



Número: **0800393-64.2018.8.15.0551**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **20/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 11137.5**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	INACIO BRUNO SARMENTO
AUTOR	JOSINALDO PEREIRA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16719003	20/09/2018 15:30	Procuração	Procuração
16718994	20/09/2018 15:30	Doc. Pessoais e Comp. de Residência	Documento de Identificação
16718975	20/09/2018 15:30	SAMU, BO e Comp. de Pag. Administrativo	Outros Documentos
16718956	20/09/2018 15:30	Doc. Médica 1	Outros Documentos
16718937	20/09/2018 15:30	Doc. Médica 2	Outros Documentos
16718919	20/09/2018 15:30	Doc. Médica 3	Outros Documentos
16718903	20/09/2018 15:30	Doc. Médica 4	Outros Documentos
16718701	20/09/2018 15:30	Doc. Médica 5	Outros Documentos
17079812	09/10/2018 12:15	Despacho	Despacho
19368394	21/02/2019 13:17	Provimento Correcional	Provimento Correcional

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Josinaldo Pereira, brasileiro (a),
Solteiro, aguardante portador da Cédula de Identidade nº:
2361294, inscrito no CPF nº: 000 / 953 / 894 / 23, residente e domiciliado
na Rua Manoel Curita Neto, Nº 47, Bairro, Centro,
na Cidade de Remigio /PB.

OUTORGADO: INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Av. Dinamerica Alves
Correia, 1020 - loja 02, Bairro: Dinamerica, na Cidade de Campina Grande/PB,
3334-1289/99988-5048/98769-2274.**

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos
do Outorgante perante qualquer Entidade, autarquia ou Órgão na esfera Administrativa
Estadual, Municipal e Federal ou 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 n.º 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos
Advogados do Brasil).

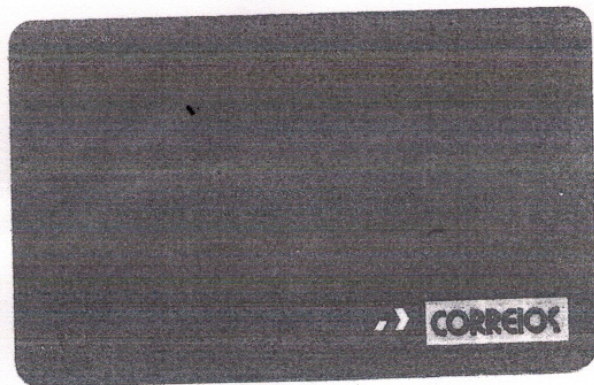
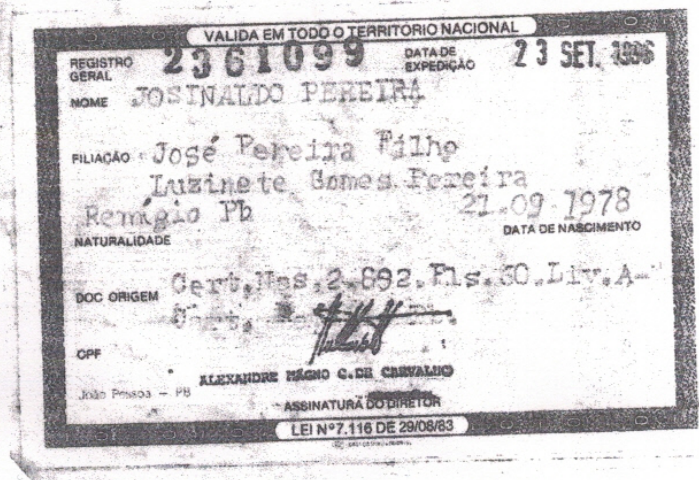
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 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, 20 de Setembro de 20 18



Outorgante/Declarante



LUZINETE GOMES PEREIRA
RUA MANOEL GURITA NETO, 47 - CENTRO
REMIGIO / PB CEP: 58399000 (AG. 71)
Emissão: 14/06/2018 Referência: Jun / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 7 - 73 - 250 - 2820 Nº medidor: 00000446055

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 007.954.260
Cód. para Débito Automático: 00006174353

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

Conta referente a: Jun / 2018 Apresentação: 14/06/2018 Data prevista da próxima leitura: 16/07/2018 CPF / CNPJ / RANI: 99627892491 Insc. Est.: 5/617435-3

UC (Unidade Consumidora): 5/617435-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 16/05/18 Leitura: 8405	Data: 14/06/18 Leitura: 8458	1	51	30

CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Anual (R\$)	Base Calc. Pós (R\$)	Condição (R\$)
0601	Consumo em kWh	51,000	0,707050	36,08	36,08	25
0601	Adic. B. Amarela			0,38	0,38	25
0601	Adic. B. Vermelha			1,71	1,71	25
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			5,44	0,00	0

