



Número: **0801161-20.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **22/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OSVALDO DA SILVA SANTOS (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32706 212	28/07/2020 10:27	2736876_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSVALDO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000059728-4

Nr. da Autenticação D99096FE69312DA5



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190642043 **Cidade:** Algodão de Jandaíra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSVALDO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 19/11/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 37 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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: 0403025139	CPF da vítima: 09317657494	Nome completo da vítima: Orvaldo do Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Orvaldo do Silva Santos	CPF: 09317657494	
Profissão: Assessoria	Endereço: Avenida Duque de Caxias	Número: SIN
Bairro: Zona Rural	Cidade: Pernambuco	CEP: 58598000
E-mail:	Estado: PE	Tel.(DDD): 8333341289

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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001)	
☒ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 4668	CONTA: 59728
(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 de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vul nascido)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:	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.

Local e Data, **Pernambuco, Recife 18/11/2019**

Nome: **Orvaldo do Silva Santos**

CPF: **093.176.574-94**

José Gomes do Nascimento Neto

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **M. da Penha Gomes do Nascimento**

CPF: **039.282.434-54**

Maria da Penha Gomes do Nascimento

Assinatura

2ª | Nome: **Maria Luísa de Silva**

CPF: **051.980.894-47**

Luciana Lourenço da Silva

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 10:27:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810273354200000031322320

Número do documento: 20072810273354200000031322320

Num. 32706212 - Pág. 3



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

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000257/19

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 000257/19 registrada em 01/11/2019, que passo a transcrever na íntegra: Ao primeiro dia do mês de novembro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, 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 10:15 horas, compareceu o Sr. OSVALDO DA SILVA SANTOS, com 31 anos de idade, filho de MARIZO PÉQUENO DOS SANTOS e MARIA DAS DORES DA SILVA SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIA - PB, Solteiro, escolaridade Não Alfabetizado, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.250.954 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09317657494, residindo à rua SÍTIO QUEIMADAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comuniente, que por volta das 18h00min do dia 19.11.2016, estava retornando para a sua residência, trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Queimadas, área rural de Remígio/PB, conduzindo sa motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2007/2007, cor vermelha, chassi nº 9C2KC08107R181273, de placa MNS-7896/PB, licenciada em nome de Emerson da Silva Gomes, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após cair em uma vala feitas pelas fortes chuvas na região, tendo a moto caído por cima do seu membro inferior esquerdo, causando fratura, sendo socorrido por populares e encaminhado inicialmente para o pronto atendimento da cidade de Remígio/PB e em seguida transferido para o hospital de Emergência e Trauma, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, entretanto, não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito. 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, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 1 de Novembro de 2019



OSVALDO DA SILVA SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 099.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



ANGELA MARIA SOARES DA SILVA
ASSISTENTE QUÍMICA, S/N - AGRICULTURAL
RIMÓDIO / PB CEP: 58380-000 (AG 71)

energisa

Emissão: 15/02/2018 Referência: Fev/2018
Classe/Suporte: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 8-73-345-760 Nº medidor: 00008720733

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 25 - Cinto Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 08.086.183/0001-40 Ins. Est. 16.016.522-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 02.180.667
Gd. para Dds. Automático: 00617393094

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF/CNPJ/RANI
Fev/2018	15/02/2018	16/03/2018	7525588428 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1739359-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricitista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- 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	Diss.
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/01/18	1317	15/02/18	1245	1	58	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Atq. (mWh)	Base Calc. For (R\$)
				Valor Base Calc. Atq. (R\$)		Valor Base Calc. For (R\$)
0001	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,180960	5,43	0,00	0,00
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	3,600	0,110300	0,39	0,00	0,00
0010	Subsídio			11,07	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			4,06	0,00	0,00
0006	Desenvolvimento Subsídio			-10,37	0,00	0,00
TOTAL				11,13	0,00	0,00
Código de Classificação do Sem				11,13	0,00	0,00

Média últimos meses (kWh)
\$1

VENCIMENTO
22/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 11,13

Histórico de Consumo (kWh)											
40	35	38	47	41	41	43	52	58	58	56	73
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

RESERVADO AO FISCO

ebd3.5007 5a18.1a1f.ca8a.062b.8976.b610.

Indicadores de Qualidade			
Qualidade de Serviço			
Unidade	Unidade	Unidade	Unidade
Unidade	Unidade	Unidade	Unidade
DI MENSAL	DI MENSAL	DI MENSAL	DI MENSAL
DI TRIMESTRAL	DI TRIMESTRAL	DI TRIMESTRAL	DI TRIMESTRAL
DI ANUAL	DI ANUAL	DI ANUAL	DI ANUAL
FI MENSAL	FI MENSAL	FI MENSAL	FI MENSAL
FI TRIMESTRAL	FI TRIMESTRAL	FI TRIMESTRAL	FI TRIMESTRAL
FI ANUAL	FI ANUAL	FI ANUAL	FI ANUAL
DMC	DMC	DMC	DMC
DICI	DICI	DICI	DICI

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	2,28	20,48
Compra de Energia	2,70	24,28
Serviço de Transmissão	0,35	3,14
Encargos Setoriais	0,63	5,66
Encargos Civis e Encargos	1,17	10,48
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	11,13	100,00

Valor de USD (Ref. 12/2017) R\$ 6,64

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/03/2018. Conforme Resolução 414/ANEL. O pagamento após esse data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para compensação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar esta mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REVISADAS, 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 à inclusão em dívida de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 10,37.
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

Jan/18	20,03
Dez/17	31,58
Nov/17	36,21
Out/17	32,08
Set/17	65,23



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: 0403025139	CPF da vítima: 09317657494	Nome completo da vítima: Osvaldo da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Osvaldo da Silva Santos	CPF: 09317657494	
Profissão: agricultor	Endereço: Av. ...	Número: SIN
Bairro: Zona Rural	Cidade: Remói	CEP: 58598005
E-mail:	Estado: PB	Tel.(DDD): 8333341289

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)

AGÊNCIA: 4668 CONTA: 59728 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (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 de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vul nascido)? ☐ 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.

