



Número: **0800386-42.2018.8.15.0561**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Coremas**

Última distribuição : **27/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 10968.75**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ARTHUR ALVES DE MEDEIROS
AUTOR	JAILMA GOMES DE SOUZA
ADVOGADO	ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16850 657	27/09/2018 11:05	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO	Procuração
16850 709	27/09/2018 11:05	DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Comprovação
16850 730	27/09/2018 11:05	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Comprovação
16850 768	27/09/2018 11:05	DOCUMENTOS DO VEÍCULO	Documento de Comprovação
16850 784	27/09/2018 11:05	B.O	Documento de Comprovação
16850 796	27/09/2018 11:05	CARTA LÍDER	Documento de Comprovação
16850 825	27/09/2018 11:05	DOCUMENTOS MÉDICOS Parte1	Documento de Comprovação
16850 846	27/09/2018 11:05	DOCUMENTOS MÉDICOS Parte2	Documento de Comprovação
16850 879	27/09/2018 11:05	DOCUMENTOS MÉDICOS Parte3	Documento de Comprovação
16850 906	27/09/2018 11:05	DOCUMENTOS MÉDICOS Parte4	Documento de Comprovação
16850 924	27/09/2018 11:05	DOCUMENTOS MÉDICOS Parte5	Documento de Comprovação
16943 122	02/10/2018 09:22	Substabelecimento	Petição
16943 149	02/10/2018 09:22	SUB - JAILMA GOMES DE SOUZA	Substabelecimento
17659 601	08/11/2018 21:54	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO PARTICULAR “AD JUDICIA”

Eu, Jaílma Gomes de Souza, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Agricultora, nascido(a) em 27/03/2000, inscrito(a) no CPF sob o nº 129.917.049-70 e RG nº 4.296.814, residente na Sítio Boi Manso, nº: S/N -, Bairro Área Rural, na cidade de Coremas, Estado PB, CEP 58770 - 000, fone (83) 9 9809-2706

OUTORGADOS: JONAS GUEDES DE LIMA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN 1062A, escritório profissional na Rua Tenente Antônio de Medeiros, nº 173-A, Centro São João do Sabugi – RN. Tel: 83-99604-1600 email: guedesdelimaadv@gmail.com.

PODERES: A quem confere poderes, para o fôro geral, com a cláusula ad judicia, a fim de que possa defender os interesses e direitos dos outorgantes perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação e intimação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, E

ESPECIALMENTE

PARA

PROPOR

Ação Ordinária de cobrança de Indenização

Securitária DPAT praticando todos os atos necessário para o bom

e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Ao final da demanda, obriga se o constituinte a pagar a parte contratada, em caso de procedência da demanda, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor total apurado da ação a título de honorários advocatícios, independentemente dos honorários de sucumbência, conforme previsto na legislação vigente. Se a ação julgada improcedente, nada será devido a título de honorários advocatícios. O valor deve ser pago em moeda corrente ou ainda em bens moveis ou imóveis, até a força do valor devido pela parte contratada