CCl: Código de Classificação do Item TOTAL: 43,59 38,15 9,53 38,15 0,34 1,58

Média últimos meses (kWh)
47

VENCIMENTO
21/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 43,59

Histórico de Consumo (kWh)											
49	44	40	40	46	42	51	50	45	54	52	53
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO AO FISCO
7784.3505.96f5.9bd3.5414.787e.838a.3c6e.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,27	2,85	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa/PB	9,28	21,30
DIC TRIMESTRAL	12,54			Compra de Energia	13,42	30,79
DIC ANUAL	25,08			Serviço de Transmissão	1,42	3,26
FIC MENSAL	6,42	1,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	2,57	5,90
FIC TRIMESTRAL	18,65		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	16,89	38,75
FIC ANUAL	37,30	2,85	LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,21			Total	43,59	100,00
DICRI	12,22					

Valor do EUSD (Ref. 4/2018) R\$ 13,78

ATENÇÃO

Faturas em atraso

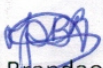


**Prefeitura Municipal de Esperança
Secretaria de Saúde
Base Descentralizada do Serviço Móvel de Urgência**

Em 18 de Maio de 2018.

Declaração

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ESPERANÇA-PB, foi solicitado para realizar atendimento pré-hospitalar a **JOSINALDO PEREIRA**, vítima de acidente Motociclistico, no dia 15/04/2018, na rua Manoel Rodrigues, município de Esperança/PB, as 19h34min. Encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande.


Jarina Danielly Brandao Borborema
Coordenadora da Rede de Urgência



**GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL**

2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA

DELEGACIA DE ACIDENTES DE

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000473/18

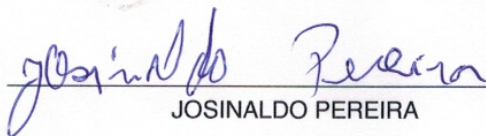
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000473/18 registrada em 08/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:10 horas, compareceu o Sr. JOSINALDO PEREIRA, com 39 anos de idade, filho de JOSÉ PEREIRA FILHO e LUZINETE GOMES PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 2.361.099, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10095389423, residindo à rua MANOEL GURITA NETO, 47, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO - PB.


Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h34min dia 15.04.2018, estava trafegando pela Rua Manoel Rodrigues, área central de Esperança, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ESD, ano/modelo 2014/2014, cor preta, chassi nº 9C2KD0540ER081257, de placa QFC-1790/PB, licenciado em nome de Jefferson Felipe da Silva Balbino, quando no cruzamento com a Rua José de andrade foi supreendido por um veículo de marca, placase outras características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, o qual invadiu o sinal vermelho e colidiu na motocicleta que era ocupada pelo comunicante, que foi jogado ao solo, sofrendo escoriações diversas e fratura no seu membro inferior direito, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa luminosidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Agosto de 2018


JOSINALDO PEREIRA

Declarante


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

SINISTRO 3180392907 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSINALDO PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Compre

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSINALDO PEREIRA


CPF/CNPJ: 10095389423

Posição em 20-09-2018 13:55:39

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/09/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/08/2018	Aviso de Sinistro	

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO[illegible]

<http://10.1.1.148/projetohtca/urgencia.php?contar=1635650>

2/2

15/04/2018

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1635650 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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: 15/04/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: JOSINALDO PEREIRA CEP: 58135000 Nascimento: 15/04/1983

Endereço: RUA 07 DE SETEMBRO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Esperança

Idade: 035

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe:

RG:

Nº: 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

Atend: 15/04/2018

CNS: 21548297

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 20:46:58

CONVÊNIO: SUS

Médico:

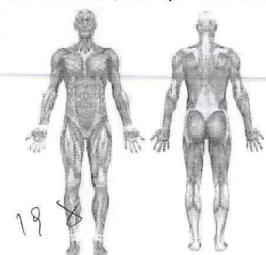
CRM:

Especialidade:

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. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

Exame físico: A. Visão geral: Bom. B. Inspeção: A. Pulso: 110 bpm. B. Pressão: 120/80 mmHg. C. Temperatura: 36,5°C. D. Sinais vitais: Estáveis. E. Estado mental: Bom. F. Estado de consciência: Bom. G. Estado de orientação: Bom. H. Estado de comunicação: Bom. I. Estado de interação: Bom. J. Estado de cooperação: Bom. K. Estado de colaboração: Bom. L. Estado de participação: Bom. M. Estado de envolvimento: Bom. N. Estado de comprometimento: Bom. O. Estado de comprometimento: Bom. P. Estado de comprometimento: Bom. Q. Estado de comprometimento: Bom. R. Estado de comprometimento: Bom. S. Estado de comprometimento: Bom. T. Estado de comprometimento: Bom. U. Estado de comprometimento: Bom. V. Estado de comprometimento: Bom. W. Estado de comprometimento: Bom. X. Estado de comprometimento: Bom. Y. Estado de comprometimento: Bom. Z. Estado de comprometimento: Bom.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS: Sim, por Dor + T. Antib.

