pelo Sr. MARCOS Antonio dos Santos Junior . Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

Éverton do Nascimento Santos

COMUNICANTE

[Assinatura]
Escrivão de Polícia

CAPEMISA

23 OUT 2018

Scanned by CamScanner





SUS
Sistema Único de Saúde

PREFEITURA DE

CAAPORÁ

construindo uma nova história

ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAÚDE
atendendo com carinho

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

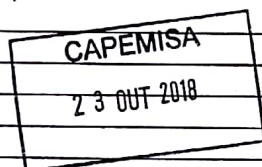
PACIENTE

NOME DO USUÁRIO: Esmeralda do Nascimento Santos
 SEXO: () FEMININO (X) MASCULINO DATA DE NASCIMENTO: 11/09/91 IDADE: 26 A
 CARTÃO DO SUS: 898000506761837 RG: _____ PROFISSÃO: _____
 ENDEREÇO: R. José Manoel Vianna, 188 BAIRRO: _____
 MUNICÍPIO: Caaporá ESTADO: Paraíba UF: _____
 CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DO ATENDIMENTO: 06/04/18 HORÁRIO DO ATENDIMENTO: 07:15

ANAMNESE PACIENTE

P.A.		FR		TEMPERATURA	
GLICEMIA		FC		SPO ²	

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM



EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID
<u>Acidose Metabólica</u>	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Sol. Soma Br 07.21
Exercício

Dr. Alisson da Silva Floriani
Médico

Somara do Nascimento Santos

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

CAPEMISA

23 OUT 2018

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Everton do Nascimento Santos
DATA DE NASCIMENTO 11/09/91
NOME DA MÃE Cleide Maria do Nascimento Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 108065
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1073915
DATA DO ATENDIMENTO 06/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 08:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula direita
CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando múltiplas escoriações, dor e limitação de movimentos em ombro direito, ferimento em joelho esquerdo. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro e joelho D

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita

ALTA HOSPITALAR: 20/04/18
DATA DA EMISSÃO: 25/06/18

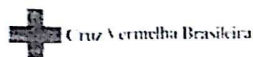

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

Scanned by CamScanner



Jorge

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1073915



Identificação do paciente			
ID 1277737	Nome EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 11/09/1991	Idade 26 anos 6 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS	Pai EDVALDO IIRNEU DOS SANTOS	Prontuário	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SÂNARA DO NASCIMENTO SANTOS - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998919197	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3803928	Nº Cns 898000506761837	
Local de procedência CAAPORA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade CAAPORA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58326000	Município de residência CAAPORA	UF PB	Logradouro DOUTOR MACEDO
Número 128	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 06/04/2018 08:59:38	Número da pulseira 1000006482021	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			Tempo 01min 14seg

Imprimir

CAPEMISA
23 OUT 2018

06/04/2018

Scanned by CamScanner



RECEITUÁRIO

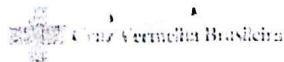
paciente apresenta
dureza abdominal
com presença
inúmeras hérnias a
surgirem outras
durante dor + edema
sem membro
inferior direito
por Risco +
de Trauma.

Caaporã/PB, 26/04/18

Dr. Alisson da Silva Floriano

Assinatura e Carimbo Médico
CRM/PB 11042



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	1073915	06/04/2018 08:59:38	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
11/09/1991	26a 6m 26d	Masculino	898000506761837
Mãe			Telefone de Contato
CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS			(83) 998919197
Endereço	Bairro	Município	UF
DOUTOR MACEDO, 128	CENTRO	CAAPORA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X ANIMAL	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	2882/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
06/04/2018 09:07:18		06/04/2018 09:19:10	

Anamnese

paciente vítima de queda de moto apresentando múltiplas escoriações + dor e limitação de movimento de ombro d
+ movimento de joelho d, não é vacinado contra tetano, toraco-abdome sem anormalidade
+ pendula: rx de ombro d pa p + rx de joelho d pa p + tetanograma 250ui im + orientação de vacinação antetânica +
parecer da ortopedia + sutura + alta da cirurgia geral

CUIDADOS

SUTURA DE FERIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Marcos Antônio
Cirurgião
Geral

EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
R: 2882/PBCAPEMISA
23 OUT 2018

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 06/04/2018 09:00:52

<http://172.16.0.6.8080/cvb/pagos/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&performa=imprimir&id=251937&pesquisa=8&performa=imprimirPresc>