Local e Data, Paraíba, Remói 18/11/2019

Nome: Osvaldo da Silva Santos

CPF: 093.176.574-94

José Gomes do Nascimento Neto

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Mª da Penha Gomes do Nascimento

CPF: 039.282.434-54

Maria da Penha Gomes do Nascimento

Assinatura

2ª Nome: Maria Luísa da Silva

CPF: 051.980.894-47

Luciana da Silva

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 10:27:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810273354200000031322320

Número do documento: 20072810273354200000031322320

Num. 32706212 - Pág. 6



RIO / PARECER MÉDICO

ECU

Acidente visto e apreendido
e encaminhado para
exame de corpo de delito
e exame de corpo de delito
e exame de corpo de delito

[Signature]

20.11.16
10:42:32

10:42:32

Paciente em estado de inconsciência

FAST negativo

Ex

Cas. Alta de cirurgia geral

Ass. Unidade de Ortopedia

[Signature]

20/11 09:24

09:24

09:24

Realizado exame de corpo de delito

e encaminhado para

exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

e exame de corpo de delito

DESTINO DO PACIENTE:

() Centro cirúrgico

() Internação (se for):

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL:

() Alta hospitalar

() A revelia

() Decisão médica

() Outro

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

SERVIÇOS REALIZADOS:

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

EXAMINACAO / PROCEDIMENTO

CBO

CBO

CBO

CBO

CBO

CBO

CBO

CBO

CBO

CBO

CBO

IDADE

IDADE

IDADE

IDADE

IDADE

IDADE

IDADE

IDADE

IDADE

IDADE

IDADE



GOL RNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:			
End:	Bairro:		
Data de Nascimento:	Documento de Identificação:		
Queixa:	Data do Atend.:	Hora:	Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
(X) Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PB

RECEITUÁRIO DE ENTORPECENTES

Paciente: Osvaldo da Silva Santos

Apartamento Nº: Enfermaria: Ext Leito: 01

Medicamento: Tramadol 8/8h

Diagnóstico: Pos-op. Fr. Plav. Fibula

Justificação: Analgesia

Ass. Médico: CRM:

Hilissor Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2552

Campina Grande, 10 / 12 / 2020

MOD: 06



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810273354200000031322320>

Num. 32706212 - Pág. 11

DIAGNÓSTICO

Convênio	Fixação fixa
----------	--------------

COYUNTURA DE LA ECONOMÍA ARGENTINA

Dr. Walter Scott

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Leito	Convênio
Elisângela Santana	29/07/2020	1. Dieta 1.000kcal 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/08h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Orniaprazol 40mg EV/jelum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	13:42:32		

Dr. J. L. ...
...
...

EDICION: 10/07/2020 13:42:32

DIAGNÓSTICO

Paciente: Elisângela Santos Alajamento: 2011 Leito: 20 Convênio: plato tes

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. Dieta
2. SRL 1500ml EV/24h
3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h
4. Tilactil 20mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
7. Neustedron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Clemane 40mg SC/dia
9. SSVV + CCGG

Integridade
Assinatura: C. L. Gomes

CD
UP

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

ON PATENT INFRINGEMENT DAMAGES

DIAGNÓSTICO

the whole section

Alojamento:

Leito

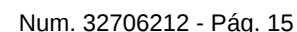
Convênio

Plato H.S. 10

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:42:32

BOLETIM DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL1570 CH

ANEXO Bico - ORTÓDICO

DN: 1

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: OSMARDO DA SILVA Santos						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO			
Extra	1		30	1356110			
CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de uma hernia abdominal				CIRURGIAO: Dr. ELOABR			
ANESTESIA: Xnol JF				ANESTESIA: Dr. ROBERTO			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM			
Luis		08/12/2020	07:45	08:45			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	25		Calgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Calgut Simples	
	Dolantina amp.			Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Calgut Simples Sertix	
	Fenagam amp.			Calgut Simples Sertix	
	Fenilanil ml			Cera p/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml	01		Ethibond	
	Mercaina % ml			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Proflonina amp.	25		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelid ml	05		Fita cardiaca	
	Rapifen amp.			Monocryl	
	Thionembital ml			Monocryl	
	Proclon amp.			Prolene Sertix	
	Qtd. MEDICAÇÕES	02		Prolene Sertix	
05	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
01	Decadron amp.			Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	01		Vicryl Sertix	
01	Flaxidol amp.	03		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	01		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	01			
	Glicose amp.	01			
	Glucon de Cálcio amp.	01			
	Haemacel ml	01			
	Heparina ml				
	Kanakion amp.	01			
	Lasix amp.	04			
	Medrolinasol.	03			
	Plasil amp.				
	Prolamina	03			
	Revivan amp.				
	Suptanon amp.				
	Cefalotina 1g				
	Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES	21			
03	Agulha desc. 25 x 7				
	Agulha desc. 28 x 25				
	Agulha desc. 34 x 14	05			
01	Agulha p/ raque n° 18				
01	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
2	SG Normotérmico fr 500 ml
2	SG Gelado fr 500 ml
2	SG Hipertérmico fr 500 ml
2	SG Ring fr 500 ml
2	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

Qtd.	EQUIPAMENTOS
	Oxímetro de Pulso
	Serra
	Desfibrilador
	Foco Frontal
	Fonte de Luz
	Foco Auxiliar
	Eletrocutâneo
	Oxícapnógrafo
	Cardiomonitor
	Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Suelio de Figueiredo</u>			IDADE: <u>30</u>	SEXO: <u>M</u> COR: <u>D</u>
DATA: <u>08/12/2019</u>	PREPARO ANESTÉSICO: <u>07:50</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>16</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>	PESO:	ALTURA:
EPG SANGÜÍNEO	HEMOGLOBINA	HEMOGLOBÍNA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS:
ARTERIAL	ARMAR	IRRADIANTE				
AP. CIRCULATÓRIO	ELETROCARDIOGRAMA					
AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO VENTAL	ATRAVOCOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<u>Fratura de Metacarpo 5º</u>			ESTADO GERAL	<u>Bom</u>	
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS						
LÍQUIDOS						
CÓDIGOS						
VP: ANESTÉSICO: 0 - RESPIRAÇÃO: 0 - ANESTÉSICO: 0 - OPERAÇÃO: 0						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSICÃO						
AGENTES						
TÉCNICA						
OPERAÇÃO						
CRURIOLOGIA						
ANESTESISTAS						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.				PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 10:27:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810273354200000031322320

