



Número: **0835291-36.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **23/12/2020**

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 |
|---|---|
| NIXON DA COSTA BORBOREMA (AUTOR) | INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|----------------------------|
| 38098 324 | 23/12/2020 09:56 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 38098 334 | 23/12/2020 09:56 | PETIÇÃO INICIAL | Outros Documentos |
| 38098 333 | 23/12/2020 09:56 | PROCURAÇÃO | Procuração |
| 38098 332 | 23/12/2020 09:56 | DOC. PESSOAL E COMP. DE RESIDÊNCIA | Documento de Identificação |
| 38098 331 | 23/12/2020 09:56 | SAMU, BO E COMP. DE PAG. ADMINISTRATIVO | Outros Documentos |
| 38098 330 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 1 | Outros Documentos |
| 38098 328 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 2 | Outros Documentos |
| 38098 327 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 3 | Outros Documentos |
| 38098 326 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 4 | Outros Documentos |
| 38098 325 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 5 | Outros Documentos |
| 38211 538 | 07/01/2021 18:43 | Despacho | Despacho |
| 38231 372 | 07/01/2021 22:26 | Carta | Carta |

Petição Inicial em anexo.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562700700000036337000>
Número do documento: 20122309562700700000036337000

Num. 38098324 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CIVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.**

NIXON DA COSTA BORBOREMA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do CPF de nº 022.999.164-58, residente e domiciliado na Rua Arrojado Lisboa, nº 600 no bairro: Monte Santo na cidade de Campina Grande/PB por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex.^a, propor o presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIACÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015.**

DOS FATOS E DOS DIREITOS

No dia **05/02/2020**, foi vítima de um acidente automobilístico pilotando uma motocicleta HONDA 160, de placa QFO 5687/PB, licenciada em seu nome, quando trafegava em uma rua no bairro da Prata e colidiu na parte traseira de um veículo maior e com o impacto a vítima veio ao solo e sofrer lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como o como **FRATURA DOS OSSOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRUGIA DE OSTEOPROTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem duvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 1.687,00 (MIL SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 -B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com





Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em anexo, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562760600000036337010>
Número do documento: 20122309562760600000036337010

Num. 38098334 - Pág. 3

03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível N° 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

D O R E Q U E R I M E N T O:

Pelo Exposto, requer a V.Exa., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ R\$ 11.812,50 (ONZE MIL E OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha inicio a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;





04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

08– Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuitade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ R\$ 11.812,50 (ONZE MIL E OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 23 de Dezembro de 2020.

**INACIO BRUNO SARMENTO
- Advogado - OAB/PB 21.472**

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB, CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562760600000036337010>
Número do documento: 20122309562760600000036337010

Num. 38098334 - Pág. 5

QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: _____.

- 1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/_____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.
- 2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.

- 3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

_____.

- 4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

_____.

- 5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

_____.

Sem mais, em ____/____/_____.

(Assinatura – carimbo – CRM)



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Nixon da Costa Bonfim, brasileiro (a),
nascido em 01/01/1970, desempregado, portador da Cédula de Identidade nº:
1362363, inscrito no CPF nº: 022 1999 164 158, residente e domiciliado
na Rua Sargento Marmos Finoiro, Nº 600, Bairro, Bela Vista,
na Cidade de Campina Grande/PB.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: Dinamarca Alves Correia,
1020, loja 02, Dinamérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-
5048/98769-2274, E-mail inaciobrunoadv@gmail.com.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do
Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta
Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante,
defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar,
desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar
compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a
presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os
atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme
e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo
Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de
04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária
advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%,
calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

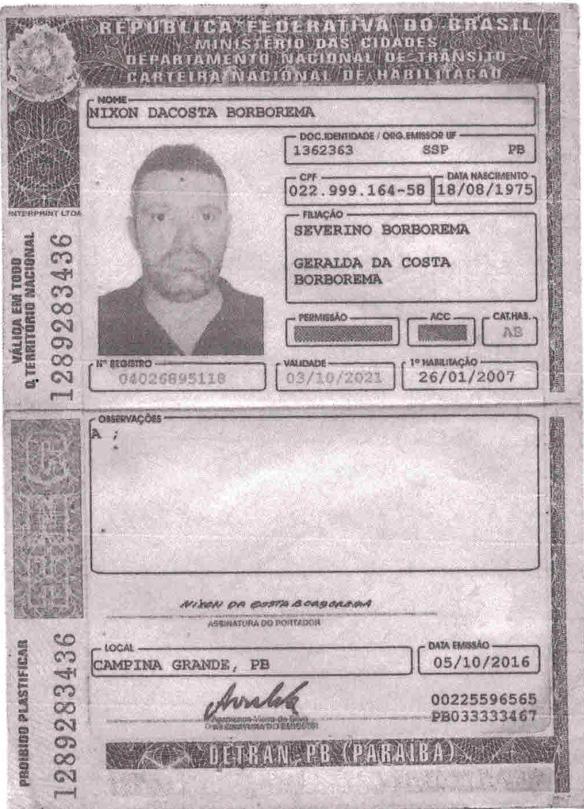
A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei nº 1.060/50, declara que é pobre
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem
comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 24 de novembro de 2020.

NIXON DA COSTA BONFIM BONFIM
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº1020, loja 02,
Dinamérica, Campina Grande - PB. CEP: 58400-000.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com





Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562804700000036337008>
Número do documento: 20122309562804700000036337008

Num. 38098332 - Pág. 1



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cimre, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

| | |
|--|--|
| PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO | |
| MATRÍCULA | |
| 11356480 | |
| REFERÊNCIA | |

SET/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERAL DA DA COSTA
RUA SRG BARMES FERREIRA, 600 - BELA VISTA CAMPINA
GRANDE PB 58428- 870

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | | Responsável |
|----------------------|--------------------|-------------------------|---------------|-----------------|-------------|
| | | Residencial | Comercial | Industrial | Público |
| 018.009 190.0111.000 | 000 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | |
| Y13N70248 | 25/09/2013 | EXTERNO | LIGADO | LIGADO | |

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) + NÚM DE DIAS + PRÓXIMA LEITURA
 183 186 3 32 07/10/2020
 HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
 AGO/2020 2 TURBIDEZ 178 179 177
 JUL/2020 1 CLORO 178 179 175
 JUN/2020 3 PH 0 0 0
 MAI/2020 2 COR 55 179 158
 ABR/2020 3 COL.TOTAIS 178 179 175
 MAR/2020 1
 MÉDIA(m³) 2
 DADOS REFERENTES A: JUL/2020

DATA DA IMPRESSÃO: 08/09/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 12:25:44
CONSUMO TOTAL(R\$)

| DESCRICAÇÃO | | |
|---|------------------|-------|
| ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA | 3 m ³ | 37,91 |
| ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO | 3 m ³ | 30,33 |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS.LEI 12.741/12
VENCIMENTO: 19/09/2020 Total a Pagar: R\$ 68,24





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

| | | |
|--|------------------------|--------------------------|
| DATA: 5/2/2020 | HORA: 14:37 HRS | ID Nº: 2002050095 |
| NOME: NIXON DA COSTA BORBOREMA | | |
| QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO | | |
| LOCAL: RUA MONTEVIDÉU - PRATA | | |
| COMPLEMENTO: | | |
| CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB | | |
| DADOS DA REMOÇÃO | | |
| Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma | | |
| | | |

Campina Grande, 24 de agosto de 2020.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562822500000036337007>
Número do documento: 20122309562822500000036337007

Num. 38098331 - Pág. 1



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

| | | |
|---|--|--|
| Nº BOAT 034- 2020 | Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA | Posto/Graduação: 3º SGT PM |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA MONTEVIDEU/ RUA CAPITÃO JOÃO ALVES DE LIRA | Hora 14:25 | Bairro PRATA |
| Data/Ocorrência 05/02/2020 | C/S Vítima (QT) COM (01) | Natureza do Acidente COLISÃO TRASEIRA |
| | | Tipo de Pavimento ASFALTO |

| | |
|--|--|
| Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL | Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO VERTICAL E HORIZONTAL |
|--|--|

CONDUTOR 01

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA | Sexo MASCULINO | Nascimento 18/08/1975 | RG 1362363 | CPF 022999164-58 |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------|---------------------|

| | |
|--|---|
| Endereço: RUA ARROJADO LISBOA Nº 600, BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB | Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA |
|--|---|

| | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------------------|----------|--------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|
| 1ª Habilitação 26/01/2007 | Categoria AB | Registro CNH 04026895118 | UF PB | Ex.Méd./Dia SIM | Data Vencimento 03/10/2021 | Usava Cinto SIM | Usava Capacete SIM |
|------------------------------|-----------------|-----------------------------|----------|--------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|

| | |
|--|---|
| Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO - SOCORRIDO | Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA |
|--|---|

VEÍCULO 01

| | | | | | |
|---------------------------|------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------------|----------|
| Marca/Modelo HONDA 160 | Especie MOTOCICLETA | Placa QFO-5687 | Categoria PARTICULAR | Município CAMPINA GRANDE | UF PB |
|---------------------------|------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------------|----------|

| | |
|---|---|
| Nome do Proprietário: NIXON DA COSTA BORBOREMA | Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA |
|---|---|

| | | | |
|---------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Seguradora DPVAT | Bilhete Nº 015456514650 | Renavam 0109276555-4 | Data da Emissão 18/11/2019 |
|---------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|

| | |
|---|--|
| Avarias: CARENAGEM DO PAINEL, GUIDÃO, 01 RETROVISOR, 02 PISTAS DIANTEIRO, MATA-CACHORRO, 02 ESTRIBOS, PEDAL DE MARCHA, BAGAGEIRO, 01 PISCA TRASEIRA. | Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL |
|---|--|

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Não foi possível a oitiva do condutor haja vista o mesmo se encontrar sob cuidados médicos.