Patos-PB, 10 Setembro, 2018

Jaílma Gomes de Souza
outorgante

DECLARAÇÃO

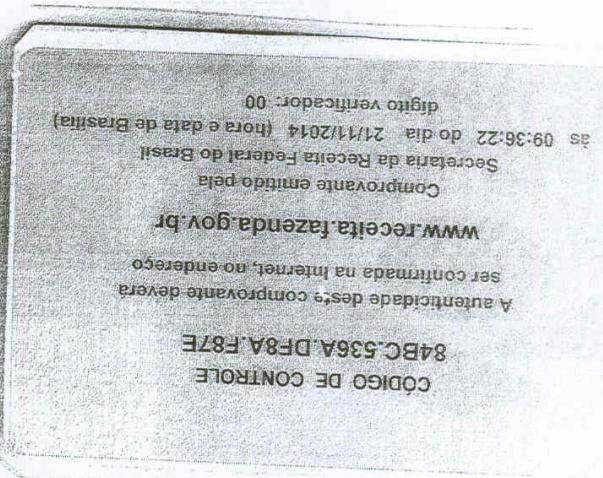
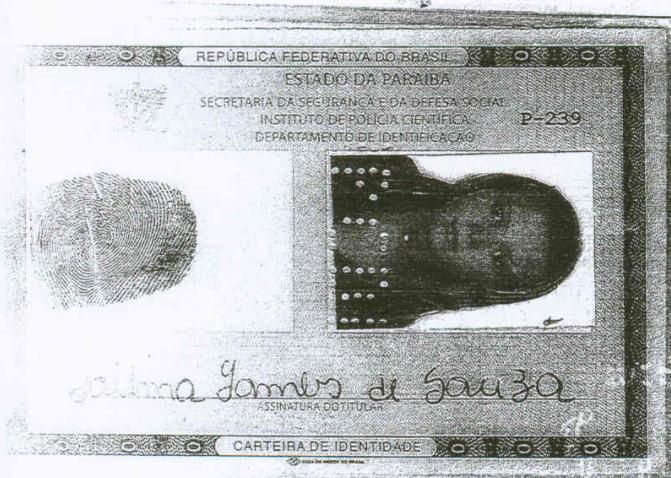
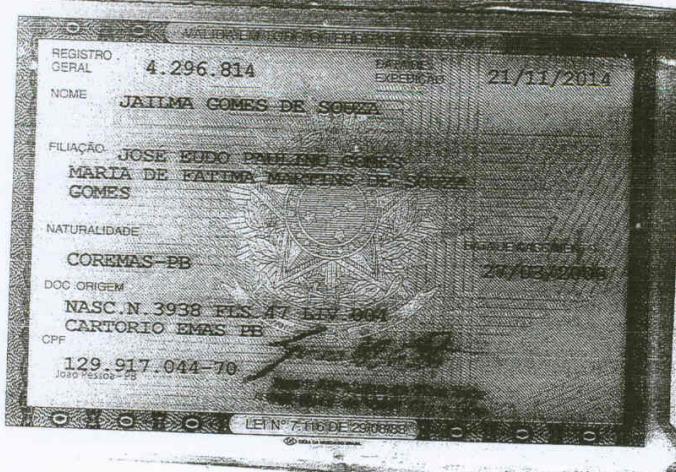
NOME Jailma Gomes de Souza
PROFISSÃO Agricultora CPFnº 129.917.066-70 RGnº 4.296.814
ENDEREÇO Sítio Boi Manso, s/n - Área Rural
CIDADE: Coremas UF: PB
TELEFONE: (83) 9 9809-2706

DECLARO para os devidos fins de direito especialmente para requerer os benefícios da Justiça Gratuita que não possuo condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo próprio e de minha família. Tudo ciente das cominações da Lei 1.060/50.

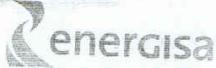
Patos, pb 10 de Setembro de 2018.

Jailma Gomes de Souza
Declarante





PEDRO AVELINO SILVA
SIT BOI MANSO, S/N - ÁREA RURAL
COREMAS / PB CEP: 58770-000 (AG: 227)



Emissão: 20/03/2018 Referência: Mar/2018
Classe/Subc: S RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - '53 - 337 - 3360 Nº medidor 00008802176

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 08.086.183/0001-40 Irc. Est: 18015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°003.825.708
Cód. para Dib. Automático: 00014636187
Acesse: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	20/03/2018	19/04/2018	6491927458 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1463618-7

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/02/18	847	20/03/18	907	1	80	29
Demonstrativo						
CCI Descrição Quantidade Tarifa C/... Valor Base Calc. Alq. Icms(R\$) ICMS Pis(Cofins(R\$) Cofins(R\$) 0801 Consumo em kWh 60,000 0,359880 21,59 0,00 0 0,00 21,59 0,14* 0,67 0810 Subsídio 8,25 0,00 0 0,00 8,25 0,06 0,28 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS 0807 CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA 5,44 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0804 JUROS DE MORA 01/2018 0,36 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0805 MULTA 01/2018 0,54 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018 0,05 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0804 COMPENSACAO POR DICRI 01/2018 -0,97 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0908 Devolução Subsídio -8,90 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00						

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 27,36 0,00 0,00 30,84 0,20 0,96

Média últimos meses (kWh) 56 VENCIMENTO 27/03/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 27,36

Histórico de Consumo (kWh)
15 | 19 | 89 | 80 | 54 | 80 | 56 | 64 | 88 | 64 | 70 | 78
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

RESERVADO AO FISCO

f8e5.7493.d1c9.3d34.8bfd.1a9e.e10c.b02e.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - Coremas

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,76	0,83
DIC TRIMESTRAL	25,52	
DIC ANUAL	51,05	NOMINAL
FIC MENSAL	7,92	1,00
FIC TRIMESTRAL	15,84	COTRATADA
FIC ANUAL	31,28	LIMITE INFERIOR
DMC	6,99	0,93
DICRI	16,60	LIMITE SUPERIOR
		231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	7,96	28,09
Compra de Energia	9,40	33,19
Serviço de Transmissão	1,23	4,27
Encargos Setoriais	2,20	7,77
Impostos Diretos e Encargos	7,55	26,65
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	28,33	100,00

Valor do EUUSD (Ref 1/2018) R\$12,98

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/04/2018 Conforme Resolução 4/4 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Subvenção CEC 7.891/13 R\$ 8,90 Isento ICMS

Faturas em atraso
Fev/18 33,51

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013813500160

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM 20171700000715AC2 EXERCÍCIO 2017

1 0047544426-4 00/00000000 NOME ALEXANDRE RAIMUNDO MEDEIROS

CPF/CNPJ 70141783427 PLACA OFB1967/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1670CR556310