Número do documento: 20072810273354200000031322320

Num. 32706212 - Pág. 17

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. Plástico

Paciente: Orlando Santana Aposentado Ex. Leito: 01 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/12	1) D. Diab. Insul. 500ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. Ortopedia
01	2) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 20 DI-II, 1000
	3) Refeição normal 12 TV 12/12/19	11/12/19	At. 1000, 1000
	4) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	5) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	6) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	7) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	8) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	9) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	10) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	11) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	12) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	13) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	14) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	15) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	16) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	17) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	18) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	19) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	20) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	21) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	22) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	23) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	24) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	25) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	26) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	27) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	28) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	29) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	30) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	31) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	32) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	33) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	34) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	35) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	36) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	37) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	38) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	39) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	40) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	41) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	42) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	43) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	44) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	45) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	46) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	47) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	48) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	49) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	50) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	51) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	52) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	53) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	54) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	55) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	56) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	57) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	58) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	59) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	60) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	61) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	62) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	63) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	64) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	65) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	66) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	67) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	68) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	69) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	70) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	71) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	72) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	73) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	74) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	75) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	76) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	77) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	78) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	79) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	80) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	81) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	82) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	83) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	84) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	85) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	86) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	87) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	88) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	89) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	90) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	91) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	92) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	93) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	94) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	95) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	96) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	97) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	98) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	99) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000
	100) 2000ml 500, 5% IV 24h	11/12/19	At. 1000, 1000

DIAGNÓSTICO

Ex. plás. Hx. L

DATA DE REGISTRO: 17/07/2020

Paciente	Qualificação do Paciente	Alojamento: Ex	Leto	Convênio	Evolução Médica
Data	Prescrição Médica	Horário			
10	1. Dieta 1000 2. SGL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramaf 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN (Suspensão) 8. Clexane 40mg SC/dia (Suspensão) 9. SSW + CCGG	13:42:32			ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32
12					
16					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
19					
21					
23					
25					
27					
29					
31					
02					
04					
06					
08					
10					
12					
14					
16					
18					
20					
22					
24					
26					
28					
30					
01					
03					
05					
07					
09					
11					
13					
15					
17					
1					

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
GOVERNO DA PARAIBA

DIAGNÓSTICO:
dx. pleio torácico

PACIENTE: Dignillo Santo ENFERMARIA: 68 LEITO: 13

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO	PORTO PEDIA
13/07/2020	1) Dose 1: 500 mg EV 24 h		
14/07/2020	2) Dose 2: 500 mg EV 24 h		
15/07/2020	3) Dose 3: 500 mg EV 24 h		
16/07/2020	4) Dose 4: 500 mg EV 24 h		
17/07/2020	5) Dose 5: 500 mg EV 24 h		
18/07/2020	6) Dose 6: 500 mg EV 24 h		
19/07/2020	7) Dose 7: 500 mg EV 24 h		
20/07/2020	8) Dose 8: 500 mg EV 24 h		
21/07/2020	9) Dose 9: 500 mg EV 24 h		
22/07/2020	10) Dose 10: 500 mg EV 24 h		
23/07/2020	11) Dose 11: 500 mg EV 24 h		
24/07/2020	12) Dose 12: 500 mg EV 24 h		
25/07/2020	13) Dose 13: 500 mg EV 24 h		
26/07/2020	14) Dose 14: 500 mg EV 24 h		
27/07/2020	15) Dose 15: 500 mg EV 24 h		
28/07/2020	16) Dose 16: 500 mg EV 24 h		
29/07/2020	17) Dose 17: 500 mg EV 24 h		
30/07/2020	18) Dose 18: 500 mg EV 24 h		
31/07/2020	19) Dose 19: 500 mg EV 24 h		
01/08/2020	20) Dose 20: 500 mg EV 24 h		
02/08/2020	21) Dose 21: 500 mg EV 24 h		
03/08/2020	22) Dose 22: 500 mg EV 24 h		
04/08/2020	23) Dose 23: 500 mg EV 24 h		
05/08/2020	24) Dose 24: 500 mg EV 24 h		
06/08/2020	25) Dose 25: 500 mg EV 24 h		
07/08/2020	26) Dose 26: 500 mg EV 24 h		
08/08/2020	27) Dose 27: 500 mg EV 24 h		
09/08/2020	28) Dose 28: 500 mg EV 24 h		
10/08/2020	29) Dose 29: 500 mg EV 24 h		
11/08/2020	30) Dose 30: 500 mg EV 24 h		
12/08/2020	31) Dose 31: 500 mg EV 24 h		
13/08/2020	32) Dose 32: 500 mg EV 24 h		
14/08/2020	33) Dose 33: 500 mg EV 24 h		
15/08/2020	34) Dose 34: 500 mg EV 24 h		
16/08/2020	35) Dose 35: 500 mg EV 24 h		
17/08/2020	36) Dose 36: 500 mg EV 24 h		
18/08/2020	37) Dose 37: 500 mg EV 24 h		
19/08/2020	38) Dose 38: 500 mg EV 24 h		
20/08/2020	39) Dose 39: 500 mg EV 24 h		
21/08/2020	40) Dose 40: 500 mg EV 24 h		
22/08/2020	41) Dose 41: 500 mg EV 24 h		
23/08/2020	42) Dose 42: 500 mg EV 24 h		
24/08/2020	43) Dose 43: 500 mg EV 24 h		
25/08/2020	44) Dose 44: 500 mg EV 24 h		
26/08/2020	45) Dose 45: 500 mg EV 24 h		
27/08/2020	46) Dose 46: 500 mg EV 24 h		
28/08/2020	47) Dose 47: 500 mg EV 24 h		
29/08/2020	48) Dose 48: 500 mg EV 24 h		
30/08/2020	49) Dose 49: 500 mg EV 24 h		
31/08/2020	50) Dose 50: 500 mg EV 24 h		