CONDUTOR 02

| | | | | |
|----------------------------------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| Nome: RUTH FERNANDES DE SOUZA | Sexo FEMININO | Nascimento 07/02/1954 | RG 1906816 | CPF 250730874-53 |
|----------------------------------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|

| | |
|---|--|
| Endereço: RUA ALZIRA FIGUEIREDO, Nº 334, CATOLÉ, CAMPINA GRANDE/PB | Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL |
|---|--|

| | | | | | | | |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|----------|--------------------|-------------------------------|--------------------|----------------|
| 1ª Habilitação 31/01/1990 | Categoria B | Registro CNH 02761951931 | UF PB | Ex.Méd./Dia SIM | Data Vencimento 25/02/2022 | Usava Cinto SIM | Usava Capacete |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|----------|--------------------|-------------------------------|--------------------|----------------|

| | |
|---|--|
| Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 05671, Nº DO TESTE 01277, RESULTADO 0,00MG/L | Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL |
|---|--|

VEÍCULO 02

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|----------|
| Marca/Modelo TOYOTA ETIOS | Especie AUTOMÓVEL | Placa QFQ-1135 | Categoria PARTICULAR | Município CABEDELO | UF PB |
|------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|----------|

| | |
|--|--|
| Nome do Proprietário: RUTH FERNANDES DE SOUZA | Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL |
|--|--|

| | | | |
|---------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Seguradora DPVAT | Bilhete Nº 013814218883 | Renavam 01088669473 | Data da Emissão 03/04/2018 |
|---------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|

| | |
|--|--|
| Avarias: PNEU DIREITA TRASEIRA, PARA-LAMA DIREITO TRASEIRO, PARA-CHOQUE TRASEIRO, LANTERNA DIREITA TRASEIRA | Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL |
|--|--|

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Declarou que vinha transitando pela via "B", no sentido bela Vista/Prata, ao se aproximar do cruzamento entre as vias, a mesma reduziu para entrar à esquerda, sentiu a pancada na traseira do seu veículo.



VITIMA 01

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA | Sexo MASCULINO | Nascimento 18/08/1975 |
| Endereço: RUA ARROJADO LISBOA N° 600, BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB | | |
| Viajava no Veiculo N° V1 | Usava Cinto | Usava Capacete SIM |
| Condição da Vítima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre | Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA | |

CONSTATADO

De acordo com levantamento realizado no local do acidente, vistoria na via e avarias, ficou constatado que o V1(motocicleta Honda) e V2 (automóvel Toyota Etios) transitavam pela via "B"(rua Monte Videl), no sentido bairro da Bela Vista/ Centenário e ao chegarem no cruzamento com a rua Cap. João Alves de Lira houve a colisão traseira.

Observações:

- 1 - As vias são de boas condições, e está bem sinalizada;
- 2 - O Sentido de circulação da via "A" é feita em mão dupla;
- 3 - O Fluxo de veículo da via "B" é feita em sentido único;
- 4 - A Condutora do V2 retirou o veículo do local de repouso;
- 5 - O V2 estava com o licenciamento em atraso, desta forma feita a notificação pelo artigo 230-V do CTB;
- 6 - O V1 foi entregue ao senhor Gabriel Jesuino de Almeida, portador do CPF 016.247.034-70, amigo do condutor.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 20 de março de 2020.


Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562822500000036337007>

Número do documento: 20122309562822500000036337007

Num. 38098331 - Pág. 3



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

AMARRAÇÕES

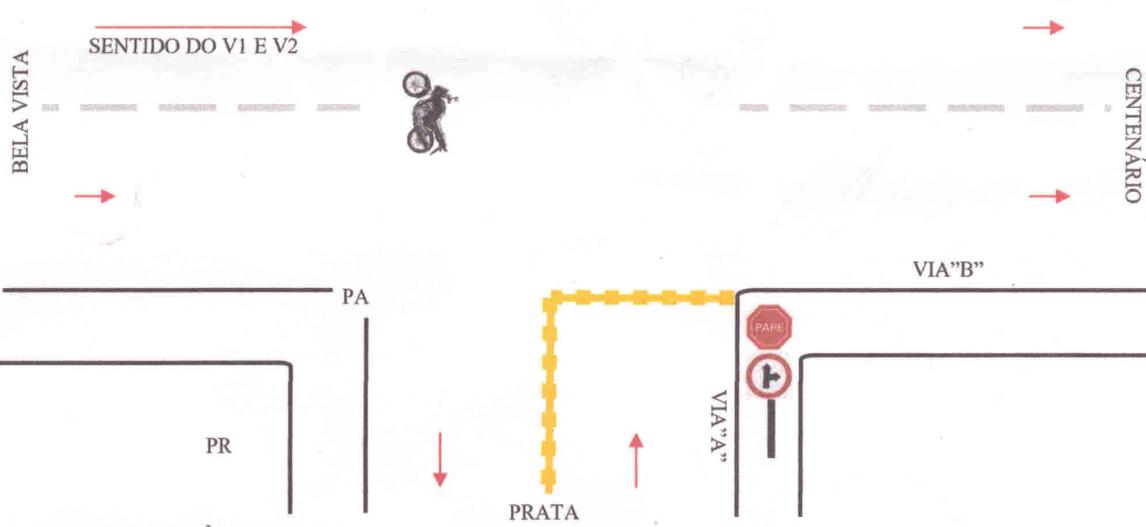
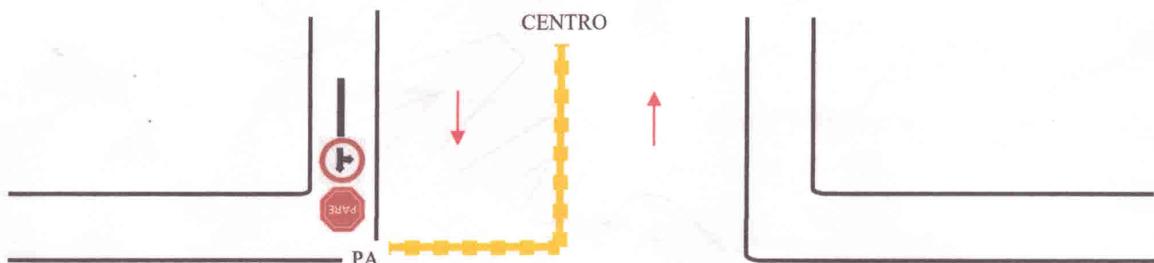
VIA "A" - Rua Montevidéu - 10,00 metros

VIA "B" - Rua João Alves de Lima - 10,00 metros

PR (Ponto de Referência): Residencial São Patrício
PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro 07,70 e Eixo Traseiro 07,50 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do Local de repouso.



(DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA)

A VARIAS



V1

SGT PM Joaquim Alves de Almeida
Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562822500000036337007>

Número do documento: 20122309562822500000036337007

Num. 38098331 - Pág. 4



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT N° 034/2020

DANOS NO V1

| Marca/Modelo: | Placa: | Responsável pelo Preenchimento: | Data: |
|---------------|-------------|---------------------------------|------------|
| HONDA 160 | QFO-5687/PB | SGT ALMEIDA | 05/02/2020 |

MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMELHADOS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item | Nome da Peça | Avaliação | | | Nome da Peça | Avaliação | | |
|------|--------------------------------------|-----------|-----|----|------------------------|---------------------------|-----|----|
| | | Sim | Não | NA | | Sim | Não | NA |
| 01 | Garfo dianteiro | X | | | 05 | Chassi | X | |
| 02 | Mesa superior da suspensão dianteira | X | | | 06 | Garfo traseiro | X | |
| 03 | Mesa inferior da suspensão dianteira | X | | | 07 | Eixo traseiro (triciclos) | | |
| 04 | Coluna de direção | X | | | Total Geral (Sim + NA) | | 00 | |

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

| | |
|---|-------------------------|
| Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 | ->DANO DE PEQUENA MONTA |
| Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 | ->DANO DE MÉDIA MONTA |
| Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 | ->DANO DE GRANDE MONTA |

DANOS NO V2

| Marca/Modelo: | Placa: | Responsável pelo Preenchimento: | Data: |
|---------------|-------------|---------------------------------|------------|
| TOYOTA ETIOS | QFQ-1135/PB | SGT ALMEIDA | 05/02/2020 |

AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item | Nome da Peça | Avaliação | | | Nome da Peça | Avaliação | | |
|------|--|-----------|-----|----|------------------------|---------------------------------------|-----|----|
| | | Sim | Não | NA | | Sim | Não | NA |
| 01 | Painel corta-fogo | X | | | 12 | Longarina traseira esquerda | X | |
| 02 | Longarina dianteira esquerda | X | | | 13 | Assoalho porta malas ou caçamba | X | |
| 03 | Caixa de roda dianteira esquerda | X | | | 14 | Longarina traseira direita | X | |
| 04 | Estrutura da soleira esquerda | X | | | 15 | Caixa de roda traseira direita | X | |
| 05 | Air Bags frontais | X | | | 16 | Estrutura da coluna traseira direita | X | |
| 06 | Air Bags laterais | X | | | 17 | Estrutura da soleira direita | X | |
| 07 | Estrutura da coluna dianteira esquerda | X | | | 18 | Estrutura da coluna central direita | X | |
| 08 | Estrutura da coluna central esquerda | X | | | 19 | Estrutura da coluna dianteira direita | X | |
| 09 | Estrutura da coluna traseira esquerda | X | | | 20 | Assoalho central direito | X | |
| 10 | Caixa de roda traseira esquerda | X | | | 21 | Caixa de roda dianteira direita | X | |
| 11 | Assoalho central esquerdo | X | | | 22 | Longarina dianteira direita | X | |
| | | | | | Total Geral (Sim + NA) | 00 | | |

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

| | |
|---|-------------------------|
| Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 | ->DANO DE PEQUENA MONTA |
| Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 | ->DANO DE MÉDIA MONTA |
| Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6 | ->DANO DE GRANDE MONTA |

Campina Grande - PB, 20 de março de 2020.