Scanned by CamScanner

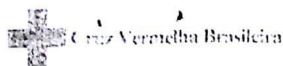


Assinado eletronicamente por: IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS - 12/11/2018 10:57:17

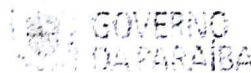
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111210545654500000017251073>

Número do documento: 18111210545654500000017251073

Num. 17720045 - Pág. 4



Hospital Geral de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	BAE 1073915	Data/Hora Entrada 06/04/2018 08:59:38	Data Baixa
Data de nascimento 11/09/1991	Idade 26a 6m 26d	Sexo Masculino	CNS 898000506761837
Mãe CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS			Telefone de Contato (83) 998918197
Endereço DOCTOR MACEDO, 128	Bairro CENTRO	Município CAAPORA	UF PE
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 06/04/2018 09:07:18		Data/Hora Prescrição 06/04/2018 10:29:31	

Anamnese

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NO OMBRO DIREITO E JOELHO DIREITO. RAIOS-X MOSTRA FRATURA DA AVÍCULA DIREITA. INTERNO PARA CIRURGIA.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

CAPEMISA

23 OUT 2018

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&performa=imprimir&id=256079&pesquisa=S&performa=imprimirPres

Scanned by CamScanner

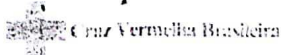


Assinado eletronicamente por: IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS - 12/11/2018 10:57:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111210550665700000017251085

Número do documento: 18111210550665700000017251085

Num. 17720057 - Pág. 1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	BAE 1073915	Data/Hora Entrada 06/04/2018 08:59:38	Data Saída
Data de nascimento 11/09/1991	Idade 26a 6m 26d	Sexo Masculino	CNS 898000506761837
Mãe CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS	Telefone de Contato (83) 998919197		Frontuário
Endereço DOUTOR MACEDO, 128	Bairro CENTRO	Município CAAPORA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2882/PB
Data/Hora Classificação 03/04/2018 09:07:18	Data/Hora Prescrição 06/04/2018 09:19:10		

Anamnese

paciente vítima de queda de moto apresentando múltiplas escoriações + dor e limitação de movimento de ombro d
ferimento de joelho d, não é vacinado contra tetano, toraco-abdome sem anormalidade
conduta: rx de ombro d pa p + rx de joelho d pa p + tetanograma 250ui im + orientação de vacinação antetânica +
parecer da ortopedia + sutura + alta da cirurgia geral

CUIDADOS**SUTURA DE FERIMENTO****SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA****EXAME DE IMAGEM****RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)****RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO(AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)****CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS

Dr. Marcos Antônio Cavalcante Furtado

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
R: 2882/PB

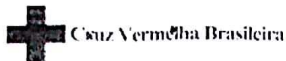
CAPEMISA
23 OUT 2018

Boletim registrado por: FÁTIMA EUZÉLIA RODRIGUES MÂRCAL em 06/04/2018 09:00:52

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&performa=imprimir&id=2550179&u=igora&sa=8>

Scanned by CamScanner





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: ERIKA
CRISTINE MACIEL ANDRIOLA
Em: 08/04/2018 15:53:42

Paciente EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	Boletim de Atendimento 1073915	Data/Hora Entrada 06/04/2018 08:59:38	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/09/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 898000506761837
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108065	Plantão DIURNO

FISIOTERAPÊUTICA (ERIKA CRISTINE MACIEL ANDRIOLA - 08/04/2018 15:51:15)

ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, COLABORATIVO

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO:

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AA

AValiação MOTORA

DIMINUÍDA: MSD

EVOLUÇÃO:

CONDUTA

EVOLUÇÃO:

OBSERVAÇÕES:

Aviação e orientações. Paciente vítima de acidente de moto com Frac. lux. de clavícula D, sem indicação para a fisioterapia.