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO:
dx. platô tibial

PACIENTE: Dyrcillo Santos ENFERMARIA: CS LEITO: 13

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO	ORTOPEDIA
13/07/2020	1) Curativo Livre		
2) SF 0,9 % 500 ml EV 24 h			
3) Dipirona 12 amp. + AD EV 6/6 h			
4) Talit 40 mg + AD EV 12/12 h			
5) Omeprazol 40 mg EV 2 = 30 dias			
6) Nandrona 8 mg + AD EV 8/8 h			
7) SSB + CCBG			
8) Ceftazidima 40 mg IV 1x/dia			





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

Evolução Psicológica

Setor: Imobiliária

Leito:

[illegible]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

Evolução Psicológica

Nome: Osvaldo da Silva Santos

Setor: Ala arruela

Leito:

[illegible]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

Evolução Psicológica

Setor: Nunda/Buco

Leito: 6 x Tm 1

[illegible]



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Data	Hora	Prontuário	Ala	Data	Hora	Leito	Enfermeira
Carvalho da Silva, Suelio	08/07/2020	13:42:32		Neuro	08/07/2020	13:42:32		Elisangela Santana
paciente com quadro de insuficiência cardíaca, com quadro de insuficiência renal, com quadro de insuficiência hepática, com quadro de insuficiência pulmonar, com quadro de insuficiência gastrointestinal, com quadro de insuficiência endócrina, com quadro de insuficiência hematológica, com quadro de insuficiência imunológica, com quadro de insuficiência neurológica, com quadro de insuficiência psiquiátrica, com quadro de insuficiência social, com quadro de insuficiência cultural, com quadro de insuficiência espiritual, com quadro de insuficiência filosófica, com quadro de insuficiência política, com quadro de insuficiência econômica, com quadro de insuficiência tecnológica, com quadro de insuficiência científica, com quadro de insuficiência artística, com quadro de insuficiência literária, com quadro de insuficiência musical, com quadro de insuficiência teatral, com quadro de insuficiência cinematográfica, com quadro de insuficiência televisiva, com quadro de insuficiência midiática, com quadro de insuficiência jornalística, com quadro de insuficiência acadêmica, com quadro de insuficiência profissional, com quadro de insuficiência cidadã, com quadro de insuficiência humana, com quadro de insuficiência planetária, com quadro de insuficiência universal, com quadro de insuficiência eterna.								

Hospital: União Médica e Cirúrgica de Crato Código: _____

Procedimento: Artroscopia de Joelho Cód. Procedimento: _____

Paciente: ASL-0403025/19

Data da Cirurgia: 28/07/2020 Nº prontuário: 1350410 Convênio: _____

Cirurgião: Elisângela Santana Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa - L. 10x10			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	62	62	62			
	Qtd	01		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	75					
	Qtd	01					
	Cód						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	75					
	Qtd	01					
	Cód						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd						
	Cód						

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____



GOVERNIO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

to Peter Kru

Charles Jewett

LEITO

9/5/11

a) $\text{Thermal} \rightarrow \text{amg} + \text{AD EV Blg B}$
 b) $\text{Thermal} \rightarrow \text{mg} + \text{AL EV 1271.8 h}$
 c) $\text{Thermal} \rightarrow \text{mg} \rightarrow \text{mg} \rightarrow 1 + 20 \text{ mg}$
 d) $\text{Nucleation} \rightarrow \text{mg} + \text{AD EV Blg B}$
 e) $\text{SSM} + \text{CCBd}$

#ORTOFEDU

U.S. Government, Department of Health, Education, and Welfare.

SSW + CCEU
19923 + 1455
Missouri Young School

24/10/07

Ex notes - 1/1/19

Expenditure

[illegible]