Responsável pelo Levantamento





ABAJAÍA POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

FOTOS DO V1



3º SGT PM JOSIMARDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento





ASSAÍA POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

FOTOS DO V2

FOTO (01) FRENTE , NÃO FOI
POSSIVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (02) TRASEIRA , NÃO FOI
POSSIVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (03) LADO ESQUERDO,
NÃO FOI POSSIVEL POR
MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (04) LADO DIREITO,
NÃO FOI POSSIVEL POR
MOTIVOS TÉCNICOS.

3º SGT PM JOSIVALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento



SINISTRO 3200430986 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NIXON DA COSTA BORBOREMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO NIXON DA COSTA BORBOREMA

CPF/CNPJ: 02299916458

Posição em 23-12-2020 09:35:02

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 21/12/2020 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |



05/02/2020



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) N°:209995 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mâltivias, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Data: 05/02/2020

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Atendente: acolhimento

PACIENTE: NIXON DA COSTA CEP:58400002 Nascimento:18/08/1975

BORBOREMA

Endereço: ARROJADO BARBOSA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe:

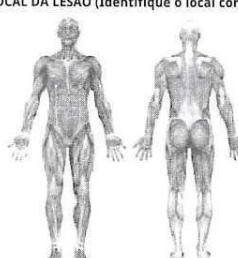
Responsável:

Estado Civil:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coríntico
15. F. Cortante
16. F. Corte-cortado
17. F. Perfuro-cortado
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Paresthesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Nenhum na moto / Frat Tisu no

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Elmerque

Paciente Sair de moto no moto e caiu na
Cintura e ranha tira, m2 = Frat Tisu

DT = nenhuma na perna ESE.

ALERGIA: M2 na Cintura

MEDICAMENTOS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 0797-22-1 às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|-------------------|
| 1 | Dijuv 1/100. | 15:45 |
| 2 | n/a | |
| 3 | | |
| 4 | Tume 20g | |
| 5 | n/a | |
| 6 | | |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*RAIO X
REALIZADO EM
06/02/2020*
Dr. Ronaldo Gadelha
CRM: 4739
Cirurgia Geral

*TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
06/02/2020*



05/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

- Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / A revelia
 Internação (setor) _____ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

Adriano Bruno Sartori
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

| CÓDIGO/PROCEDIMENTO | CBO | IDADE |
|---------------------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |



05/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/02/2020
Data: 05/02/2020

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 05/02/2020 HORA : 15:35:03

ESTECHEVARE. CIRKUSIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MÓ

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTC

卷之三

SINAIS VÍTAIS

卷之三

DEF. MOTORA ()SIM ()NAO

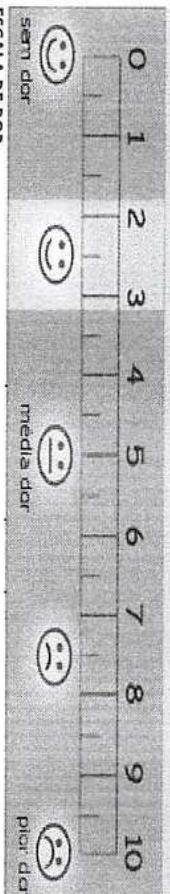
ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÓMITO () DIARREIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escalation of violence in Darfur



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=20999995&dataatend=2020-02-05&horaatend=15:35:03



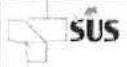
Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28

<http://pie.tipb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562851700000036337006>

Número do documento: 20122309562851700000036337006

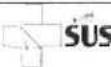
Núm. 38098330 - Pág. 3

Data da internação: 05/02/2020 Hora: 16:13:09

| | | | |
|---|---|--|--|
|  Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| 6-2 | | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES 2362856 | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES 2362856 | | | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE NIXON DA COSTA BORBOREMA 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2100019 | | | |
| 7 - CARTÃO DO SUS 704661646958421 | | 8 - DATA DE NASCIMENTO 18/08/1975 | 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO) ARROJADO BARBOSA , 600 , MONTE SANTO | | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande | | 14 - CÓD. IBGE 250400 | 15 - UF PB 16 - CEP 58400002 |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTA DOR + LIMITACAO DE MOVIMENTO EM MMII E. | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AO EXAME: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) SEMILOGIA + EXAME FISICO + RADIOLOGIA | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA | |
| 26 - CLÍNICA 15 | 27 - CARATER DA INTENÇÃO | 28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | 29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 704304514628896 |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRISPIM, FABIO MARCOS LIMA / 05/02/2020 |
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR | | | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR | | () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| 45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | 46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR / / | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) / / | |



Data da internação: 05/02/2020 Hora: 16:13:09

| | | | | | |
|---|------------------------|---|--|---|--|
|  | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | | 2 - CNES 2362856 | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | | 4 - CNES 2362856 | | |
| Identificação do Paciente | | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE NIXON DA COSTA BORBOREMA | | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO 2100019 | | |
| 7 - CARTÃO DO SUS 704661646958421 | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO 18/08/1975 | | |
| 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> | | | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL DDI 83 | | |
| 11 - TELEFONE DE CONTATO 83 | | | 12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) ARROJADO BARBOSA , 600 , MONTE SANTO | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande | | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250400 | 15 - UF PB | 16 - CEP 58400002 |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTA DOR + LIMITACAO DE MOVIMENTO EM MMII E. | | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AO EXAME: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E | | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) SEMIOLOGIA + EXAME FISICO + RADIOLOGIA | | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E | | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - OUTRAS ASSOCIADAS |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | | | |
| 26 - CLÍNICA INT 05 | | 27 - CARATER DA INTENÇÃO INT 05 | 28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF) | 29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 704304514628896 | 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA |
| 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05/02/2020 | | | | | |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Fábio Crispim ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 05 FEV 2020 CRMPE PB 9561 CRISPIM LIMA 173 TEOT: | | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | | | |
| 33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 36 - CNPJ DA SEGUROADORA | | | 37 - N° DO BILHETE |
| 34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | 39 - CNPJ EMPRESA | | | 40 - CNAE DA EMPRESA |
| 35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | | 41 - CBOR |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR | | 43 - AUTÔNOMO | | 44 - DESEMPREGADO | |
| | | | | 45 - APOSENTADO | |
| | | | | 46 - NÃO SEGURADO | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR | | |
| 45 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF) | | | 46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / | | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | |
| 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | | | |



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020 Data da Alta: 21/02/2020

Registro: 2100019

Tempo de Permanência: -18298

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data: 21/02/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA +
ORIENTAÇÕES

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/02/2020


Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL : Wagner de Melo Falcao





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/02/2020

Horas: 08:36:39

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 16

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 21/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 7 | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA:21/02/2020 HORA:08:27:52

ORTOPEDIA

2º DPO

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR :2/4 +

NV: PRESERVADO

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD:

ATB + XARELTO 10MG/DIA + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

ASSINATURA + CARMBO
Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner Fal
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 864





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: **NIXON DA COSTA BORBOREMA** Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 14

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DJA 19/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araújo /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|---|
| 1 | DIETA LIVRE | <i>et</i> |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | <i>D 6</i> <i>12 18 22 6</i> <i>proprio</i> <i>alergia</i> |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | <i>65</i> |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | <i>65</i> |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | <i>et</i> <i>04-10</i> |
| 7 | PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h | <i>18</i> <i>6</i> |
| 8 | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | <i>6</i> |
| 9 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | <i>et</i> |
| 10 | CURATIVOS | <i>et</i> |
| 11 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | <i>et</i> |

EVOLUÇÃO

DATA:19/02/2020

PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: RX DE CONTROLE DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araújo





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 20/02/2020
Horas: 06:41:26
Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 15

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA *(an)* *(an)*

DIA 20/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|--|
| 1 | DIETA LIVRE | <i>(an)</i> |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | <i>(18)</i> |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | <i>(12)</i> <i>(18)</i> <i>(24)</i> <i>(6)</i> |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | <i>(06)</i> |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | <i>(22)</i> |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | <i>(18)</i> |
| 7 | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | <i>(06)</i> |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 20/02/2020 HORA: 06:40:53

ORTOPEDIA

1 DPO

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR :2/4 +

NV: PRESERVADO

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD:

VPM

RETIRAR DRENO

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Handwritten signature of Hallisson Barros de Almeida, with the text:
Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9552



8:30h PA: 140/80 mmHg

P: 79 bpm

T: 37.2°C
RA





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 18/02/2020
Horas: 06:40:24
Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 13

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 18/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

an

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|---|
| 1 | DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h) | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 1D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | <i>X6</i> <i>(2)</i> <i>16</i> <i>24</i> <i>06</i> |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor | <i>S/N</i> |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | <i>06</i> |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | <i>(Suspens)</i> <i>02</i> |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 8 | PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h | <i>X6</i> <i>06</i> |
| 9 | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | <i>06</i> |
| 10 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 11 | CURATIVOS | |
| 12 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

Evolução

DATA: 18/02/2020 HORA: 06:39:31

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR : 2/4 +

NV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAMAUTOGIA
CRM - PB 9562



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562851700000036337006>
Número do documento: 20122309562851700000036337006

Num. 38098330 - Pág. 11

18
02
20 PA: 154
85 P. 69 + 36.0°
M. frame





an

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 12

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 17/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|------------------------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18/02/2020 (2) dia 11/02/2020 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | (12) 18/02/2020 (2) dia 11/02/2020 |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor | SIN |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | OK (2) dia 11/02/2020 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | SIN |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

Evolução

DATA: 17/02/2020 HORA: 07:22:57

Dr. Nixon Falcao Cr 100 - 025
VO ODXD.P.