ção: HTOP - ENF 11 Leito: LEITO 02

Profissional responsável pela informação: ERIKA CRISTINE MACIEL ANDRIOLA

Número Conselho: 108943

CAPEMISA

23 OUT 2018

108943

Scanned by CamScanner



CAPEMISA

23 OUT 2018



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM TRANSOPERATORIA

Técnico de Enfermagem

ETM

1. Identificação

Nome do Paciente: Elton do Nascimento Silva BE/Prontuário: 1073913
Idade: 26 Sexo: ☒ Masc ☐ Fem Enfermaria: 11 Leito: 02
Data: 18/10/18 Hora: 13:30

2. Admissão de Enfermagem na Sala de Cirurgia

Paciente admitido em sala, consciente e orientado;
em maca, eupneico, normocorico, clubbing de
dedos e diurese; TAP em 10E, des 3500
PA: 156x95 mmHg, FC 126 bpm, PO₂ 99%

3. Dados Trans-Operatório

Procr. Fratura de Calcâneo
Cirurgia realizada: 14:15 Horário do Término: 16:00 hs
Tipo de Anestesia: Peridural ☐ Raqui ☐ Geral ☒ Bloqueio de Plexo ☐ Geral + Sedação
Grau de Contaminação: Infectada ☐ Contaminada ☐ Potencialmente Contaminada ☒ Limpa
Posição do Paciente no Trans-Operatório: Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Lateral D ☐ Lateral E ☐ Ventral
Isolamento Elétrico: ☒ Sim ☐ Não Local da Placa: _____
Utilização de Coxins: ☐ Sim ☐ Não Local: _____
Diluição usada na assepsia: ☒ PVPI ☐ Clorexidina ☐ Outros: _____

Scanned by CamScanner





LEI 12.740/2013
Estatuto da Saúde

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSIC.

HEETSHL

LEITO: 1102

FRONTALHO: 103313

PACIENTE: Exton do Nascimento Santos

DATA: 12/11/2018

INÍCIO RPA: : h: m: s: IN TÉRMINO RPA: : h: m: s:

ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DOS PACIENTES NO PERÍODO PÓS-ANESTÉSICO

INTERVALO	0	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150
HORARIO											
Saturação de Oxigênio (0 - 2)	2	1	0								
Pressão arterial (0 - 2)	2	1	0								
Consciência (0 - 2)	2	1	0								
Náuseas e Vômitos (0 - 2)	2	1	0								
Atividade motora (0 - 2)	2	1	0								
Incapacidade de movimentar os membros	4	3	2	1	0						
Dor conforme escala aplicada (0 - 4)	4	3	2	1	0						
Dez (10) Insuportável	4	3	2	1	0						
TOTAL DE PONTOS											

PAD: Não aplicável para pacientes de 0 a 12 anos

Valor máximo para alta: 12 pontos
Se liberar para alta enquanto um item em negrito estiver presente

HORA											
PA											
FR											
FC											
TEMP											
ASSINATURA E COREN											

Hora da alta: : his

Anestesiologista/Médico:

Assinatura:

Score final:

CRM:

CAPEMISA

23 OUT 2018

Score final: 100

CRM: 103313

FINGJASCR 013-1



Sistematização da Assistência de Enfermagem Evolução de Enfermagem Pós Anestésica



DATA: 18/04/18

Hora: _____

NOME DO PACIENTE: <u>Everson do Nascimento Santos</u>		
IDADE: <u>28</u>	SEXO: () F (X) M	PRONTUÁRIO/B.E.: <u>1073915</u>
SETOR: <u>RPA</u>	ENF.: <u>11</u> LEITO: <u>02</u>	DATA DE ADMISSÃO: <u>18/04/18</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>Trat. cirúrgico de Fratura de Clavícula (E)</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:		
DADOS DA ANESTESIA ☐ Geral Venosa ☐ Geral Combinada ☐ Geral Combinada (V+I) ☐ Peridural c/ cateter ☐ Peridural s/ cateter ☐ Raqui-anestesia ☒ Bloqueio ☒ Sedação	MONITORIZAÇÃO ☐ ECG ☒ Oximetria ☒ PA ☐ PA Invasiva	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ☒ Acordado ☒ Consciente ☐ Comatoso ☐ Sonolento ☐ Inconsciente ☐ Sedado ☐ Torporoso ☒ Orientado
DRENOS/ CÂNULAS ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Nasoenteral ☐ Sonda de Nelaton ☐ Penrose Silicone ☐ Dreno de Tórax ☐ Guedel nº _____ ☐ Outros:	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO ☐ Queda (Cor Amarela) ☒ Flebite (Cor Azul) ☐ Perda de Sonda (Cor Vermelha) ☒ UPP (Cor Verde)	
LOCAL PARA COLAR AS ETIQUETAS		