Diagnóstico

Fr. plate tibial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	O nome do paciente	Convênio	Leito	Q.I.	Alimentação	Exat.	Horário	Prescrição Médica	Evolução Médica
35/11	1) Dextro. 100mg. 2) SF D 9% 500 ml. EV, 24h. 3) Dipirona. 01 comp. + AD. EV, 6/6h. 4) Ritalin. 40mg. + AD. EV, 12/12h. 5) Tramal. 100mg. + SF D. 9% ml. EV, 8/8h. 6) Omeprazol. 40mg. EV, 1x/dia. 7) Nauseid. 2mg. + AD. EV, 8/8h. 8) Clexane. 40mg. SC, 1x/dia. 9) SSVV + CCGG.								12/07/2020 13:42:32 13/07/2020 13:42:32 14/07/2020 13:42:32 15/07/2020 13:42:32 16/07/2020 13:42:32 17/07/2020 13:42:32 18/07/2020 13:42:32 19/07/2020 13:42:32 20/07/2020 13:42:32 21/07/2020 13:42:32 22/07/2020 13:42:32 23/07/2020 13:42:32 24/07/2020 13:42:32 25/07/2020 13:42:32 26/07/2020 13:42:32 27/07/2020 13:42:32 28/07/2020 13:42:32 29/07/2020 13:42:32 30/07/2020 13:42:32 31/07/2020 13:42:32 01/08/2020 13:42:32 02/08/2020 13:42:32 03/08/2020 13:42:32 04/08/2020 13:42:32 05/08/2020 13:42:32 06/08/2020 13:42:32 07/08/2020 13:42:32 08/08/2020 13:42:32 09/08/2020 13:42:32 10/08/2020 13:42:32 11/08/2020 13:42:32 12/08/2020 13:42:32 13/08/2020 13:42:32 14/08/2020 13:42:32 15/08/2020 13:42:32 16/08/2020 13:42:32 17/08/2020 13:42:32 18/08/2020 13:42:32 19/08/2020 13:42:32 20/08/2020 13:42:32 21/08/2020 13:42:32 22/08/2020 13:42:32 23/08/2020 13:42:32 24/08/2020 13:42:32 25/08/2020 13:42:32 26/08/2020 13:42:32 27/08/2020 13:42:32 28/08/2020 13:42:32 29/08/2020 13:42:32 30/08/2020 13:42:32 31/08/2020 13:42:32 01/09/2020 13:42:32 02/09/2020 13:42:32 03/09/2020 13:42:32 04/09/2020 13:42:32 05/09/2020 13:42:32 06/09/2020 13:42:32 07/09/2020 13:42:32 08/09/2020 13:42:32 09/09/2020 13:42:32 10/09/2020 13:42:32 11/09/2020 13:42:32 12/09/2020 13:42:32 13/09/2020 13:42:32 14/09/2020 13:42:32 15/09/2020 13:42:32 16/09/2020 13:42:32 17/09/2020 13:42:32 18/09/2020 13:42:32 19/09/2020 13:42:32 20/09/2020 13:42:32 21/09/2020 13:42:32 22/09/2020 13:42:32 23/09/2020 13:42:32 24/09/2020 13:42:32 25/09/2020 13:42:32 26/09/2020 13:42:32 27/09/2020 13:42:32 28/09/2020 13:42:32 29/09/2020 13:42:32 30/09/2020 13:42:32 01/10/2020 13:42:32 02/10/2020 13:42:32 03/10/2020 13:42:32 04/10/2020 13:42:32 05/10/2020 13:42:32 06/10/2020 13:42:32 07/10/2020 13:42:32 08/10/2020 13:42:32 09/10/2020 13:42:32 10/10/2020 13:42:32 11/10/2020 13:42:32 12/10/2020 13:42:32 13/10/2020 13:42:32 14/10/2020 13:42:32 15/10/2020 13:42:32 16/10/2020 13:42:32 17/10/2020 13:42:32 18/10/2020 13:42:32 19/10/2020 13:42:32 20/10/2020 13:42:32 21/10/2020 13:42:32 22/10/2020 13:42:32 23/10/2020 13:42:32 24/10/2020 13:42:32 25/10/2020 13:42:32 26/10/2020 13:42:32 27/10/2020 13:42:32 28/10/2020 13:42:32 29/10/2020 13:42:32 30/10/2020 13:42:32 31/10/2020 13:42:32 01/11/2020 13:42:32 02/11/2020 13:42:32 03/11/2020 13:42:32 04/11/2020 13:42:32 05/11/2020 13:42:32 06/11/2020 13:42:32 07/11/2020 13:42:32 08/11/2020 13:42:32 09/11/2020 13:42:32 10/11/2020 13:42:32 11/11/2020 13:42:32 12/11/2020 13:42:32 13/11/2020 13:42:32 14/11/2020 13:42:32 15/11/2020 13:42:32 16/11/2020 13:42:32 17/11/2020 13:42:32 18/11/2020 13:42:32 19/11/2020 13:42:32 20/11/2020 13:42:32 21/11/2020 13:42:32 22/11/2020 13:42:32 23/11/2020 13:42:32 24/11/2020 13:42:32 25/11/2020 13:42:32 26/11/2020 13:42:32 27/11/2020 13:42:32 28/11/2020 13:42:32 29/11/2020 13:42:32 30/11/2020 13:42:32 01/12/2020 13:42:32 02/12/2020 13:42:32 03/12/2020 13:42:32 04/12/2020 13:42:32 05/12/2020 13:42:32 06/12/2020 13:42:32 07/12/2020 13:42:32 08/12/2020 13:42:32 09/12/2



Diagnóstico

Fx. Plató tibial.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Quelida Santana, 36 a	Alojamento	Ex +	Leito	Convênio
Data	30/11				
Prescrição Médica	1) Dieta Líquida 2) Dipirona 100, 3/3h. 3) 500ml de GGG.				
Evolução Médica	# 11º DILH. Ex. Exat. Plató tibial. Acidente. 24/11/20 exat. 24/11/20 24/11/20				
Horário	17/07/2020 13:42:32				

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
30.11.16	08:00	35	—	—	120/80		paciente consciente orientado sem queixa no momento aguarda por cirurgia	
30.11.16	20:00	35	—	—	120/80		paciente consciente orientado sem queixa no momento.	
01.12.16	20:00	35	—	—	120/80		paciente consciente orientado sem queixa no momento aguarda por cirurgia.	



OK
OK

Five Plants in India



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
05/12/16	8:00				120/80		paciente verbalizava di- namicamente estável resposta adequada medicamentos Condição prescrição mid-ra buc	
03/12/16	20:00				110/70		paciente verbalizava estável não houve queixa medicamentos Condição prescrição mid-ra buc	



Diagnóstico

Gr. platō tibial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Orlando Santos
----------	----------------

Alojamento	50%
------------	-----

Leito	5
-------	---

Convenio

Data	Prescrição Médica	Morfio	Evolução Médica
04/132	(1) Dieta livre. (2) Dipirona 50, 8/8h, 19 (3) SSIV + CCG		# 36º DTH * Pate hemodinamicamente estável. ESR Quiloxia: Nega Cx: Normal
ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32			



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
05/11	08h	80	14	130/80			Paciente orientado dieta deambula sem problemas 17/07/2020 13:42:32	
04/11	19h	78	18	120/80				



Diagnóstico

Ex. Plate hybrid

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Alojamento	Leito	Convênio
Claudia de Castro	07/12/16	D Dicha Rize D Bona V 9'30 h g B SSVI CCGE	et / V 18h g	Linha		1
		Evolução Médica	- 17° DIH EGG, glândula parotídea.			



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

- Ox phos + lipid

Num. 32706212 - Pág. 38

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Cecilia Santos
----------	----------------

Alojamento	£ x 7
------------	-------

Leito	0
-------	---

Convênio

[illegible]



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

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

Assinatura Anestesista



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

- Ex. Prob. 11.6

Paciente	Orlando Severo	Alcôjamento	6 x 1	Leito	21	Convênio	
----------	----------------	-------------	-------	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/12	ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32 ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32 ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32 ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32		ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32 ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

016

Fome, Vômito, Náusea, etc.