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

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/POT/OIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS

IPV	IPVA PAGO EM 00/00/0000	1 ^º
V	FAIXA I P.V.A.	2 ^º
A	*****	3 ^º

PARCELAMENTO/COTAS 0

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 16/11/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL EMAS-PB DATA 14/12/2017

19267 31054

VALID

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APRESENTADAS OU NÃO, NO SEGURO DPVAT

PB N° 013813500160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 14/12/2017

VIA 1 RENAVAM 70141783427 PLACA OFB1967/PB

MARCA / MODELO 00475444264 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2012 CAT. TARIF 9 N° CHASSI 9C2KC1670CR556310

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ****	DENATRAN (R\$) ****	CUSTO DO SEGURO (R\$) ****
CUSTO DO BILHETE (R\$) ****	IOF (R\$) SEGURADO PAGO	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) ****
COTA UNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO 16/11/2017
	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
31054-0918078-20171214

SET-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013813500160

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM 20171700000715AC2 EXERCÍCIO 2017

1 0047544426-4 00/00000000 NOME/ENDERECO ALEXANDRE RAIMUNDO MEDEIROS RUA PROJETADA 3N CASA CENTRO 58763000 EMAS-PB

PLACA OFB1967/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1670CR556310

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

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/POT/OIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL EMAS-PB DATA 14/12/2017

19267 31054

VALID

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
31054-0918078-20171214

SET-2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alexandre Raimundo Medeiros,
RG nº 4.011.312, data de expedição 28/10/01,
Órgão SST-PB, portador do CPF nº 701.417.834-27 com
domicílio na cidade de Emas, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projetais - Centro, nº S/N,
complemento Caser, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adriano Gomes da Silva, cujo o condutor era
Alexandre Raimundo Medeiros

Veículo: Moto
Modelo: Honda CG 150 Fan ESI
Ano: 2012
Placa: OFB-1967-PB
Chassi: 9C2KC1620CR 556310
Data do Acidente: 27.08.17
Local e Data: Emas - PB

Alexandre Raimundo Medeiros

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



CARTÓRIO DE REG.CIVIL E NOTAS DE EMAS
Avenida José Celino Filho, 119, Centro, Emas - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ALEXANDRE RAIMUNDO MEDEIROS

Dou fé. Emas/PB - 22/05/2018
Notário: MARIA JOSÉ NUNES RODRIGUES
Selo Digital: AGT90712-NORI

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,48 Farpen R\$0,28 MP R\$0,15 Fepj R\$1,74





Rua Moacir Leitão, nº 922, Bairro belo Horizonte, Patos/PB, CEP: 58704-330 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1866/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **TRÊS (03)** dias do mês de **MAIO** do ano **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu **ALEXANDRE RAIMUNDO MEDEIROS**, brasileiro (a), RG 4011312 SSDS/PB, CPF: 701.417.834-27, natural de Olho D'Água /PB, data de nasc. 01/06/1996, Filho (a) de José Etes de Medeiros e de Margarete Raimundo da Silva Medeiros, Residente na Rua Projetada, S/N, centro, Emas/PB, Tel.: (83) 9.9809.2706, a fim de notificar o seguinte:

=====
Que, na data **27/08/2017**, por volta das 02:00 hora da madrugada, o noticiante conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 150 FAN ESI, placa OFB-1967/PB, Renavam: 0047544426-4, ano/modelo 2012/2012m cor PRETA, chassi: 9C2KC1670CR556310, Licenciada em nome de Alexandre Raimundo Medeiros(o noticiante), na BR 361, quando nas proximidades do sitio Muselo, próximo a cidade de Olho D'Água/PB, o noticiante perdeu o controle da moto em uma curva, e colidiu em outra moto que trafegava sentido contrário, porém, o noticiante não sofreu nada, no entanto, a pessoa de **JAILMA GOMES DE SOUZA**, RG 4296814 SSDS/PB, CPF 129.917.044-70, a qual ia na garupa da moto que o noticiante conduzia, foi socorrida e encaminhada para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, na cidade de Patos/PB, pela ambulância do município de Olho D'Água/PB, e, antes de chegar ao destinatário, tendo a ambulância quebrado, o SAMU foi acionado e logo a vítima Jailma Gomes de Souza, foi conduzida ao Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, na cidade de Patos/PB.
=====

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B.

– Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Alexandre Raimundo Medeiros

Patos/PB, 03 de Maio de 2018.