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

13º DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

CD: AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Faleão

Dr. Nixon Falcao
Ortopedia/traumatologia
CRM-PB 7102

Dr. Wagner Faleão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 17/02/2020
Horas da Impressão: 13:16:35
Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

AN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 17/02/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|---------------------|
| 1 | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD, | <i>[Assinatura]</i> |
| 2 | PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h | <i>[Assinatura]</i> |

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 16/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

OK
OK

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|--------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 15 18 24 06 |
| 3 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h | 18 06 |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | (06) |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | (Feito Reserva) 22 |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 7 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 8 | CURATIVOS | |
| 9 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 16/02/2020 HORA: 10:32:21

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

12 DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

REMÓVIDO FIXADOR EXTERNO; INTRODUZIDO TALA COXOPODALICA *1. Solicitação fez parte*

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
MEDICO
CRM-PB 9907





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 15/02/2020
Horas: 09:13:41
Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 10

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

04/02/2020
04/02/2020

DIA 15/02/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | |
| | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h | |
| 3 | Reconstituir 2ML ABD, se dor | |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 7 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 8 | CURATIVOS | |
| 9 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

Evolução

DATA: 15/02/2020 HORA: 09:13:16

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

11 DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9900



8h

PA - 140x80

P - 75

T - 350

Realizado curativo M KIC
Maria Edite da Silva
COREN-SP 14033-TE



| PRESCRICAO MEDICA | | DADOS DO PACIENTE: | |
|---|---|---|---|
| Nome da Mae: Nixon da Costa BORBOREMA Nº do prontuario: 2100019 Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissao: 05/02/2020 DIA - 9 Sexo: M | | Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESGUERDA Data: 14/02/2020 Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao Horas: 06:49:54 | |
| Prescrição Apresamento | | DATA 14/02/2020 HORA: 06:49:44 MEDICO(A): Wagner de Melo Falcao / DATA 14/02/2020 | |
| 1 | DIETA LIVRE TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V., IAMPOLA, 6h/6h se dor OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diurit em 10 ML DILUENTE PROPRI ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML S.C., ISERNIGA, 24h/24h (ADM AS 14h) TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V., IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H DECUBITO MUDANCA 2h/2h FAZER CURATIVO DOR + DIURESE + FO LIMPA EDEMA +/+ PREOP OK ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-FB 8643 Dr Wagner Falcao | 2 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO CURATIVOS DECUBITO MUDANCA 2h/2h FAZER DE 88H NECESSARIO FAZER SE TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V., IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H DECUBITO MUDANCA 2h/2h FAZER CURATIVO DOR + DIURESE + FO LIMPA EDEMA +/+ PREOP OK ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-FB 8643 Dr Wagner Falcao |
| 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | |



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562876700000036337004>
 Número do documento: 20122309562876700000036337004

Num. 38098328 - Pág. 6



8:30h PA: 140/90 mmHg

P: 72 bpm

T: 36,2°C

(P)





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 13/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|----------------|
| 1 | DIETA LIVRE | cte |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 4D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 18 26 24 26 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor | |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | (22) Falta |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 13/02/2020 HORA: 07:15:38

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Handwritten signature of Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 1522



9:00h PA: 110/90 mmHg

P: 65 batm

T: 35,4 °C
RJ:





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 12/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 3D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18/02/2020 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18/02/2020 |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18/02/2020 |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG . IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 18/02/2020 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 18/02/2020 |
| 7 | NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | cte |
| 9 | CURATIVOS | cte |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | cte |

Evolução

DATA: 12/02/2020 HORA: 12:26:36

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Handwritten signature of Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM PB 9532



PA: 141/93 . FC: 73 - T: 35.1 Adm. 520125



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562876700000036337004>
Número do documento: 20122309562876700000036337004

Num. 38098328 - Pág. 11



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

11

DIA 11/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 2D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 06 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18 24 06 |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18 06 |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 22 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 3N |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | Atenção |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

Evolução

DATA: 11/02/2020 HORA: 09:12:06

AS 06:00h
Pet acetato KVP/
+ Medicinas

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

Obs: Pet não
certa A V perifênico
e medicinas.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



H

PN: 126 / 80

02

FC: 80

20

T: 36.2

SPO: 98%

Emanuelle Silva de Lima
COREN-PB 59.114-TF





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 10/02/2020
Horas: 10:10:45
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: **NIXON DA COSTA BORBOREMA** Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 5

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 10/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|--|
| 1 | DIETA LIVRE | CT |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18/06 18/06 18/06 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18/06 18/06 18/06 |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18/06 18/06 |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 06 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 06 06 |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | S/N |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | CT |
| 9 | CURATIVOS | CT |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | CT |

Evolução

DATA:10/02/2020 HORA:10:10:06

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



10.02.20

$P_p = 130 \text{ or } 78 \text{ mmHg}$ $P = 76$ $T = 35^\circ C$

*correção
805.682*





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

OK

OR

DIA 09/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 12/18/24/06 |
| 3 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18/06 |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 26 |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | SN |
| 7 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 8 | CURATIVOS | |
| 9 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

Evolução

DATA: 09/02/2020 HORA: 11:42:28

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL

SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

#CD: HEMOGRAMA COM LEUCOCITOSE COM DESVIO À ESQUERDA; AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

Mais Optirone por mes q dia.

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDA-TRAUMATOLOGA
CRM-PB 3307





Somos todos
PARAÍBA
 Governo do Estado

PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 09/02/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|------------------------|
| 1 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | <i>Euler</i> <i>OK</i> |

*Dr. Euler Fabricio A. Cruz
IR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGA
CRM-PB 9937*



PA - 130170

P - 65



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562900700000036337003>
Número do documento: 20122309562900700000036337003

Num. 38098327 - Pág. 1



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 08/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---|--------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | RT |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18/6 12/18/2018 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18/6 |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18/6 |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO SUSPENSÃO | 6/6 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | OK |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | RT RT RT |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | RT |
| 9 | CURATIVOS | RT |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | RT |

EVOLUÇÃO

DATA: 08/02/2020 HORA: 11:26:39

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

OK

OK

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ
EDEMA ++/4+
PREOP -

#CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

08.02.2020 - 09:00hs

RA: 150 x 95 mm Hg

P: 68 bpm

T: 35°C. Andressa Henzelane
MS2195





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 07/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

OK
OK

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h | 10 22 30 |
| 3 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 2D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 06 06 |
| 4 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18 21 06 |
| 5 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18 06 |
| 6 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 |
| 7 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 22 |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | NA |
| 9 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 10 | CURATIVOS | |

EVOLUÇÃO

DATA: 07/02/2020 HORA: 00:51:26

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ
EDEMA ++/4+
PREOP -

#CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9965 / CRM-RN 8320



8:30h PA: 130/80 mmHg

P: 78 bpm

T: 36,2°C
(Assinatura)





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - I

ok
ok

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 06/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h | 24 25 26 |
| 3 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h ID/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 05 |
| 4 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h | 12 18 24 26 |
| 5 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18 26 |
| 6 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 66 |
| 7 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 22 |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 23 06 |
| 9 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 10 | CURATIVOS | |

Evolução

DATA: 06/02/2020 HORA: 10:02:50

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

GOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

PREOP -

#CD: SOLICITO TC JOELHO E PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9965 / CRM-RN 8320



8:30h PA: 130/70 mmHg

P: 55 bpm

T: 36,4°C
~~Ab.~~



05/02/2020



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 05/02/2020
Horas da Impressão: 16:18:16

Médico (a) Diarista : Fabio Marcos Crispim Lima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044
Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M
Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico:

6.2

DIA 05/02/2020

Prescrição

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h | |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 25 06 |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 06 |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 24 |

Dr. Fábio Crispim
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
05 FEVEREIRO 2020
CRMPE 23.113 CRM/PE 9561
TEOT 16.173

10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2020-02-05&contar=2100019



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562900700000036337003>

Número do documento: 20122309562900700000036337003

Num. 38098327 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562900700000036337003>
Número do documento: 20122309562900700000036337003

Num. 38098327 - Pág. 9



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **NIXON DA COSTA BORBOREMA** Protocolo: **0000514164** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **EULER FABRICIO A. CRUZ** Data: **16-02-2020 12:45** Origem: **CLINICA ORTOPEDICA II**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **44 anos** Destino: **ENF 06 - L 02**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/02/2020 12:39]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 4.5 milhões/mm³ | 4,2 à 6,0 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina..... | 13,0 g/dL | 13,5 à 16,0 g/dL |
| Hematócrito..... | 39,5 % | 40,0 à 52,5 % |
| V.C.M..... | 88 fL | 80,0 à 100,0 fL |
| H.C.M..... | 29 pg | 27,0 à 31,0 pg |
| C.H.C.M..... | 33 g/dL | 32,9 à 36,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|---|
| Leucócitos..... | 12.700 /mm³ | 5.000 à 10.000 /mm ³ |
| | (%) | (/mm ³) |
| Neutrofílos | | |
| Promielócitos..... | 0 | 0 |
| Mielócitos..... | 0 | 0 |
| Metamielócitos..... | 0 | 0 |
| Bastonetes..... | 4,0 | 508 |
| Segmentados..... | 75,0 | 9.525 |
| Eosinófilos..... | 0 | 0 |
| Basófilos..... | 0 | 0 |
| Linfocitos | | |
| Típicos..... | 20,0 | 2.540 |
| Atípicos ou Reativos..... | 0 | 0 |
| Monocitos..... | 1,0 | 127 |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 607.000 mm³ | 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³ |