Paciente: Camilo de Silva Silva

Alcôjamento:

Leito:

K. 016

Convênio:

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

08/11/2019
Prescrição Médica12/11/2019
Prescrição Médica16/11/2019
Prescrição Médica17/11/2019
Prescrição Médica18/11/2019
Prescrição Médica19/11/2019
Prescrição Médica20/11/2019
Prescrição Médica21/11/2019
Prescrição Médica22/11/2019
Prescrição Médica23/11/2019
Prescrição Médica24/11/2019
Prescrição Médica25/11/2019
Prescrição Médica26/11/2019
Prescrição Médica27/11/2019
Prescrição Médica28/11/2019
Prescrição Médica

Fome, Vômito, Náusea, etc.

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Dr. João Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 203106/DF-PA

Dr. João Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 203106/DF-PA



Nome do Paciente <i>OSVALDO DA SILVA SANTOS</i>		Nº Prontuário <i>ASL-0403025/19</i>	
Data da Operação <i>08/12/16</i>	Enf. <i>NEURO/3000</i>	Leito <i>EXTA 1</i>	
Operador <i>Dr. CUPIMAN</i>	1º Auxiliar <i>THIAGO AUGUSTO</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL (E)</i>			
Tipo de Operação <i>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO NAAL ESTENDIDO</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>SIM</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NÃO</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras.
1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL + SÉLA OF
2. ANTISEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIL
3. INCISÃO EM FURTO ANTEROLATERAL DE PERNÁ ESTENDIDA
4. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA EM "L" DE 10
5. LAVAGEM COM SF0.91.
6. SUTURA
7. CURATIVO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Osvaldo do Silva Santos	Idade:	30
Convênio:	SUS	Data:	08/12/16
Procedimento:	TTO cirúrgico de plectomia tubal		
Cirurgião:	Dr. Edmar	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Roberto
Início:	02:45	Término:	08:45
		Anestesia:	Enqueto

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Condição
09:20	118 x 60	76	96	Angela Santana	+	confortável
10:25	127 x 68	71	98	Angela Santana	++	11

Medicamentos / Materiais	Quantidade
ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020	

Observações:
ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32 ASL-0403025/19 elisangela.santana 17/07/2020 13:42:32

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

400-109





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Dona de 75 anos		
Alojamento			
Leito			
Convênio	73		

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1) Pulsa 92 bpm 2) AOX 3) SPO₂ 94% em ar 4) T_{ax} 36,9°C 5) T_{ax} 36,9°C 6) T_{ax} 36,9°C 7) T_{ax} 36,9°C 8) T_{ax} 36,9°C 9) T_{ax} 36,9°C 10) T_{ax} 36,9°C 11) T_{ax} 36,9°C 12) T_{ax} 36,9°C 13) T_{ax} 36,9°C 14) T_{ax} 36,9°C 15) T_{ax} 36,9°C 16) T_{ax} 36,9°C 17) T_{ax} 36,9°C 18) T_{ax} 36,9°C 19) T_{ax} 36,9°C 20) T_{ax} 36,9°C 21) T_{ax} 36,9°C 22) T_{ax} 36,9°C 23) T_{ax} 36,9°C 24) T_{ax} 36,9°C 25) T_{ax} 36,9°C 26) T_{ax} 36,9°C 27) T_{ax} 36,9°C 28) T_{ax} 36,9°C 29) T_{ax} 36,9°C 30) T_{ax} 36,9°C 31) T_{ax} 36,9°C 32) T_{ax} 36,9°C 33) T_{ax} 36,9°C 34) T_{ax} 36,9°C 35) T_{ax} 36,9°C 36) T_{ax} 36,9°C 37) T_{ax} 36,9°C 38) T_{ax} 36,9°C 39) T_{ax} 36,9°C 40) T_{ax} 36,9°C 41) T_{ax} 36,9°C 42) T_{ax} 36,9°C 43) T_{ax} 36,9°C 44) T_{ax} 36,9°C 45) T_{ax} 36,9°C 46) T_{ax} 36,9°C 47) T_{ax} 36,9°C 48) T_{ax} 36,9°C 49) T_{ax} 36,9°C 50) T_{ax} 36,9°C 51) T_{ax} 36,9°C 52) T_{ax} 36,9°C 53) T_{ax} 36,9°C 54) T_{ax} 36,9°C 55) T_{ax} 36,9°C 56) T_{ax} 36,9°C 57) T_{ax} 36,9°C 58) T_{ax} 36,9°C 59) T_{ax} 36,9°C 60) T_{ax} 36,9°C 61) T_{ax} 36,9°C 62) T_{ax} 36,9°C 63) T_{ax} 36,9°C 64) T_{ax} 36,9°C 65) T_{ax} 36,9°C 66) T_{ax} 36,9°C 67) T_{ax} 36,9°C 68) T_{ax} 36,9°C 69) T_{ax} 36,9°C 70) T_{ax} 36,9°C 71) T_{ax} 36,9°C 72) T_{ax} 36,9°C 73) T_{ax} 36,9°C 74) T_{ax} 36,9°C 75) T_{ax} 36,9°C 76) T_{ax} 36,9°C 77) T_{ax} 36,9°C 78) T_{ax} 36,9°C 79) T_{ax} 36,9°C 80) T_{ax} 36,9°C 81) T_{ax} 36,9°C 82) T_{ax} 36,9°C 83) T_{ax} 36,9°C 84) T_{ax} 36,9°C 85) T_{ax} 36,9°C 86) T_{ax} 36,9°C 87) T_{ax} 36,9°C 88) T_{ax} 36,9°C 89) T_{ax} 36,9°C 90) T_{ax} 36,9°C 91) T_{ax} 36,9°C 92) T_{ax} 36,9°C 93) T_{ax} 36,9°C 94) T_{ax} 36,9°C 95) T_{ax} 36,9°C 96) T_{ax} 36,9°C 97) T_{ax} 36,9°C 98) T_{ax} 36,9°C 99) T_{ax} 36,9°C 100) T_{ax} 36,9°C		1) Pulsa 92 bpm 2) AOX 3) SPO₂ 94% em ar 4) T_{ax} 36,9°C 5) T_{ax} 36,9°C 6) T_{ax} 36,9°C 7) T_{ax} 36,9°C 8) T_{ax} 36,9°C 9) T_{ax} 36,9°C 10) T_{ax} 36,9°C 11) T_{ax} 36,9°C 12) T_{ax} 36,9°C 13) T_{ax} 36,9°C 14) T_{ax} 36,9°C 15) T_{ax} 36,9°C 16) T_{ax} 36,9°C 17) T_{ax} 36,9°C 18) T_{ax} 36,9°C 19) T_{ax} 36,9°C 20) T_{ax} 36,9°C 21) T_{ax} 36,9°C 22) T_{ax} 36,9°C 23) T_{ax} 36,9°C 24) T_{ax} 36,9°C 25) T_{ax} 36,9°C 26) T_{ax} 36,9°C 27) T_{ax} 36,9°C 28) T_{ax} 36,9°C 29) T_{ax} 36,9°C 30) T_{ax} 36,9°C 31) T_{ax} 36,9°C 32) T_{ax} 36,9°C 33) T_{ax} 36,9°C 34) T_{ax} 36,9°C 35) T_{ax} 36,9°C 36) T_{ax} 36,9°C 37) T_{ax} 36,9°C 38) T_{ax} 36,9°C 39) T_{ax} 36,9°C 40) T_{ax} 36,9°C 41) T_{ax} 36,9°C 42) T_{ax} 36,9°C 43) T_{ax} 36,9°C 44) T_{ax} 36,9°C 45) T_{ax} 36,9°C 46) T_{ax} 36,9°C 47) T_{ax} 36,9°C 48) T_{ax} 36,9°C 49) T_{ax} 36,9°C 50) T_{ax} 36,9°C 51) T_{ax} 36,9°C 52) T_{ax} 36,9°C 53) T_{ax} 36,9°C 54) T_{ax} 36,9°C 55) T_{ax} 36,9°C 56) T_{ax} 36,9°C 57) T_{ax} 36,9°C 58) T_{ax} 36,9°C 59) T_{ax} 36,9°C 60) T_{ax} 36,9°C 61) T_{ax} 36,9°C 62) T_{ax} 36,9°C 63) T_{ax} 36,9°C 64) T_{ax} 36,9°C 65) T_{ax} 36,9°C 66) T_{ax} 36,9°C 67) T_{ax} 36,9°C 68) T_{ax} 36,9°C 69) T_{ax} 36,9°C 70) T_{ax} 36,9°C 71) T_{ax</}