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

[] Não se aplica

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado.	1
	Não responde	0
SATURAÇÃO DE O2	É capaz de manter saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente.	2
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio.	0
TOTAL		9

CAPEMISA
23 OUT 2018

F(NG).ENF.042-1

Scanned by CamScanner





Sistematização da Assistência de Enfermagem Evolução de Enfermagem Pós Anestésica



DATA: 18/04/18

Hora: _____

NOME DO PACIENTE: <u>Everson do Nascimento Santos</u>		
IDADE: <u>26</u>	SEXO: () F (X) M	PRONTUÁRIO/B.E.: <u>1073915</u>
SETOR: <u>RPA</u>	ENF.: <u>11</u> LEITO: <u>02</u>	DATA DE ADMISSÃO: <u>18/04/18</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>Trat. cirúrgico de Fratura de Clavícula (C)</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:		

DADOS DA ANESTESIA	MONITORIZAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
☐ Geral Venosa	☐ ECG	☒ Acordado
☐ Geral Combinada	☒ Oximetria	☒ Consciente
☐ Geral Combinada (V+I)	☒ PA	☐ Comatoso
☐ Peridural c/ cateter	☐ PA Invasiva	☐ Sonolento
☐ Peridural s/ cateter		☐ Inconsciente
☐ Raquianestesia		☐ Sedado
☒ Bloqueio		☐ Torporoso
☒ Sedação		☒ Orientado

CAPEMISA
23 OUT 2018

DRENOS/ CÂNULAS	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO
☐ Sonda Gástrica	☐ Queda (Cor Amarela)
☐ Sonda Nasoenteral	☒ Flebite (Cor Azul)
☐ Sonda de Nelaton	☐ Perda de Sonda (Cor Vermelha)
☐ Penrose Silicone	☒ UPP (Cor Verde)
☐ Dreno de Tórax	
☐ Guedel nº	
☐ Outros:	

LOCAL PARA COLAR AS ETIQUETAS

ÍNDICE DE ALDRETE E PROULIN

RESPIRAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
Apresenta dispnéia		
Tem apnéia		
CIRCULAÇÃO	PA em 20-49% do nível anestésico	1
PA em 20-49% do nível anestésico		
PA em 50% do nível pré-anestésico		0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2
Desperta, se solicitado.		
Não responde		0

SATURAÇÃO DE O₂

Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo oxigênio.

Scanned by CamScanner



	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			2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				
Identificação do Paciente			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	
8 - DATA DE NASCIMENTO			11 - TELEFONE DE CONTATO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				
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 - QTD	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTD	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTD	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
ca 3,5 Processo de reconstrução do osso fúneis contendo pontos de fúneis na fratura do paciente. Para fúneis contínuos no 18/3 - 2013 Por fúneis separados ref. 2202 no 16/2 Farmacêutica Agência de Regulação (AROS)				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
AUTORIZAÇÃO				
CAPEMISA				
23 OUT 2018				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1073915
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 18/04/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA
CIRURGIÃO: DR JOSE RENNAH 1º ASS: DR ALEXANDRE
2º ASS: MR1 DANIEL 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE CLAVICULA DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA	
COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
X ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Daniel Conserva Arruda DATA: 18/04/2018
MÉDICO
CRM 11134

CAPEMISA

23 OUT 2018

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE 1111

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISAO EM SABRE
DIVULSAO + DISSECÇÃO E AVULSAO POR PLANOS ANATOMICOS
HEMOSTASIA
Achados:
VISUALIZAÇÃO DA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA SOB AUXILIO DE ESCOPIA
Condução:
REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 7 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REVISAO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa,

18/04/2018

CAPEMISA
23 OUT 2018

Scanned by CamScanner



CAPEMISA
23 OUT 2018



DATA: 18 104/18

PRONTUÁRIO: 107 39 15

7-10-60 S.D.N.E. (NG) ASCIB 026

Maria do Socorro de Sousa Santos
Anestesiologista
CRM 1822



11/02

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO



Everson

João Pessoa. 17/04/18

Declaro, para fins legais, conforme segue:

01. Que estou ciente do fato de que, em data de 17/04/18, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de Bloqueio / Sedação H.T.O.P., junto ao Hospital a ser realizado pelo Médico Anestesiologista

ou qualquer outro membro de sua equipe de Anestesia, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de Tratamento de Glavícula T

02. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico/sedativo em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico e/ou integrante de sua equipe, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico/sedativo a que me submeterei.

03. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade do meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar.

04. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia/sedação, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame/Avaliação Anestésica" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico/sedativo.

05. Declaro mais que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos.

Assinatura do Paciente ou Responsável: Everson do Nascimento Santos

Assinatura do Anestesiologista: _____

Testemunhas: _____

Aline C. Lima de Souza Lima
MÉDICA RESIDENTE ANESTESIOLOGIA
CRM-PB 11.173

CAPEMISA

23 OUT 2018

F(NG). ASCIR. 022-1

Scanned by CamScanner



CAPEMISA

23 OUT 2018

CHUVINHEIRA
RAGLIERA

Suspensão de Cirurgia

RECEBI

Nome do Paciente: Everson do Nascimento Junior BE/Prontuário: _____

Foi justificado ao paciente? (x) Sim () Não

Sector/Clinica: Odontologia Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: 10/04/18 Horário: _____ hs

1. Relatório do(a) Médico(a) Responsável pela Suspensão (assinar e carimbar)

Cirurgia suspensa devido a risco importante de infecção em região da via de eixo há presença de lesão de reação durante o período de internidade.

Dr. Igor Felipe Pereira dos Santos
CRM 14339

2. Relatório do(a) Enfermeiro(a) (assinar e carimbar)

Scanned by CamScanner





TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO

09/04/18

01. Que estou ciente do fato de que, em data de 10/04/18, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de Bloqueio e/ou geral, junto ao Hospital UFOP, a ser realizado pelo Médico Anestesiologista ou qualquer outro membro de

Dr. Fratura de clavícula a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de

02. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico/sedativo em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico e/ou integrante de sua equipe, tendo eu oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico/sedativo a que me submeterei.

03. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade do meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não alcançar.

04. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas visando a anestesia/sedação, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame Avaliativo Anestésico" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, existem presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico/sedativo.

05. Declaro mais que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

06. Peço autorização se necessário, para o cliente participar de um estudo para determinar para uso de dados para pesquisa acadêmica, desde que aprovada pelo comitê de ética e pesquisa.

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos.

Assinatura do Paciente ou Responsável: Ignorância do documento assinado

Assinatura do Anestesiologista: Dr. Nathan Lacorda

Dr. Nathan Lacorda
Anestesiologista
CRM PB: 10680

Testemunha:

CAPEMISA

23 OUT 2018

F(NG). ASCIR. 022

Scanned by CamScanner

DATA: 09/04/18

PRONTUÁRIO: 1073915

NOME DO PACIENTE: Everson do Nascimento Santos
 Idade: 86 Sexo: M Profissão:
 Patologia principal: Fratura de Clavícula Direita
 Cirurgia: Fixação Externa de Fratura de Clavícula Anestesia proposta: Despertar e/ou final

Tem no peito angina? infarto? ☐ <3M ☐ 3-6M ☐ 6M Pressão alta? Sopro, febre reumática? Arritmia, taquicardia: ☐ espontânea aos esforços ☐ pouq ☐ médios Edema de MMII ☐ Tarde ☐ Verão Dispneia de decúbito ☐ aos esforços ☐ pouq ☐ médios Asma brônquica? Tosse catarral? (cor) Fumante há _____ anos Parou há _____ Desmaios, tonturas? Convulsões, abalos, tremores? Fraqueza muscular, miopatia? r nas juntas, artrite, collagenose? Problema de coluna? História social Alcoolatra há _____ anos Parou há _____	Diabetes? Doença da tireoide? Mudança no hábito miccional? Modificação no apetite? Queimação, azia, H de hiato, dor? Náuseas, vômitos? (cor) Mudança no hábito intestinal? Alteração na cor das fezes? Perda de peso s dieta? Hepatite, icterícia, malária, Chagas? Anemia? Sangramento? (onde) Hematomas manchas roxas? Gripe, febre, recente? Está ou pode estar grávida? (DUM:) Tem problema de surdes, visão? Teve febre alta quando foi operado? Recebeu Transf. sangue? Há Aceita transf sangue numa emergência?	Alergia a drogas? Quadro clínico? Tratamento? Alergia a pó, lá, odores, alimentos? Quadro clínico? Tratamento? Alergia a derivado de borracha? Quadro clínico? Tratamento? PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos) A criança é prematura? A criança tem 1 de desenvolvimento? A criança está gripada, c tosse, febre? A criança tem outra doença? ANTECEDENTES FAMILIARES DE: ☐ diabetes ☐ doença evasc. ☐ miopatia ☐ Febre alta durante a anestesia? ☐ Problema durante a anestesia? Qual?
---	---	--

Doenças importantes da Anamnese e/ou EF Cirurgias / Anestesias prévias / Complicações Medicamentos (Diets)

Paciente vítima de queda de moto há 03 dias, apresentando fratura em clavícula direita.
Neuromas parados.