Ana M. da C. Leandro
Agente de Investigação
Mat.: 138.428-7

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Carta nº: 12978907

A/C: JAILMA GOMES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180236762
Vitima: JAILMA GOMES DE SOUZA
Data do Acidente: 27/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JAILMA GOMES DE SOUZA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000014955-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**PREFEITURA MUNICIPAL DE OLHO D'ÁGUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Manoel Almeida Costa, s/n – Olho D'Água – PB**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) Sr(a) **JAILMA GOMES DE SOUZA**, portador do RG nº **4.296.814** e CPF nº **129.917.044-70**, no dia **27/08/2017** sofreu acidente na BR 361 e foi socorrida pela Ambulância pertencente a Secretaria Municipal de Saúde, município de Olho D'água.

Declaro também que as informações prestadas são verdadeiras.

Olho D'Água, 18 de Outubro de 2017


Rosilda Carvalho Souza
Secretaria Municipal de Saúde

Rosilda Carvalho Souza
Secretário Municipal de Saúde



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 125B-1

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente / Usuário	Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
20/03/14		Patrícia Gomes de Souza	17	
Local da Ocorrência		Bairro		
CPA	24 hrs	Bessa Olinto		Médico Regulador
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRR / RESPONSÁVEL: Wostenilda Crispim / FUNÇÃO: Enfermeira Cirúrgica

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: RESPONSÁVEL: Wostenilda Crispim / FUNÇÃO: Enfermeira Cirúrgica

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

celulite moto - moto

DADOS VITAIS:

VAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <30rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mmHg

P.A.: 100x80 FC: 86 TEMP.: 36 °C - GLICEMIA: 100 mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 99 SpO2c/O2: 99

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada
 Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância à Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz
 Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal
 Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Intereração Social Prejudicada Incontinência Intestinal
 Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros: _____

INTERVENÇÕES:

EV + imobilização + cinto cervical + prancha wijs + curativo + transporte
ao HSE

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Branc. 17 anos, consciente, orientada, eupática, vítima de colisão moto-moto, intubada e ambulância do município de São João que está de volta em HSE e HSE, apresentando ferimento em MTE. Foi feita imobilização em maca wijs + cinto cervical, imobilização das MTE + HSE. Foi feita transpor
em ambulância

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Opas
compressas
ataduras

E.C.G.:

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAIS SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

DESCOSSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL CÂNULA OROFARÍNGEA CRICOTIREIDOSTOM
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - *AMBU*) RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (02) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS / TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEC)

RECUSA:

R.G.: _____

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MEDICO: _____

CRM: _____

MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): *José Jayme B. Nery*

COREN: *222619*

MAT.: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____

COREN: _____

MAT.: _____

CONDUTOR: *Wallys*

IS 

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2605473

CNPJ: 08.778.268/0023/76

· NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, 511
CIDADE: PATOS

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **JAILMA GOMES DE SOUZA**

Mat: MARIA DE FATIMA MARTINS DE SOUZA
Nascimento: 27/13/2000 Idade: 17 Cor: BRANCA

Profissao: ESTUDANTE

Endereço: RUA JOAO KENEDI

Bairro: CENTRO

Cidade: EMAS - PB - 58763-000 - 2505907

Identidade: 4296814 SSP-PB

CNS: Reg. Nasc:

Recepção: LUIZARA

Ficha Número: 219856

Data / Hora: 27/8/2017 03:51:54

Num.: Fone: (83)99857-9821

73504

PESO:

PA:

TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

W. J. G. de S. P. - 27/8/2017
M. P. de S. P. - 27/8/2017

Medico / Crm / Cns

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE - 2563

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polgar Direito

RESULTADOS

J. G. de S. P. - 27/8/2017

Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Arthur D. de S. P. - 27/8/2017

MATER 3 - MEDICAMENTOS E OUTROS
SAÚDE 4 - VIDA E Morte
NO 5 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
SAÚDE 6 - PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO
CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO		
	<input type="checkbox"/> PRESCRITA	<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
2 - APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVÍCIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	2	9
2 -	0	3	0	1	0	6	0	2	9

Ass. dos Profissionais Ass. Administrativa - carimbo

EM - CONSOLIDADO



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Isaías Teixeira Sá

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

Cirurgia

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Artrite de Enxovil

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Cirurgia Geral - CRM-PB 656

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

1. agravante num de acidente de trânsito.
2. traumas no punho e joelho
3. dor no joelho
4. Internação hospitalar.

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

27/08/14

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS - PARÁIBA (83)3423-2741

SAÚDE
ESTADO
DO
PARAÍBA

Data/Hora 27/8/2017 04:38:32

Prontuario: 73504

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr.:

Paciente JAILMA GOMES DE SOUZA Idade: 17 Sexo: F

— Filiação —
Pai: JOSE EUDO PAULINO GOMES
Mãe: MARIA DE FATIMA MARTINS DE SOUZA

— Endereço —
Cidade: EMAS - PB - 58763-000 - 2505907
Endereço: RUA=JOAO KENEDI N.:
Bairro: CENTRO
Naturalidade:
Fone: (83)99857-9821

— Documentos —
CNS:
Identidade: 4296814 SSP-PB
CPF:
Reg. Nasc.:

— Informações adicionais —
Nascimento: 27/3/2000
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: *Sem responsável*

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Painel na mao. I treco -
sem fundo O*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: *E*

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, 06/09/17

Recepção: LUZIARA



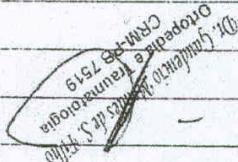
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Arthur Alves de Medeiros</i>	Nº prontuário
Data da Cirurgia	<i>05/09/17</i>	Enf
Cirurgião	<i>Dr. Jenílio Mendes</i>	1º Auxiliar
Anestesista	<i>J. Gócio</i>	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Extrato do dente dental (D)</i>	
Tipo de Cirurgia	<i>Ato menor</i>	
Diagnóstico Pós Operatório	<i>7</i>	
Relatório Imediato do Patologista	<i>7</i>	
Exame Radiológico no Ato	<i>7</i>	
Acidente Durante a Cirurgia	<i>7</i>	

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

*Acute em 094 reto anelídeo / Afunilar e remover
com pressão / Tornar a voltar em fundo (D) e aderir
num p/ placa / Fechar a crista e fixar com mola
num p/ placa e parafusar / Tira fio de 300.97-7
Suturar e curar.*





GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

	Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
COLHA DE ANESTESIA	Nome JAILINA GOMES DE SOUSA		Idade 17	Sexo F	
Data 03/09	Pressão Arterial Pulsos 120X80	Respiração CUMO AFRON	Temperatura	Peso	
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	
				Uréia	
				Outros	
Urina					
Ap. Respiratório	NVR em 100% 3/100			Asma	Bronquite
Ap. Circulatório	N/A em 100% 3/100			Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo	N/A em 100% 3/100			Pescoco	
Estado Mental	JGJOM			Ap. Urinário	
	207			Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório	INATUM OC PUNHO (O)			Estado Físico	Risco
Anamnese Anterior:					
Análise Pré-Anestésica					
11:15 11:30					
02				INDUÇÃO	
03				Satisf.	Excit. — Tosses
04				Laringo Espasmo	Lenta
05				Náuseas	Vômitos
06				Outros	
07				MANUTENÇÃO	
08				Anestesia Satisf. Sim S Não	
09				Não, porque?	
10				DESPERTAR	
11				Reflexos na SO	
12				Obstr.	CO ₂ — Excit.
13				Náuseas	Vômitos
14				Outros	
15				Com cânula	
16				para o leito sim não	
17				CONDIÇÕES	
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
101					
102					
103					
104					
105					
106					
107					
108					
109					
110					
111					
112					
113					
114					
115					
116					
117					
118					
119					
120					
121					
122					
123					
124					
125					
126					
127					
128					
129					
130					
131					
132					
133					
134					
135					
136					
137					
138					
139					
140					
141					
142					
143					
144					
145					
146					
147					
148					
149					
150					
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166					
167					
168					
169					
170					
171					
172					
173					
174					
175					
176					
177					
178					
179					
180					
181					
182					
183					
184					
185					
186					
187					
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					
201					
202					
203					
204					
205					
206					
207					
208					
209					
210					
211					
212					
213					
214					
215					
216					
217					
218					
219					
220					
221					
222					
223					
224					
225					
226					
227					
228					
229					
230					
231					
232					
233					
234					
235					
236					
237					
238					
239					
240					
241					
242					
243					
244					
245					
246					
247					
248					
249					
250					
251					
252					
253					
254					
255					
256					
257					
258					
259					
260					
261					
262					
263					
264					
265					
266					
267					
268					
269					
270					
271					
272					
273					
274					
275					
276					
277					
278					
279					
280					
281					
282					
283					
284					
285					
286					
287					
288					
289					
290					
291					
292					
293					
294					
295					
296					
297					
298					
299					
300					
301					
302					
303					
304					
305					
306					
307					
308					
309					
310					
311					
312					
313					
314					
315					
316					
317					
318					
319					
320					
321					
322					
323					
324					
325					
326					
327					
328					
329					
330					
331					
332					
333					
334					
335					
336					
337					
338					
339					
340					
341					
342					
343					
344					
345					
346					
347					
348					
349					
350					
351					
352					
353					
354					
355					
356					
357					
358					
359					
360					
361					
362					
363					
364					
365					
366					
367					
368					
369					
370					
371					
372					
373					
374					
375					
376					
377					
378					
379					
380					
381					
382					
383					
384					
385					
386					

SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital:	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário						
FOLHA DE ANESTESIA	Nome <i>Jailma Gomes de Souza</i>								
Data:	Pressão Arterial Pulso <i>07/01/17 120/80 / 80</i>	Respiração	Temperatura						
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematocrito						
	Glicemia	Ureia	Outros						
Urina	<i>UP</i>								
Ap. Respiratório	Asma Bronquite								
Ap. Circulatório	Eletrocardiograma <i>RRR</i>								
Ap. Digestivo	Dentes	Pescoço	Ap. Urinário						
Estado Mental	Ataraxicos	Corticoides	Alergia						
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>frt nido dtsf (E)</i>								
Antecedentes/Anotações									
Medicação Pré-Anestésicas	Aplicada à:	Efeito							
<p>Indução</p> <table border="1"> <tr> <td>Agentes</td> <td>Agente</td> <td>Sec.:</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>YAN</i></td> </tr> </table>				Agentes	Agente	Sec.:	<i>YAN</i>		
Agentes	Agente	Sec.:							
<i>YAN</i>									
<table border="1"> <tr> <td>Agente</td> <td>Sec.</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>YAN</i></td> </tr> </table>				Agente	Sec.	<i>YAN</i>			
Agente	Sec.								
<i>YAN</i>									
<p>MANUTENÇÃO</p> <p>Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não, porque?</p>									
<p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO _____ Obstr. CO₂ _____ Excit. _____ Nauseas _____ Vômitos _____ Outros _____</p>									
<p>CONDICÕES</p> <p>Com cânula _____ para o leito sim _____ não _____</p>									
<p>Observações</p> <p><i>Neocain 0,5% + Atos 1% - 40gf lido 6,5% - 80gf. Bloq Plexo Brach. Intersob + Atos fho ong fnt nido dtsf (E)</i></p>									
Agentes	Cânula								
Técnica									
Operação									
Cirurgião									
Anestesiologista									
Observações	<p><i>Dr. Fábio - 10/01/17 Anestesiologista CRM/PR 5716 - CRF/PR 1910 CNS 140 006763 519 429</i></p>								

Anote no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Jailma Gomes Souza

DA CLÍNICA
A CLÍNICA

Ortopédica
Radiológica

ENFERMARIA
LEITO

ED
09

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO
E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco cirúrgico

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente permanente hospitalizado. Neg. tab, DM, press. Relato de tabagismo ocasional. FG bom, eupneu, indolente, crônico, amadurecendo. Revisão RT BNF SLE. M: MU audee/MTT -> 14. ECG: ritmo sinusal regular. FCC: normal. ATC: suspeita de neoplasia pulmonar.

Risco cirúrgico: BAIXO

ABAIXO

APTA ao procedimento cirúrgico

Fco. George de Alencar Figueiredo
Cardiologia Clínica
CRM-PB 5124

24/10/117

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

07/10	LEITO	04	CONVENIO	17	REGISTRO	73504	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE 
CIRURGIA	TX Cirurg. Rad. 04	TX	CIRURGIA	me	ANESTESIA	tx - Culumberg	
ESTERIL	Scalpels						HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
INSTRUMENTADORA	Sugino	DATA	03/09/17	INICIO	11:25	FIM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Bomba de Infusão	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Aplicação de Sangue	1	Sonda de Foley
	TX. Monitor Cárddio-Respirador		Coletor de Urina
X	TX. de Laser		Seringa 1 ml
X	TX. de Curativo		Seringa 3 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 5 ml
X	TX. Sala		Seringa 10 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Aspirador Elétrico	1	Eletrodos desc.
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xiletestin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrônio
	Naracan	X	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plásil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Jaílson Gomes de Souza					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
DT. 1	LEITO 04	CONVENIO SUS	DATA 17	REGISTRO 73504	 HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CIRURGIA TTO C de fratura de radio		CIRURGIA Galdencio	ANESTESIA		
INSTRUMENTADORA Alan	DATA 05.09.17		INÍCIO 09:50	FIM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador 5F 50cm	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	6	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	2	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	5	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	2	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	5	Eletrodos desc.
	Neocain	2	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5% com uso		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2%	X	Espaladrado
	Etodimide	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Narcot		Algodão Ortopédico
	Forane	1	Cidex <i>outlets mscif</i>
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepan		Aguilha descartável
5	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
2	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasif		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
1	Abbocate 20)e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<i>incri 1</i>
		1	<i>nylon 3</i>



Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda
Rua Prof. Inácio Simões, 42
Centenário - CEP 58.428-013
Fone: (83) 3322.2575
Campina Grande - PB
topimplantes@gmail.com

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital:	<i>H.R. de Portes</i>	Código:	
Procedimento:	<i>Cirurgia de náclito distal</i>	Cód. do Procedimento:	<i>0</i>
Paciente:	<i>Guilherme Gomes da Silveira</i>		
Data da Cirurgia:	<i>05/07/17</i>	Prontuário Nº:	<i>73504</i>
Cirurgião:	<i>Gaudencio</i>	Coódigo:	<input checked="" type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