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Oswaldo Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO:

13 / 08 / 17

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

DMC / Joints (e)

PROCEDIMENTO:

093 - Cultura microbiológica

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Erickson + Dr. Hallisson

MOD. 120



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Oswaldo da Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO:

13 / 08 / 2020

Nº PRONTUÁRIO:

1350440

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

Gr. 7.º grau final

PROCEDIMENTO:

Exatidão cirúrgica

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Edilson

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 0892

MOD. 120



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Oswaldo da Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO:

25 / 05 / 17

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

DMC

PROCEDIMENTO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Oswaldo Silva

Fz 7199 (E)

Fisioterapia

4011

MOD. 001

19/07/20

Data

Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Oswaldo Silva

Serum

Enxofre

Henrique Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RJ 101216

MOD. 001

Data

Médico





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESF R MARIA AUGUSTA LAMARCA
AV. MONSENHOR RUI BARREIRA VIEIRA, 52
LAGOA DO MATO - REMÍGIO - PB

Declaração Médica

Declaro para devidos fins,
que o Sr. Osvaldo da Silva
Santos, 30 anos. É portador
de Diabetes Mellitus, Tipo II.
CID 10: E11.
Em uso de Hipoglicemiantes
orais.

Atenciosamente,


Dr. Leilson E. Rodrigues
MÉDICO
CRM / PB 10.986

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA:

08/11/2018

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMIGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA V. ANILZA MOREIRA
RUA ANTONIO CLEMENTINO, 179
PR. CICERO - REMIGIO - PB

Ata do

Ata para o dia de
fina que o Sr. Osvaldo de

S. da Silva, 30 anos

gostou de tomar um

no face e a seguinte

foto como, que tem

O mesmo, tem a seguinte

de mais, o mesmo tem

me de aflição. Hoje

O paciente deve permanecer

em casa, com os pais

Remigio - 12/07/19

Maricleide Elias B. de Oliveira

MÉDICA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA:

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA MARIA AUGUSTA LAMARCA
AV. MONSENHOR RUI BARREIRA VIEIRA, 52
LAGOA DO MATO - REMÍGIO - PB

Demonstração Médica

Doença para devida fim,
que o Sr. Osvaldo da Silva
Santos, 30 anos, é portador
de Diabetes Mellitus, Tipo II.
CID 10: E11.

Em uso de Hipoglicemizantes
orais.

Atenciosamente,


Dr. Leilson B. Rodrigues
MÉDICO
CRM / PB 10.966

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 08/11/2018

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Oswaldo da Silva
Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 1186.6 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 02 / 09 / 17 A 25 / 09 / 17 NECESSITANDO DE
20 (vinte) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523
Campina Grande 25 / 09 / 17 Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Oswaldo Silva
Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 11341 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 17 / 03 / 17 A 25 / 03 / 17 NECESSITANDO DE
30 (trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 25 / 03 / 17 Dr. Vinny de Paiva Câmara
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-057

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

NAO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.250.954 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/08/2017

NOME OSVALDO DA SILVA SANTOS

FELIAÇÃO MARIZO PEQUENO DOS SANTOS
MARIA DAS DORES DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE AREIA-PB DATA DE NASCIMENTO 20/09/1988

DOC ORIGEM NASC.N.19037 FLS.23325 LIV.A01
CARTORIO AREIA-PB

CPF 093.176.574-94

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Mecanot A. B. Lacer Jr.