Hemiplastia em 2001.
Nega reações alérgicas.

Nega uso de medicações.

EXAME FÍSICO

Peso 84 Altura 1,80 PA 120/80 P. 72 Hidratado desidratado
 Cor das mucosas: rosadas dispa taquip cianóticas acianóticas ictericas amictéricas
 Ausculta
 Demarcação prótese (inf sup) (móvel/fixa) nega
 Dentes
 Abertura da boca normal
 Pele: cor normal
 Flexão/estensão do pescoço
 Normo limitada
 Maltalmanha 12-3-4 distância externa mento: 12,5 cm > 12,5

Anotar de preferência exames com < 01 ano
 Exames Substanciais - DATA: 06/04/18
 Hb= 16,4 Ht= 49,2 Glic= 104 Cr= 1,0 Ur= 1,0
 Na= 135 K= 4,2 TC= 1,0 TS= 1,0
 Pla= 205.000 leuc= 12.600
 Coagul. ☐ Normal ☐ Alterada TT= 13,5 TTPA= 20,0 INR= 1,0
 RX tórax (/ /)=
 ECG (/ /)=

Avaliação clínica

Termo assinado, mento assinado, dígito marcado;
signo orientado
reserva de sangue

ASA II

RETORNOS ☐ NÃO ☐ SIM Motivos: ☐ Exames complementares ☐ Encaminhado p/Clinica. Qual:
 (VÍDE VERSO)

MEDICO
Dr. Nilton Lacerda
 Anestesiologia
 CRM PB: 10680

CRM.

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:
 DATA: 11/04/18
☐ Liberado para cirurgia
☐ Reavaliar na internação - motivo(s):
☐ Reavaliar na SO - motivo(s):
☐ NÃO LIBERADO p/CIRURGIA - motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES

MPA drogas/dose

MÉDICO

CRM

FNG/ANCI/027-I

CAPEMISA

23 OUT 2018

RETORNOS

DATA: 17/04/18. Paciente el cirurgia agendada-pl 10/04/18, foi suspensa devido a presença de infecção em região de via de acesso, com presença de grande quantidade de secreção purulenta. Reagendada pl 18/04/18. Paciente com leucócitos no último lab (06/04/18) → 52600.
Paciente fez bom contato el ciproflaxona. MÉDICO: CRM:

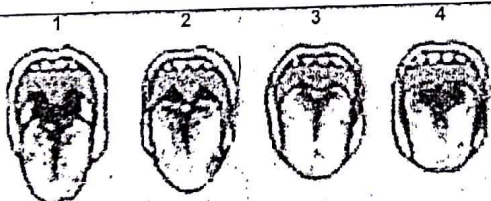
DATA: 400 mg 12/12 por 3 dias, com melhora clínica
visualizada através de foto diários do urétero. O mesmo
na febre ou outros sintomas.
CO: Liberado p/ cura. MÉDICO: [assinatura]

Aline C. Lira de S.
MÉDICA RESIDENTE
CRM-PB 11.111

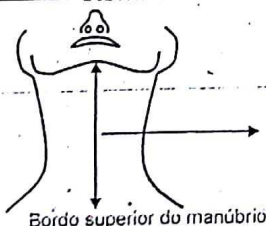
CRM:

CRM:

TESTE DE MALLAMPATI



~~DISTÂNCIA ESTERNO MENTO~~



Distância esterno-mento

Bordo superior do manúbrio

EXAMES PRÉ-ANESTÉSICOS MÍNIMOS RECOMENDÁVEIS

1. ASA I

< 50 a.	Hb/HT
51 - 60 a.	Hb/HT, ECG
61 - 75 a.	Hb/HT, ECG, Creatinina, glicemia
> 75 a.	Hb/HT, ECG, Creatinina, glicemia, RX tórax