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B7E2-81A2-C414-4B91-D7D7-DF6B-73D0-9B75



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562900700000036337003
Número do documento: 20122309562900700000036337003

Num. 38098327 - Pág. 10

Emissão : 16/02/2020 12:13 - Página 1 de 1

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Mixon da Costa Borges IDADE: 44 SEXO: m
 IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 06/02/2020

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefalácia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Sincopse |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopnênia |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| Relacionada <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <u>N</u> | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardiaca Congestiva <u>N</u> | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | <input type="checkbox"/> Aguda |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Crônica <u>N</u> | |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: _____ | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Outros |
| () Cirúrgico: _____ | |

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR, 25, 2/2

FC.: 57 b.p.m P.A.: 130x70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

MOD. 043

Ass. do Médico

Dra. Mara Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 5463 - RQE 3024



Número do Prontuário: 62525 DATA DA CIRURGIA: 05/02/2020

Número do Atendimento: 2100019 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 2 / Lei: 3

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Atendimento: 2100019

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA TRANSARTICULAR Data da Cirurgia: 05/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: diego

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:
01- PACIENTE EM DÉCUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
04- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXACAO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR
EM MIE
6- LIMPEZA COM SF0.9%
07- CURATIVOS

Data 05/02/2020

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Nixon da Costa Barbosa Idade: 44 anos
Convênio: Data: 05/02/2020
Procedimento: Fixação externa ex. plâto tibial (E)

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

Map 422





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

| Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico | Hora entrada | Hora saída |
|--|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2 | | 1 |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 | | 2 |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 | | 2 |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2 | | 2 |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | 2 |
| TOTAL DE PONTOS: | | 9 |




Assinatura do anestesista



auto II 2.3

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----------|-----------------|----------------------------------|---|---------------------------|
| PACIENTE: Nixon da Costa Barbosa 21-1810811975 | | | | |  GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes | |
| QI | LEITE | CONVÉNIO | IDADE | REGISTRO | | |
| | Sala 04 | SUS | 44 | 2100019 | | |
| CIRURGIA | Sutura externa do os UIG | | CIRURGIAO | In Andre + | | |
| ANESTESIA | Rogéu | | ANESTESIA | In Diego | | |
| INSTRUMENTADORA | Sessione | DATA | INICIO | FIM | | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | | Bolsa Colostoma | Qty. | FIOS | CÓDIGO |
| | Adrenalina amp. | | 01 | Calef. p/ Oxyg. | Catgut cromado Sertix | |
| | Atropina amp. | | | Catet. De Urinar Sist. Fech. | Catgut cromado Sertix | |
| | Diazepam amp. | | 25 | Compressa Grande 000 | Catgut cromado Sertix | |
| | Dimore amp. | | | Compressa Pequena | Catgut Simples | |
| | Dolantina amp. | | | Cotonoides | Catgut Simples Sertix | |
| | Efrane ml | | | Dreno | Catgut Simples Sertix | |
| | Fenegam amp. | | | Dreno Kerr n° | Catgut Simples Sertix | |
| | Fentanil ml | | | Dreno Penrose n° | Cera p/ osso | |
| | Inova ml | | | Dreno Pezzer n° | Ethibond | |
| | Ketalar ml | | | Equipo de Macrogotas | Ethibond | |
| 01 | Mercaina pesada % ml | | | Equipo de Macrogotas | Ethibond | |
| 01 | Nubahin amp. | | | Equipo de Sangue | Fio de Algodão Sertix | |
| 01 | Pavulon amp. dimor 02 | | 05 | Equipo de PVC | Fio de Algodão Sertix | |
| | Protigmine amp. | | | Espanadrapo Larco cm | Fio de Algodão Sutupak | |
| | Protóxido l/m | | | Furacim ml | Fio de Algodão Sutupak | |
| | Quelicin ml | | 10 | Gase Pacote c/ 10 unidades | 04 | Fila cardíaca |
| | Rapifen amp. | | | H ₂ O ₂ ml | Mononylon 20 | |
| | Thionembutal ml | | | Intracath Adulto | Mononylon | |
| | Tracrium amp. | | | Intracath Infantil | Prolene Serfix | |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | | 02 | Lâmina de Bisturi nº 23 | Prolene Serfix | |
| 01 | Agua Destilada amp. | | 01 | Lâmina de Bisturi nº 11 | Prolene Serfix | |
| 02 | Decadron amp. | | | Lâmina de Bisturi nº 15 | Prolene Serfix | |
| | Dipirona amp. | | 02 | Luvas 7.0 | Vicryl Serfix | |
| | Flaxidol amp. | | 04 | Luvas 7.5 | Vicryl Serfix | |
| | Flebotortil amp. | | | Luvas 8.0 | Vicryl Serfix | |
| | Geramicina amp. | | | Luvas 8.5 | | |
| | Glicose amp. | | 20ml | Oxigênio l/m | | |
| | Glucos de Cálcio amp. | | | Poliflix | | |
| | Haemacel ml. | | 05 | PVPI Degemante ml | | |
| | Heparema ml. | | | PVPI Tópico ml. | Qty. | SOROS |
| | Kanakion amp. | | | Sabão Antiséptico | | SG Normotérmico fr 500 ml |
| | Lasix amp. | | 05 | Saco coletor 1x0 | | SG Gelado fr 500 ml |
| | Medrotinazol. | | 02 | Seringa desc. 10 ml | | SG Hipertérmico fr 500 ml |
| | Plasil amp. | | | Seringa desc. 20 ml | | SG Ringr fr 500 ml |
| | Prolamina | | 01 | Seringa desc. 05 ml | | SG fr 500 ml |
| | Revivan amp. | | | Sonda | | |
| | Stupitanon amp. | | | Sonda folley | Qty. | ORTESE E PRÓTESE |
| 02 | Gefaletina 1g refagolime | | | Sonda Nasogástrica | 01 | In SI |
| 01 | moxidol | | | Sonda Uretral nº | | Fixador externo |
| | | | | Sterydrem ml | | |
| | | | | Torneirinha | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | | Vaselina ml | | | |
| 02 | Agulha desc. 25x7 10x12 | | Gelcon 18 | | | |
| | Agulha desc. 28 x 28 | | Latese | | | |
| | Agulha desc. 3 x 4,5 | | 05 esteróps | | | |
| 01 | Agulha p/ raque nº 25 | | | | | |
| 05 | Álcool de Enfermagem FOX | | | | | |
| | Álcool Iodado ml | | | | | |
| 06 | Ataduras de Crepon 10cm | | | | | |
| | Ataduras de Gessada | | | | | |
| | Azul metílico amp. | | | | | |
| | Benzina ml | | | | | |

GO RUFINO LIDIA FERREIRA - Jé (19) 3606-7451
 CEP 58065-065 - Centro - PB - Brasil - CEP 58065-065 - Centro - PB - Brasil
 Pisos e Portas Metálicas GOFIX (Estéril)
 Cód.: P12045 - Pino de Schanz GOFIX
 Peso: 0,5000m - Rosca Parafusada
 Lote: 00281/19 - Fabricação: 06/2019
 Validade: 06/2022 - Prolongar
 Referência: Aço Inox ASTM F136
 Registro na ANVISA n.º: 80542260004

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapiógrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

Mendes
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

CORONAVIRUS
1035620 MOD 066

201180151-06
PRODOSA

+ vinculo de
spurto

181 181 0510120

10

20

30

abacq

10

01

sep finais

13

- 08 10

10

20

30

40

50

01

20

30

40

50

anexo 12

anexo 13

10

20

30

40

anexo 20

anexo 20

anexo 20

anexo 20

anexo 20

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| HUECC | | FOLHA DE ANESTESIA | | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE | |
| HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA | | DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | | ENFERMAGRA | |
| LEITO | | Nº PROTOCOLO | | | |
| DATA 05/12/2020 PRESSAO ARTERIAL 120x80 PULSO qd | | HEMOCRITICO 40 HEMOGLOBINA 12.5 | | URÉIA 40 ALTURA 110 | |
| TIPO SANGUÍNEO | | HEMÁCIAS 40 RESPIRACAO 40 | | GLICEMIA 40 OUTROS 40 | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | URINA | | | |
| AP. CIRCULATÓRIO | | ELEROCARDIOGRAMMA | | | |
| AP. DIGESTIVO | | AR. URINARIO 40 DENTES 40 PESCOÇO 40 | | SINTOMA 40 TOSSE 40 | |
| ESTADO MENTAL | | ATRAÍXICOS 40 CORTICOIDES 40 | | ALERGIA 40 HIPOTENSORES 40 | |
| DIAGNOSTICO PRE-OPERAÇÃO | | ESTADOPSIICO 40 | | RISCO 40 | |
| ANESTESIAS ANTERIORES | | | | | |
| MEDICACAO PRE-ANESTESICA | | APELICADA AS EFEITO | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| OBSTI.: CO ₂ : EXCITE: | | | | | |
| NAUSEAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| REFLEXOS NA SO: | | | | | |
| NAO, POR QUÊ? | | | | | |
| ANESTESIA SATISF.: SIM NAO | | | | | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| NAUSESAS: VOMITOS: | | | | | |
| OUTROS: | | | | | |
| REF | | | | | |