Ministério da Fazenda
Receita Federal
CPF

CPF 093.176.574-94
OSVALDO DA SILVA SANTOS
20.09.1988

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

Ministério da Caixa
CAIXA

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:44:26



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00989065497 20140300005731-4 2014

EMERSON DA SILVA GOMES

00989065497 MNS7896/PB

NOVO PB 9C/KC0810/R1812/3

GRACIELA

HONDA/CG 150 TITAN K3

2007 2007

VERMELHA

2 P/144 /CI PARTIC

IPVA PAGO EM 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

REMITIO-PB 14303

02/01/2014

31054-0810549-20140702

PB Nº 010730198798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

1 00989065497 MNS7896/PB

00927246740 HONDA/CG 150 TITAN K3

2007 9 9C/KC0810/R1812/3

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

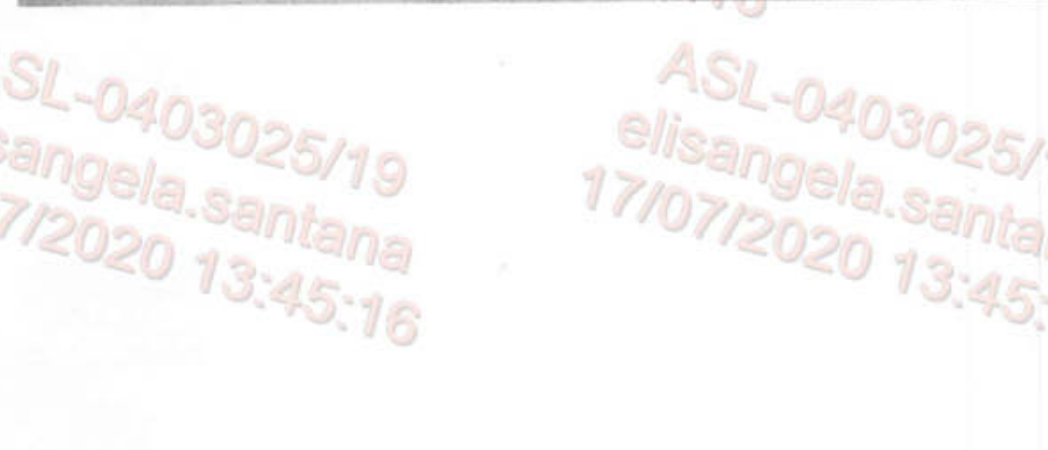
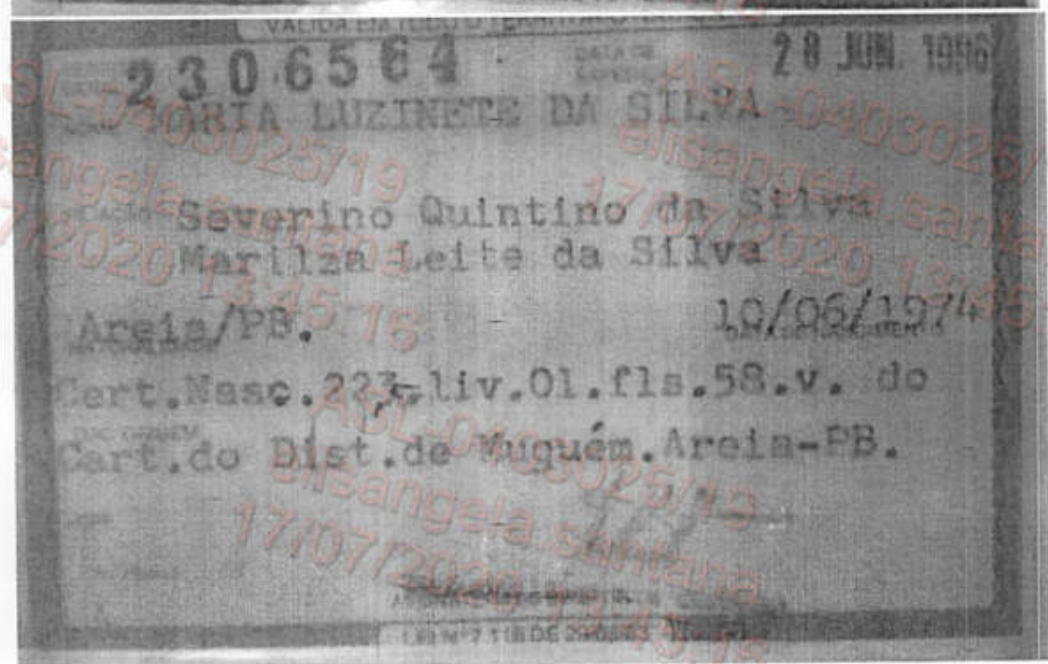
SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014

SEGURO P A G O 20/06/2014





ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 23933 DATA DE EXPEDIÇÃO 29.09.1975

NOME MARIA DA PENHA GOMES DO NASCIMENTO

ALIAS GOMES do Nascimento

Patrono GOMES do Nascimento

NATURALIDADE Aracá-BA DATA DE NASCIMENTO 29.09.1975

DO ORDEM 28.V, LIV.

ASSINATURA DO DIRETOR

16 DE 29/09/75

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR Maria da Penha Gomes do Nascimento

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA GÊNICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

17





ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19
elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOSE GOMES DO NASCIMENTO NETO

DOC. IDENTIDADE / CNH: 3562463 SSP

CPF: 090.669.764-62 DATA NASCIMENTO: 05/07/1989

PRACAO: EDSON GOMES DO NASCIMENTO
PALMIRA NUNES DO NASCIMENTO

PERMISSAO: ACC: CAENAS: 2,35

Nº REGISTRO: 04689528564 VALIDADE: 08/08/2024 1ª HABILITAÇÃO: 23/12/2009

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: José Gomes do Nascimento Neto

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 09/08/2019

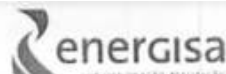
Assinatura do Emissor: 51944616848
PB039381951

PARAIBA
DENARAN CONTRAN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1838510044



BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 032.620.377

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO FERREIRA NUNES
SIT TITARA S/N
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1526389-0

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

15/10/2019

CONSUMO

30

VENCIMENTO

22/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,22

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 07469.614171 8 80500000007122

Pagador: FRANCISCO FERREIRA NUNES CNPJ/CPF: 019.175.944-96

SIT TITARA S/N - AREA RURAL - REMIGIO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007469614	001526389201910	22/10/2019	R\$ 71,22	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-690

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



ASL-0403025/19

elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19

elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19

elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19

elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

ASL-0403025/19

elisangela.santana
17/07/2020 13:45:16

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 10:27:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810273354200000031322320

Número do documento: 20072810273354200000031322320