2. ASA II

qualquer idade Hb:HT + exames de acordo com a doença

2. ASA II COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

qualquer idade Hb/HT, ECG, Creatinina, RX: tórax, Na⁺, K⁺
(se usar diuréticos)

3. ASA II COM DIABETES

qualquer idade Hb:HT, ECG, Creatinina, Glicemia, Na⁺, K⁺

4. ASA III/IV/V

Hb/Ht, ECG, Creatinina, Glicemia, RX tórax, Na⁺, K⁺
+ exames de acordo com a doença

TEMPO DE VALIDADE: 01 ANO para pacientes ASA I, ASA II

Exames que podem sofrer alterações mais frequentes devido à doença e ao tratamento

Distancia Externo - Mento: 12.5 cm

F(NG).ASCIR.027-1

CAPEMISA

23 OUT 2018



Secretaria de Saúde
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS		Registro 1073915	Idade 26a 6m 30d
Localização HTOP - ENF 11		Coleta Prévia de Cultura? () Sim () Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo
CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML)	12/12H		14 Dias
Indicação Terapêutica: TERAPÊUTICO	Dispensado pela Farmácia 20/04/18 Farmaceutico:		Assinatura e Carimbo Médico:
Indicação Profilática: TERAPÊUTICO			
Doença Base: TERAPÊUTICO			
Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.			

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22641
RCDT 13941

CAPEMISA

23 OUT 2018

Scanned by CamScanner





SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	Registro	Idade
EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	1073915	26a 6m 30d
Localização	Coleta Prévia de Cultura?	
HTOP - ENF 11	() Sim () Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo
1 CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML)	12/12H	14 Dias
Indicação Terapêutica:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
TERAPÊUTICO	Farmacêutico:	
Indicação Profilática:		
TERAPÊUTICO		
Doença Base:		
TERAPÊUTICO		
Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.		

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Otorrinolaringologista
CRM PB 6602, CRM RJ 22641
R. 1001, 1004