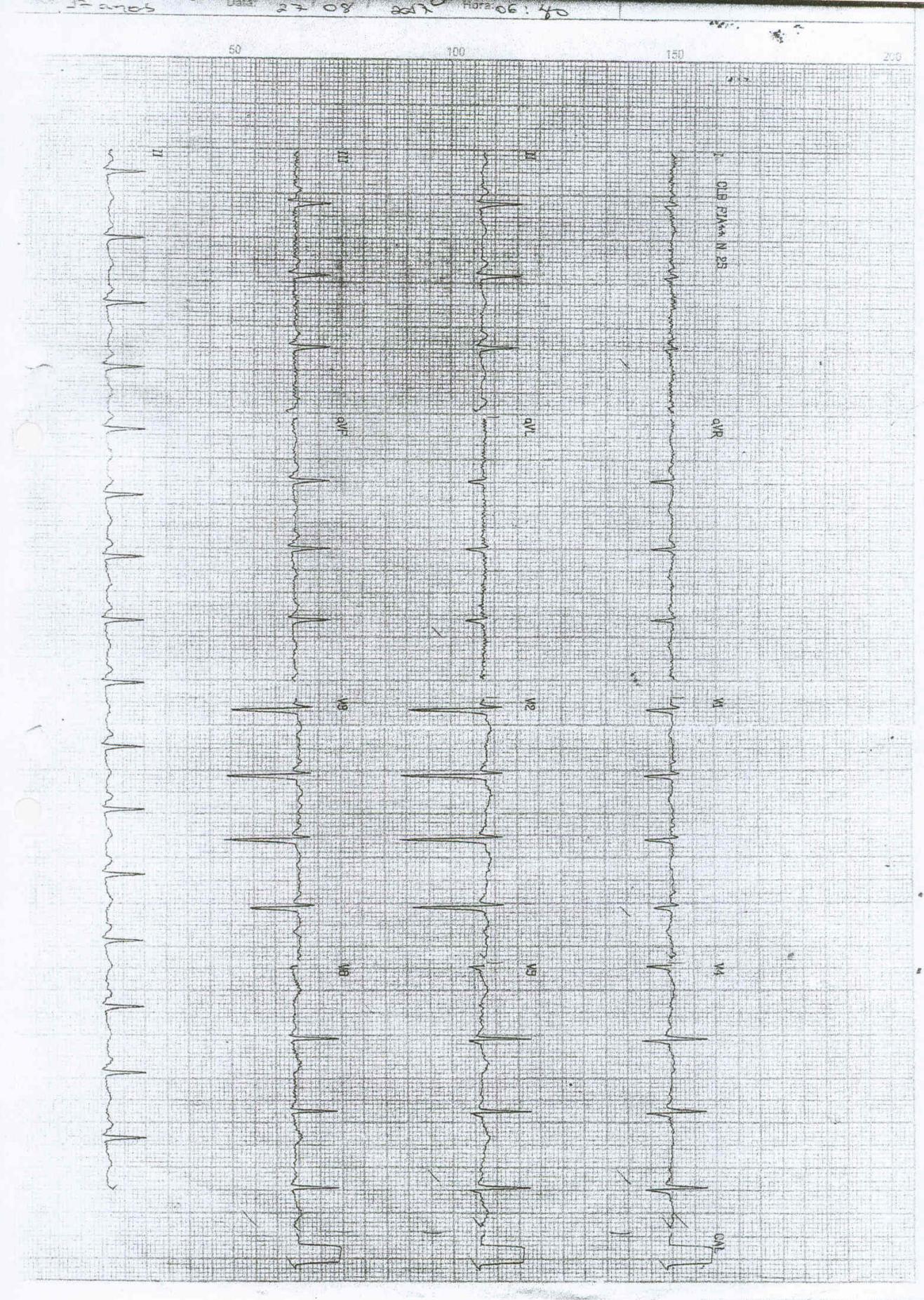
Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Nº do pedido: _____



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOILMA GOMES DE SOUSA Nascimento 27/03/2000 Idade: 17 Sexo: F
Medico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO Cod. Pac.: 15529 Protocolo: 35427
Laboratorio: INTERNO 28/08/2017 09:56:20
Enfermaria ORTOPEDIA Leito 1/04

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

Eritrócito:	3.880.000 /mm3	Masculino >13 anos 4.4 - 6.1 milhoes/mm3	Feminino >13 anos 4.2 - 5.4 milhoes/mm3
Hemoglobina:	11,7 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematócrito:	34,9 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	92,0 u3	80 - 98 u3	60 - 98 u3
H.C.M.:	31,0 pg	25 - 35 pg	23 - 35 pg
C.H.C.M.:	34,0 %	31 - 36 %	31 - 36 %
R.D.W.:	16,1 %	11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %

Observação Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais	9.900	Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm3		
Mielócitos	0	0	0	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	0 a 100
Bastonetes	0	0	0 a 5	0 a 500
Segmentados	76	7524	40 a 70	1.500 a 7.000
Eosinófilos	3	297	0 a 5	0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	0 a 100
Linfócitos				
Típicos	14	1386	20 a 35	500 a 3.500
Atípicos	0	0	-	-
Monócitos	7	693	2 a 10	80 a 1.000

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado 251.000
Valores de Referencia: 150.000 a 450.000

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO

Rita
Maria da Silva Costa
Farmacêutica Bioclinica
08/08/2017

G.VERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOILMA GOMES DE SOUSA Nascimento: 27/03/2000 Idade: 17 Sexo: F
Medico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO Cod. Pac.: 15529 Protocolo: 35427
Laboratorio: INTERNO 28/08/2017 09:56:20
Enfermaria ORTOPEDIA Leito 1/04

HEMATOLOGIA

TEMPO PROTROMBINA/TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO 12,3 segundo
Referencia: 11 a 15 segundos

CONTROLE 0 segundos
Metodo: QUICK Referencia: 11 a 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMATICA DA PROTROMBINA 66 %
Referencia: 75 a 100 %

INR 1,25

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVO 26,3 segundos
Material: PLASMA - CITRATO Referencia: 25 a 35 segundos
Metodo: BEL E ALTON Relação Plasma
Referencia: 0,9 a 1,2
Paciente/Normal

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOILMA GOMES DE SOUSA Nascimento 27/03/2000 Idade: 17 Sexo: F
Medico: GAUDÊNCIO MENDES DE S. FILHO Cod. Pac.: 15529 Protocolo: 35427
Laboratorio: INTERNO 28/08/2017 09:56:20
Enfermaria ORTOPEDIA Leito 1/04

BIOQUIMICA I

GLICOSE (JEJUM) 68,0 mg/dL
Material: PLASMA Referencia: 65 a 99 mg/dL
Metodo: ENZIMATICO AUTOMATIZADO

Nefton
Nefton
Lúcia Maria Sá Costa
Lúcia Maria Sá Costa
28/08/2017

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE COREMAS - ESTADO DA PARAÍBA

Processo:0800386-42.2018.815.0561

JAILMA GOMES DE SOUZA, já qualificado(a) nos autos do processo em evidência, vem através de Vossa Excelência requerer:

I - Vem este causídico juntar aos autos **substabelecimento sem reserva** de poderes, do **DR. JONAS GUEDES DE LIMA**, **inscrito na OAB/PB 18.027**, para **ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES**, **inscrito na OAB/PB 17.997**, e **ARTHUR ALVES DE MEDEIROS**,**inscrito na OAB/PB25.763**, **bem como as intimações futuras sejam em nome destes**, que a recebem em seu escritório na Rua Paulo Mendes, 16, Centro de Patos-PB.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Patos - PB, 2 de setembro de 2018

ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES

OAB/PB 17.997

ARTHUR ALVES DE MEDEIROS

OAB/PB. 25.763



SUBSTABELECIMENTO

JONAS GUEDES DE LIMA, brasileiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil – OAB/PB 18.027, com escritório profissional na Rua Paulo Mendes, nº 16 Centro Patos – PB, mediante o presente instrumento, **SUBSTABELECE SEM RESERVAS IGUAIS**, à(o) ALBERTO LEITE DE S. PIRES, OAB/PB 17.997 e ARTHUR ALVES DE MEDEIROS, na OAB/PB sob o nº 25.763, os poderes consoante cláusula **AD JUDITIA** que foram conferidos por,
Jailma Gomes de Souza

referente a Ação de Ordinária de Cobrança de DPVAT.

Patos-PB, 01 de outubro de 2018.



JONAS GUEDES DE LIMA
OAB/PB 18.027
OAB/RN 1.062-A

Processo n°: 0800386-42.2018.8.15.0561

Autor(a): JAILMA GOMES DE SOUZA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.
2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do NCPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, deste Diploma.
3. Cite-se a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.
4. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, conforme os arts. 350 e 351 do NCPC, podendo, inclusive, corrigir eventual irregularidade ou vício sanável no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do art. 352 do NCPC.
5. Após a apresentação da impugnação, ou esgotado o prazo, as partes devem especificar as provas que pretendem produzir, nos termos do art. 370 do NCPC, justificando-as, sob pena de indeferimento, conforme o art. 370, parágrafo único, do NCPC. O silêncio ou o protesto genérico por produção de provas serão interpretados como anuência ao julgamento antecipado, indeferindo-se, ainda, os requerimentos de diligências inúteis ou meramente protelatórias. Na mesma oportunidade, as partes deverão informar se existe interesse na tentativa de conciliação. Assinalo o prazo de 05 (cinco) dias.

Cumpra-se. Intimações e Diligências necessárias.

Coremas – PB, 8 de novembro de 2018.

LUIZ GONZAGA PEREIRA DE MELO FILHO - Magistrado

Assinatura digital