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATORIO DE ANALISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sra.: NIXON DA COSTA BORBOREMA
Protocolo: 0000512413
RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO
Data: 06-02-2020 12:44
Origem: CLINICA OPTOPEDIACA II
Cenário: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Idade: 44 anos
Destino: ENFOV-L02

HEMograma

[DATA DA COLETA: 06/02/2020 12:44]

Resultados

Unidades de medida

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 3.90 milhões/mm ³ | 422 a 462 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina..... | 11,4 g/dL | 12,0 a 14,0 g/dL |
| Hematócrito..... | 34,5 % | 41,0 a 45,0 % |
| V.C.M..... | 80 fL | 80,0 a 100,0 fL |
| H.C.V..... | 29 pg | 1,0 a 7,0 pg |
| C.H.C.M..... | 33 g/dL | 37,0 a 47,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | | |
|------------------|--------------------------------|--|
| Leratócitos..... | 17.000 /mm ³ (%) | 3.000 a 11.000 /mm ³ (%) |
|------------------|--------------------------------|--|

| | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------|
| Mielófilos..... | 0 | 0 |
| Primiélocitos..... | 0 | 0 |
| Mielócitos..... | 0 | 0 |
| Metamielócitos..... | 0 | 0 |
| Desmocitos..... | 6,0 | 1.020 |
| Segmentados..... | 80,0 | 13.600 40 a 70 |
| Basófilos..... | 1,0 | 170 1 a 7,0 |
| Basófilas..... | 0 | 0 0 a 2,0 |
| Basófilos..... | 0 | 0 0 a 2,0 |
| LB fagocitos..... | 10,0 | 1.700 20 a 45 |
| Vidicos..... | 0 | 0 0 a 10 |
| Atípicos ou Reativos..... | 0 | 0 0 a 10 |
| Mônacitos..... | 3,0 | 510 4,0 a 10 |
| CONTAGEM DE PLACENTAS..... | 375.000 mm ³ | 345.000 a 395.000 |

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Metodo: RESISTIVIDADE + IMPEDÂNCIA + MICROSCOPIA

Dr. Felipe Souza de Moraes Beltrão
Biomédico
CRM: 8499

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C165-10-04650-COPO-001-ef837-13bfefed



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562926900000036337002
Número do documento: 20122309562926900000036337002

Num. 38098326 - Pág. 2

GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

| | | | | | |
|-----------|--|------------|------------------|----------|-----------------------|
| Sr(a): | NIXON DA COSTA BORBOREMA | Protocolo: | 0000512413 | RG: | NÃO INFORMADO |
| Dra(a): | JULIO CESAR CASTRO | Data: | 06-02-2020 12:46 | Origem: | CLINICA ORTOPEDICA II |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade: | 44 anos | Destino: | ENF 06-L 02 |

GLICEMIA

DATA: 06/02/2020 12:45
Resultado: 163 mg/dL
Referência: interator
Observação: Sem jejum
Instrumento: PLASMA 10.100
Metodo: Automet. com: WINTER, METROLAB 2900

VALORES DE REFERENCIA: 0 < 99 mg/dL

Carlos Felipe Soeiro de Sá e Melo Beltrão
Biomédico
CRBM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E36F-C7B0-1BD4-BCA1-3C00-1C43-79A5-E6CA



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562926900000036337002>
Número do documento: 20122309562926900000036337002

Num. 38098326 - Pág. 3



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000512413 RG: NAO INFORMADO
Data: 06-02-2020 12:46 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Idade: 40 anos Destino: ENF 09-L 02

TEMPO DE COAGULACAO 8' 00"

Data da Coleta: 06/02/2020 12:46
Referência: 06/02/2020 12:46
Cópia: 1 - 001-001

Válida de 1000 horas
05' A 10' MINUTOS

Nome: Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biorreferente
CRBM: 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 0DTC-A273-C827-8760-4207-1639-FE10-E918



PNCQ
Programa Nacional
de Controle da Qualidade



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562926900000036337002>
Número do documento: 20122309562926900000036337002

Num. 38098326 - Pág. 4

| | |
|--|-------------------------|
| HOSPITAL de Emergência e Trauma de C. Grande | COD Front: 2100019 |
| PACIENTE Nixon da Costa Bonfimma | DATA 05/02/20 |
| MÉDICO Dr. André | CRM |
| PROCEDIMENTO Tec cirurg fix. externa dos ossos da Perna | CONVÊNIO 0226 |



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



| ITEM | QUANTIDADE | DESCRÍÇÃO DE MATERIAIS | CÓDIGO |
|------|------------|---------------------------|--------|
| 01 | 01 | Fixador externo G0 - T400 | |
| 02 | 01 | Pinos e Fios metálicos | |
| 03 | | | |
| 04 | | | |
| 05 | | | |
| 06 | | | |
| 07 | | | |
| 08 | | | |
| 09 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | LIMB SALVAGE IMPLANTS | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

GD RUFINO LTDA EPP - (19)3806-4251
CNPJ: 00.425.586/0001-38 Moji Mirim/SP
CEP: 13806-635
Responsável Técnico: Wilson Ap. Martins
- CREA-SP N.º: 5070023503
LSI
Pinos e Fios Metálicos GDFIX (Estéril)
Cód.: PS12045 - Pino de Schanz GDFIX
Modelo: #5,0x200mm - Rosca Paralela
Lote: 003812/19 Fabricação: 06/2019
Validade: 06/2022 Proibido
Reprocessar
Material: Aço Inox ASTM F136
Registro na ANVISA n.º: 80542260025

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

MÉDICO _____

INSTRUMENTADOR _____

HOSPITAL _____

Jessiane

CNPJ: 26.051.266/0001-57 | INSC. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 912 - TIROL NATAL/RN - CEP: 59.022-000 | PLANTÃO 24HS (83) 98838-2091 / (84) 99682-3828 | E-MAIL: LSINATAL@GMAIL.COM



REF] FX0106 - GOFIX Grande Duplo T400/2000
[REF] 032864/19 **010** **01** **06/2019**
Fixação Externo Estático para Ossos Médios e Longos
Material: Aço Inoxidável / Alumínio
Av. Pedro Botelho, 2059 - Tucuruvi - São Paulo - SP CEP 13060-563
Av. Pedro Botelho Martine Cremes SP N° 50200-35000
Ribeirão Preto - SP
www.gofix.com.br



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012230956292690000036337002>
Número do documento: 2012230956292690000036337002

Num. 38098326 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562926900000036337002>

Número do documento: 20122309562926900000036337002

Num. 38098326 - Pág. 7



Somos todos
PARAÍBA
 Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico:

6.2

DIA 05/02/2020

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | 22 06 |
| 2 | SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h | 24 06 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 24 06 |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 24 |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 24 |

Dr. Fabio Crispim
 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 05 FEV. 2020
 CRM-PB 23.113 CRH-PB 9561
 TEOT 16.173





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 05/02/2020
Horas da Impressão: 17:16:30
Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PREScrição MÉDICA

6.2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: **NIXON DA COSTA BORBOREMA** Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 05/02/2020

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 06 |
| 2 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 24 |





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
 Sistema
 Único
 de
 Saúde

Sr(a): NEXON DA COSTA BORBOREMA
 Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0006512831 RG: NÃO INFORMADO
 Data: 08-02-2020 16:05 Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA II
 Idade: 44 anos Destino: EN-US-L-02

6 - 2

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 08/02/2020 16:03]

| | Resultados | Valores de Referência |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| SÉRIE VERMELHA | | |
| Eritrócitos..... | 4.16 milhões/mm ³ | 4.2 a 6.2 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina..... | 11,8 g/dL | 12,5 a 15,5 g/dL |
| Hematocrito..... | 36,0 % | 40,0 a 52,0 % |
| V.C.M..... | 87 fL | 80,0 a 100,0 fL |
| H.C.M..... | 28 pg | 27,0 a 31,0 pg |
| C.H.C.M..... | 33 g/dL | 37,0 a 42,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| Leucócitos..... | 12.600 /mm ³ (%) | 5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³) |
| Neutrofils..... | | |
| Promielócitos..... | 0 | 0 |
| Mielócitos..... | 0 | 0 |
| Metamielócitos..... | 0 | 0 |
| Bastonetes..... | 7,0 | 882 |
| Segmentados..... | 73,0 | 9.198 40 a 70 % = 11.800 a 31.500 /mm ³ |
| Eosinófilos..... | 0 | 0 a 5,0 % = 0 a 500 /mm ³ |
| Basófilos..... | 0 | 0 a 0,5 % = 0 a 500 /mm ³ |
| Linfócitos..... | | |
| Tipicos..... | 16,0 | 2.016 10 a 45 % = 1.000 a 3.000 /mm ³ |
| Atípicos ou Pleiotípicos..... | 0 | 0 |
| Monócitos..... | 4,0 | 504 1,0 a 10 % = 500 a 1.000 /mm ³ |
| CONTAGEM DE PLACÔIDES..... | 437.000 mm ³ | 100.000 a 400.000 /mm ³ |

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Verifique a sua tese.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Carolina Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A2-4-2-56-2461-08124-018C-EBAS-4668-4C77



PNQ
 Programa Nacional
 de Garantia de Qualidade



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562926900000036337002>
 Número do documento: 20122309562926900000036337002