CAPEMISA
23 OUT 2018

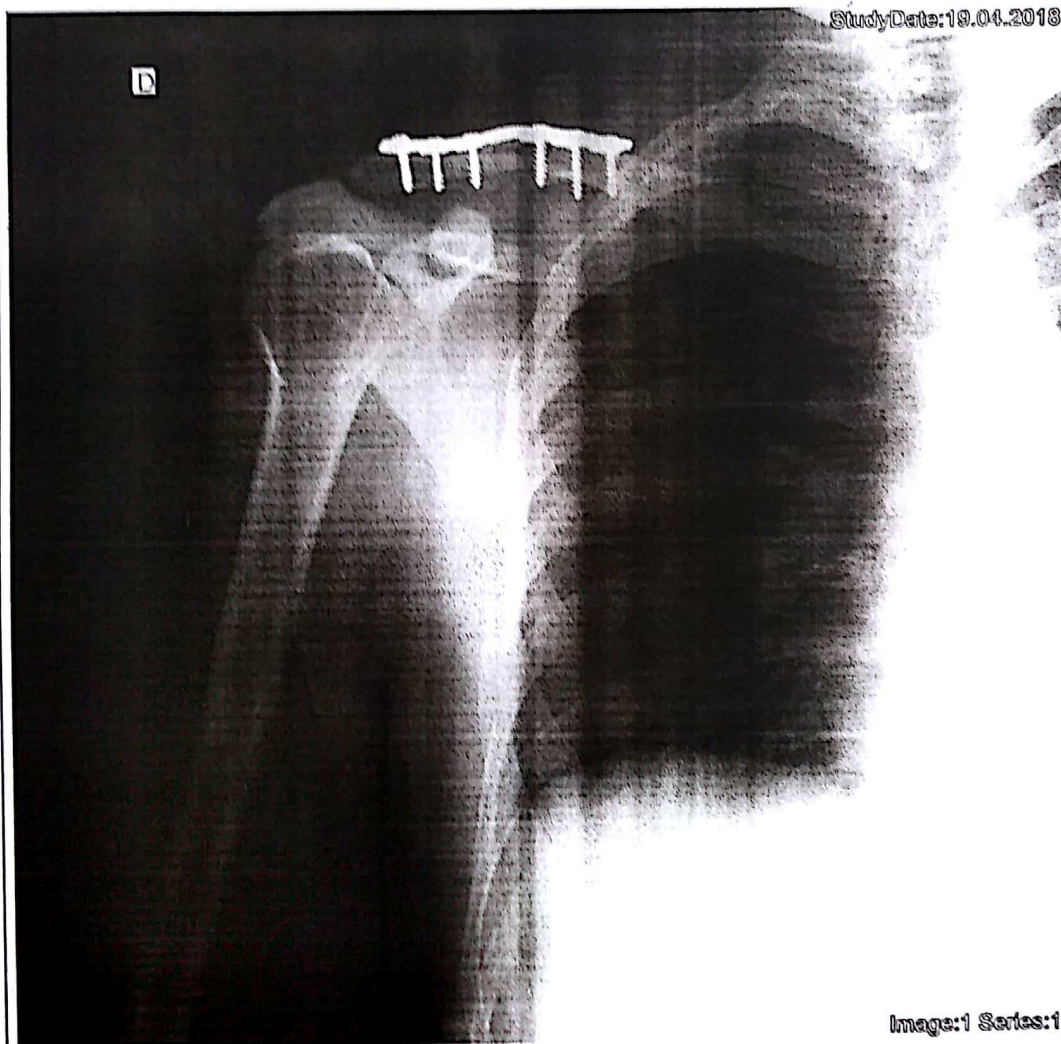


SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	Registro	Idade
EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	1073915	26a 6m 30d
Localização	Coleta Prévia de Cultura?	
HTOP - ENF 11	() Sim () Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo
1 CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML)	12/12H	14 Dias
Indicação Terapêutica:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
TERAPÊUTICO	Farmacêutico:	
Indicação Profilática:		
TERAPÊUTICO		
Doença Base:		
TERAPÊUTICO		
Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.		

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Otorrinolaringologista
CRM PB 6602, CRM RJ 22641
R. 1001, 1004

PatientID: 000000059969 Sex: Masculino
PatientName: EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS BirthDate: 11.09.1991
Age: 26a.



CAPEMISA
23 OUT 2018

HTOP

Scanned by CamScanner



000000059969 EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS M
18.04.2018
HTOP

CAPEMISA
23 OUT 2018

D

Scanned by CamScanner





Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



A A A

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Teclado.aspx)

Documentos Despesas Médicas

(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente

(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte

(/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de

SINISTRO 3180499324 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CAPEMISA

BENEFICIÁRIO EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS

CPF/CNPJ: 10196582407

Posição em 12-11-2018 10:35:57

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/10/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzxueKpMOTRHM8wys

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)





(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo
(/Pages/Acompanhe-o-
Processo-de-
Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos
(/Pages/Consulta-a-
Pagamentos.aspx)
- › Saiba Como Pagar
(/Pages/Saiba-como-
pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento
(/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização
(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-
Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT
(/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT
(/Pages/Sobre-o-Seguro-
DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais
(/Pages/Informacoes-Gerais-
Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-
Indispensaveis-Para-Pedir-a-
Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT
(/Seguro-DPVAT/Dicionario-
do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes
(/Seguro-
DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line
(/Contato/Chat-e-
Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e
Sugestões
(/Contato/Duvidas-
Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato
(/Contato/telefones-de-
contato)
- › Ouvidoria
(/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias
(/Contato/canal-de-
Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)





**Poder Judiciário da Paraíba
Corregedoria-Geral da Justiça
PROVIMENTO 3**

Datado e assinado eletronicamente.

Proferir despacho/decisão/sentença.

Juiz(a) Corregedor(a)





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Caaporã

Processo nº 0800613-03.2018.8.15.0021

[ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

DESPACHO:

Vistos, etc.

1. Tendo em vista o requerimento inserto na peça vestibular, bem como a declaração de hipossuficiência econômica acostada aos autos, **CONCEDO** os benefícios da assistência judiciária gratuita à parte promovente, o que faço com esteio nas disposições dos arts. 98 e 99, §, 3º do CPC.

2. Considerando que a petição inicial preenche os requisitos essenciais e por não vislumbrar razões para a improcedência liminar do pedido, recebo mencionada peça e, considerando que a parte autora dispensou a realização de audiência de autocomposição, ordeno a citação do(s) réu(s) para, no prazo de 15 dias, apresentar(em) contestação, sob pena de revelia.

Cumpra-se.

Caaporã, datado e assinado eletronicamente

Juiz(a) de Direito