Num. 38098326 - Pág. 10

19/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Wagner Luiz Egito de Araujo

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 19/02/2020



PARAIBA
Governo do Estado



Número do Prontuário: 62525

DATA DA CIRURGIA: 19/02/2020

Número do Atendimento: 2100019 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Atendimento: 2100019

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia: 19/02/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO + FIXAÇÃO COM

02 PLACAS EM L DE 10 FUROS + PARAFUSOS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 19/02/2020

Assinatura / Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

Wagner Luiz Egito de Araujo
Médico Ortopedista
CRM-PB 3926
CRM-PE 10003





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Míriam da Costa Borboleta Idade: 44 a
Convênio: SUS Data: 19/02/20
Procedimento: Art. Enxerto de fáscia de Plato ilíaco (E)

Cirurgião: Dr. Bruno Auxiliar: Dr. Rauler Anestesista: Dr. Almir
Início: 07:00 Término: 09:45 Anestesia: Rague

| | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------|
| Observações: | Assinatura Assessoria | Circular |
|---------------------|------------------------------|-----------------|

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD-103



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

| Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico | Hora entrada | Hora saída |
|--|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2 | | 1 |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 | | 2 |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 | | 2 |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2 | | 2 |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | 2 |
| TOTAL DE PONTOS: | | 9 |

Assinatura do anestesista

Dr. Isabela Pinheiro Donizo
 Anestesiologista
 CRM-PB 4180

11006





GOVERNO
DA PARAÍBA *SEGUE
o trabalho*

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:

NOME: Nixon da Costa Borboletta

PROCEDIMENTO:

AVP:LOCAL: GELCO Nº: AVC JEJU

BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: COM CLOREXIDINA NÃO SE APlica

RETIRADO: PRÓTESE DENTÁRIA ADORNOS PERTENCES

ENCAMINHADO: HEMOG USG TOMOGRAFIA RESSONÂNCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO NÃO SE APlica

RESERVA DE HEMODERIVADO NÃO SE APlica

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: COREN:



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| PACIENTE | | | | |  GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes | |
|--|---|------------------------------|-------------------------|---|---|-------|
| QI | LEITE | CONVÉNIO | IDADE | REGISTRO | | |
| | | SUS | 44 anos | 2100019 | | |
| CIRURGIA | Cirurgico de fatura de Platibarilo esquerdo | | CIRURGÃO | Dr Bruno Brilhante + Marilza + Dr Euler | | |
| ANESTESIA | Koqui | | ANESTESIA | M. Almir | | |
| INSTRUMENTADORA | André (tu) | | DATA | 19/02/2020 | INÍCIO | 07:00 |
| FIM | 09:45 | | | | | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Bolsa Colostoma | Qtd. | FIOS | CÓDIGO | |
| 01 | Adrenalina amp. | Calel. p/ Óxg. | | Catgut cromado Sertix | | |
| | Atropina amp. | Catet. De Urinar Sist. Fech. | | Catgut cromado Sertix | | |
| | Diazepam amp. | Compressa Grande | | Catgut cromado Sertix | | |
| 01 | Dimorf. amp. 0,2 | Compressa Pequena | | Catgut Simples | | |
| | Dolantina amp. | Cotonoides | | Catgut Simples Sertix | | |
| | Efrane ml | Dreno | | Catgut Simples Sertix | | |
| | Fenegam amp. | Dreno Kerr nº | | Catgut Simples Sertix | | |
| | Fentanil ml | Dreno Penrose nº | | Cera p/ osso | | |
| | Inova ml | Dreno Pezzer nº | | Ethibond | | |
| 01 | Ketalar ml | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | | |
| 01 | Mercaina % ml | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | | |
| | Nubahin amp. | Equipo de Sangue | | Fio de Algodão Sertix | | |
| | Pavulon amp. | Equipo de PVC | | Fio de Algodão Sertix | | |
| | Protigmine amp. | Espasadrapo Larco cm | | Fio de Algodão Sutupak | | |
| | Protóxido l/m | Furacim ml | | Fio de Algodão Sutupak | | |
| | Quelicin ml | Gase Pacote c/ 10 unidades | 05 | Fila cardíaca | | |
| | Rapifén amp. | H ₂ O ml | | Mononylon | (20)..... | |
| | Thionembutal ml | Intracath Adulto | | Mononylon | | |
| | Tracrium amp. | Intracath Infantil | | Prolene Serfix | | |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | 02 | Lâmina de Bisturi nº 23 | Prolene Serfix | | |
| 01 | Água Destilada amp. | | Lâmina de Bisturi nº 11 | Prolene Serfix | | |
| 01 | Decadron amp. | | Lâmina de Bisturi nº 15 | Prolene Serfix | | |
| | Dipirona amp. | Luvias 7.0 | 54 | Vicryl Serfix | | |
| | Flaxidol amp. | Luvias 7.5 | | Vicryl Serfix | (11).... | |
| 01 | Flébotomidae | Luvias 8.0 | | Vicryl Serfix | | |
| | Geramicina amp. | Luvias 8.5 | | | | |
| | Gliseo amp. Bromogrida | Oxigênio l/m | | | | |
| | Glucos de Cálcio amp. | Polifix | | | | |
| | Haemacel ml. | PVPI Degemente ml | | | | |
| | Heparema ml. | PVPI Tópico ml. | Qtd. | SOROS | | |
| | Kanakion amp. | Sabão Antiséptico | 00 | SG Normotérmico fr 500 ml | | |
| | Laxix amp. | Saco coletor | | SG Gelado fr 500 ml | | |
| | Medrotinazol. | Seringa desc. 10 ml | | SG Hipertérmico fr 500 ml | | |
| | Plasil amp. | Seringa desc. 20 ml | | SG Ringr fr 500 ml | | |
| | Prolamina | Seringa desc. 05 ml | | SG fr 500 ml | | |
| | Revivan amp. | Sonda | | | | |
| | Stupitanon amp. | Sonda folley | Qtd. | ORTOSE E PRÓTESE | | |
| | Cefalotina 1g | Sonda Nasogástrica | | 74 Enxertia | | |
| | 2g Epazolox | Sonda Uretral nº | | 02 placas ferro | | |
| | | Sterydrem ml | | | | |
| | | Torneirinha | | | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | Vaselina ml | | | | |
| | Aguilha desc. 25 x 7 | Gelcon 18 | | | | |
| | Aguilha desc. 28 x 28 | Latesse | | | | |
| | Aguilha desc. 3 x 4,5 | 05 Elásticos | | EQUIPAMENTOS | | |
| 01 | Aguilha p/ raque nº 25 | | | () Oxímetro de Pulso | () Foco Auxiliar | |
| | Álcool de Enfermagem | 015 Agulos ortopédicos | | () Serra | () Eletrocautério | |
| | Álcool Iodado ml | | | () Desfibrilador | () Oxicapiógrafo | |
| 015 | Ataduras de Crepon 15cm | | | () Foco Frontal | () Cardiomonitor | |
| | Ataduras de Gessada | | | () Fonte de Luz | () Perfurador Elétrico | |
| | Azul metílico amp. | | | | | |
| | Benzina ml. | | | | | |
| Circulante Responsável: <i>Salvatore</i> | | | | | | |
| Corte 07:30 Retirem 01h! | | | | | | |

MOD 066

2F180/81 no speech test ab norm
placeo dmt 242
abnormal findings ab normal test ab normal
and dmt 242
2F20 08:40 08081808 (NT) ab norm

30,0 + 10

10

10

210

10

... (0.8)

80

50

-4-

2017.2(L)

10

nonbeads — 10
abojaraki —

7 .. bewaff.
anfang

10 10 total not

—
—
—

analogous

Thales → *antiphronist* 70 26
21

Winnipeg

! No charters as to stamp



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| | | | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|----------------------|--------------|---------------------|--|
| HUECG | | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | | ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO | |
| FOLHA DE ANESTESIA | | NOME <i>NIXON DA COSTA ISONBOHEM</i> - <i>mg</i> | | IDADE | SEXO | COR | |
| DATA <i>19/02/2020</i> | | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA |
| TIPO SANGUÍNEO | | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS |
| | | URINA | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | | | | ASMA | BRONQUITE |
| AP. CIRCULATÓRIO | | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | |
| AP. DIGESTIVO | | | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO | | |
| ESTADO MENTAL | | | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | | | <i>Fract. PLATO'' Tibial R.</i> | | | ESTADO FÍSICO | RISCO |
| ANESTESIAS ANTERIORES | | | | | | | |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>kg</i> | | | | APLICADA <i>g</i> | AS | EFEITO | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | O ₂ | | | | | | |
| | | | | | | | INDUÇÃO |
| LÍQUIDOS | <i>gelo</i> | | | | | | |
| | <i>gelo</i> | | | | | | |
| <i>gelo</i> | | | | | | | Laringo esparmo: _____ Lenta: _____ |
| <i>gelo</i> | | | | | | | Náuseas: _____ Vômitos: _____ |
| <i>gelo</i> | | | | | | | Outros: _____ |
| CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO | | | | | | | MANUTENÇÃO |
| | | | | | | | ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ |
| | | | | | | Não, por quê? _____ | |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>10 8</i> | | | | | | | |
| POSIÇÃO | | | | | | | |
| AGENTES | <i>Anestesia Orv 2,5% Dipronef, iefam 1g, o2</i> | | | | | | |
| TÉCNICA | <i>RAZURAS glicose 6% in</i> | | | | | | |
| OPERAÇÃO | <i>MED. e cirurgia ep e/15% PaO2</i> | | | | | | |
| CIRURGIÕES | <i>IGNUMO + ENCLAV + MAGNA</i> | | | | | | |
| ANESTESISTAS | <i>Alegria</i> | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. | | | | | | PERDA SANGUÍNEA | |

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562974600000036337001

Número do documento: 20122309562974600000036337001

Num. 38098325 - Pág. 1

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL IX TRAJANO

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

WILSON DA COSTA 130213026MA

Nº DO PRONTUÁRIO

9500219

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TEST. CORT. DE FRAT. DE PLATO TIBIAL (ESR.)

| PRODUTO | REF. | QUANT. | CÓD. ROMP. |
|--------------------------------|------|--------|------------|
| PLACA EM "L" 4,5 (AD) 60. 10F | | 01 | |
| PLACA EM "L" 4,5 (AD) DIR. 10F | | 01 | |
| PARAF. CORTICAL 4,5x 22 | | 01 | |
| " " 4,5 x 30 | | 02 | |
| " " 4,5 x 36 | | 02 | |
| " " 4,5 x 38 | | 02 | |
| " " 4,5 x 40 | | 01 | |
| PARAF. ISPIR. 6,5 x 67 | R-35 | 25 | |
| " " 65 x 70 | R-36 | 01 | |
| " " 65 x 80 | R-36 | 01 | |
| " " 65 x 80 | R-32 | 01 | |
| | | | |

DATA DA UTILIZAÇÃO

19.02.2020

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. BEURO BRILHANTE +

OBSERVAÇÕES

DR. FULLER + DR. WAGNER

CR DE G. FRAG. 4,5 NO 166

CR DE PARAF. 4,5 NO 165

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9900

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

An/2020

Embalagem Recife - F.: (81) 99831.0833





FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mirian Idade: 44 Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual?

Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: (X) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO (X) AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (X) INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

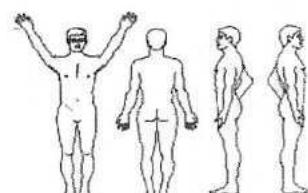
localização anatômica da ferida; Curativo em: _____ / _____ / _____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: (X) PRESERVADO () INSÔNIA



5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

| HORA | PA (mmhg) | T (°c) | FC/P (bpm) | SPO2 (%) | GLICEMIA (mg/dL) | DIURESE (ml) | DÉBITO DE DRENO(ml) | DOR (0a10) | PESO (Kg) | ASSINATURA | DISPOSITIVOS | DATA DE INSERÇÃO |
|------|--------------|-----------|---------------|-------------|---------------------|-----------------|------------------------|---------------|--------------|------------|----------------|---------------------|
| | | | | | | | | | | | SOG/SNG/SNE | |
| | | | | | | | | | | | SVF | |
| | | | | | | | | | | | CIRCUITO DE VM | |
| | | | | | | | | | | | FILTRO DE VM | |
| | | | | | | | | | | | UMIDIFICADOR | |
| | | | | | | | | | | | ASPIRADOR | |
| | | | | | | | | | | | LATEX | |
| | | | | | | | | | | | EQUIPO SIMPLES | |



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| DIAGNÓSTICOS | FATORES RELACIONADOS | CARACTERÍSCAS DEFINidoras |
|--|--|--|
| CONSTIPAÇÃO | () DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES | () ABDOME DISTENDI () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL |
| DEFÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO | () PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO | () INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO |
| DOR AGUDA | () AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS | () ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA () RELATO VERBAL DE DOR |
| HIPERTERMIA | () ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO | () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA |
| MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | () ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO | () DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS |
| RISCO DE INFECÇÃO | () AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO | |
| OUTRO | | |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | APRAZAMENTO | RESULTADOS ESPERADOS |
| () AVALIAR DISTENSAO ABDOMINAL | | () OBTEÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ |
| () AVALIAR A INGESTAO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA | | |
| () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL | | |
| () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO | | |
| () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO | diárias | () AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE |
| () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR | | |
| () AVALIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR | | () CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE) |
| () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS | | |
| () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO | | |
| () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS | | () MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS |
| () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS | | |
| () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO | diárias | () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA |
| () OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS | diárias | () DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO |
| () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS | | |
| () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO | | |
| OUTRO | | |

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Érika de Sousa Miranda
COREN-PB 102681-ENF



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nixon da Costa Idade: 14 Sexo M Enf/Leito 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias Qual? Dipiridamol Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: CONSCIENTE ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALadar OBS.:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: NORMAL () ALTERADO () OUTROS:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

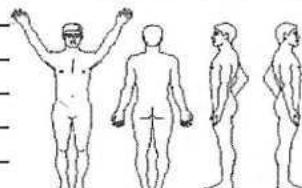
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

| HORA | PA | T | FC/P | SPO2 | GLICEMIA | DIURESE | DÉBITO DE DRENO(ml) | DOR (0a10) | PESO (Kg) | ASSINATURA | DISPOSITIVOS | DATA DE INSERÇÃO |
|-------|--------|------|-------|------|----------|---------|---------------------|------------|-----------|-----------------|----------------|------------------|
| | (mmhg) | (ºC) | (bpm) | (%) | (mg/dL) | (ml) | | | | | | |
| 09:00 | 154 | 85 | 36,0 | 69 | | | | | | <i>W. Horta</i> | SOG/SNG/SNE | |
| | | | | | | | | | | | SVF | |
| | | | | | | | | | | | CIRCUITO DE VM | |
| | | | | | | | | | | | FILTRO DE VM | |
| | | | | | | | | | | | UMIDIFICADOR | |
| | | | | | | | | | | | ASPIRADOR | |
| | | | | | | | | | | | LATEX | |
| | | | | | | | | | | | EQUIPO SIMPLES | |



| ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: | |
|--|--|
| | |

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| DIAGNÓSTICOS | FATORES RELACIONADOS | CARACTERÍSCAS DEFINIDORAS |
|-------------------------------------|---|--|
| PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | () ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO | () ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNPÉIA () OUTRO |
| DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO | () PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO | () INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO |
| DOR AGUDA | () AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS | () ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR |
| HIPERTERMIA | () ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO | () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA |
| INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | () EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO | () DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE |
| RISCO DE DESEQUILÍBrio ELETROLÍTICO | () ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS | |
| RISCO DE INFECÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO | |
| OUTRO | | |

| PREScrição DE ENFERMAGEM | APRAZAMENTO | RESULTADOS ESPERADOS |
|---|-------------|--|
| () MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% | | () MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ |
| () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA | | |
| () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO | | () AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO | | |
| () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR | | () CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE) |
| () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS | | |
| () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PREScrição MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO | | |
| () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS | | () MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS |
| () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUÍDOS | | |
| () REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE | | () MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE |
| () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO) | | () RISCO DE DESEQUILÍBRIOS DIMINUIDO |
| <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS | | <input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO |
| <input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO | | |
| OUTRO: | | |

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Izeneide N. Vitorino Alagão
COREN-PB 122484 - ENF





Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível de Campina Grande

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone: (83)3310-2439

Processo nº 0835291-36.2020.8.15.0001

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).

Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, independentemente de termo de compromisso, com os honorários fixados a teor do que prevê o Termo de Cooperação Técnica 015/2020 em R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a)** intimem-se as partes (por meio de seus advogados legalmente habilitados) para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e **(b)** intime-se o nomeado, por telefone e/ou e-mail, para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, **enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Deve a perita declarar, acaso solicitada, a presença ou ausência do periciando ao ato da perícia, informando data e hora, além da presença de acompanhante.

O advogado tem o dever de comunicar ao periciando a data, local e horários da perícia designada, sob pena de, não realizada a perícia por não comparecimento da parte sem justa causa comprovada nos autos, julgar-se o processo no estado em que se encontra.



Depositado o laudo em juízo:

- Intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 15 (quinze) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide**.

- Expeça-se ofício para transferência dos honorários periciais/Expeça-se alvará dos honorários periciais.

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: RITAURA RODRIGUES SANTANA - 07/01/2021 18:43:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010718432400200000036445614>
Número do documento: 21010718432400200000036445614

Num. 38211538 - Pág. 2



Poder Judiciário da Paraíba

1^a Vara Cível de Campina Grande

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone:
(83)3310-2439

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Processo nº 0835291-36.2020.8.15.0001

AUTOR: NIXON DA COSTA BORBOREMA



Assinado eletronicamente por: IURI LIMA RAMOS REINALDO - 07/01/2021 22:26:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010722265113500000036464032>
Número do documento: 21010722265113500000036464032

Num. 38231372 - Pág. 1

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 1^a Vara Cível de Campina Grande-PB **CITO REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., na pessoa de seu(sua) representante legal**, dos termos da ação supra, e para, querendo, apresentar **contestação** no prazo de **15** (quinze) dias úteis.

Advertência: Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor, nos termos do art. 344 do CPC.



Assinado eletronicamente por: IURI LIMA RAMOS REINALDO - 07/01/2021 22:26:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010722265113500000036464032>
Número do documento: 21010722265113500000036464032

Num. 38231372 - Pág. 2

Campina Grande-PB, 7 de janeiro de 2021

IURI LIMA RAMOS REINALDO



Assinado eletronicamente por: IURI LIMA RAMOS REINALDO - 07/01/2021 22:26:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010722265113500000036464032>
Número do documento: 21010722265113500000036464032

Num. 38231372 - Pág. 3

Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: IURI LIMA RAMOS REINALDO - 07/01/2021 22:26:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010722265113500000036464032>
Número do documento: 21010722265113500000036464032

Num. 38231372 - Pág. 4