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: () Radiografias: () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	St. 0,9% 1000 ml, EV	20:50
2		
3	Interferência após liberação	
4	da cirurgia geral	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Tito Lívio Vieira Castro
Cr. Geral / Cr. Cabeça / Cr. P.
CRM-PB 6645

http://10.1.1.148/projetohtcg/impurgencia.php?contar=1635650

1/2

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
ASS. 24 / 05 / 2018
Julio



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE E ADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Jornaldo Pereira		
End:	R. 07 de Setembro	Bairro:	
Data de Nascimento:	34 anos	Documento de Identificação:	
Queixa:	de	Data do Atend.:	15-04-18
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Hora: 20:42

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

M. do S. Arquivo
Entrevista
COREN-PB 4512

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Alice E. N. B. *Alice*
The Department of
CORE 238298

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
Jornal de Paraiiba		DN: 25/04/183			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	Sulao	SUS	35g	1635 650	
CIRURGIA Osteossintese de tibia D.			GIRURGIÃO Dr. Jose Paulo		
ANESTESIA Rugue + Sulfato EV			ANESTESIA Do Patricia		
INSTRUMENTADORA Jose + Flávio		DATA 22/04/18	INICIO 08:00	FIM 09:45	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	35	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
02	Dimofe amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl/ osso
02	Inova ml midogolen		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	04	Mononylon
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23-20		Prolene Serfix
02	Agua Destilada amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
02	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0	03	Vicryl Serfix
	Flaxidól amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.	03	Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	3L	Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.	03	PVPI Degomante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	Qtd.	SOROS
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	02	SG Ringer fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	02	SG fr 500 ml
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática	02	Fio de Vinilammon 3.0..
01	navechish.		Sonda Uretral nº	01	AROTA TIBIAL 09/340
02	THUXICAM.		Sterydrem ml		(CBP Implanta)
02	omeprazol		Torneirinha	01	Parafuso Torçao
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	04	Parafusos diversos
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28	02	Latege		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Sulfados		
01	Agulha pl/ raque nº 26				
03	Álcool de Enfermagem 70%				
	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon 20cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

SECRET 5/05/18 | 01
Validade: 5/05/18 | 01
Ciclo: 1

VAPOR - MARRON OU PRETO - TIPO 1

Eme 22/04/18 | 02
Processado em: 22/04/18 | 02
Autoclave: 22/04/18 | 02
Operador: 10-1

Validade: 3/05/18 | 16
Ciclo: 1

VAPOR - MARRON OU PRETO - TIPO 1

Processado em: 22/04/18 | 02
Autoclave: 22/04/18 | 02
Operador: 10-1

Validade: 7/05/18 | 10
Ciclo: 1

VAPOR - MARRON OU PRETO - TIPO 1

Processado em: 22/04/18 | 02
Autoclave: 22/04/18 | 02
Operador: 10-1

Validade: 5/05/18 | 05
Ciclo: 1

VAPOR - MARRON OU PRETO - TIPO 1

Processado em: 22/04/18 | 02
Autoclave: 22/04/18 | 02
Operador: 10-1

EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso ☒ Foco Auxiliar
☐ Serra ☐ Eletrocautério
☐ Desfibrilador ☐ Oxícapnógrafo
☐ Foco Frontal ☒ Cardiomonitor
☒ Fonte de Luz ☒ Gerador El

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		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Yasircedo Pereira	Idade:	35 anos
Convênio:		Data:	22/04/18
Procedimento:	Osteossintese de Tíbia D.		
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Estevão
Início:		Término:	
		Anestesia	Roque + Sedação IV

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 103



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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PO Ex ons pro D

Paciente	Arnaldo Pereira	Alojamento	9	Leito	3	Convênio	
----------	-----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20.04	① Dito line ② SR 1500 - 10 249 ③ Dipro 40 ps VO 6169 ④ Fw el 100g + 100e 5899. 10 8188 ⑤ 4/1.6 x 1g + ABD 10 121128 ⑥ Clax 40mg SC 4440 ⑦ Fina nota ⑧ 55VU + CCGA 6	19 20 30 21 22 24 25 26 27	B24, 1500, 10 249 CB: VPM 6 Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907
	Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907		

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
19/04	18:00				80		<p>Resposta satisfatória</p> <p>de boa evolução</p> <p>medicação com</p> <p>foram prescrita</p> <p>sem medicação</p>	<p>Josilene Dias Cruz</p> <p>COREN-PB 700.765-1E</p>

Diagnóstico

ORTOP I
LEIU 9.3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PC

Fx does pure D

PRE OP

Paciente

Gonzalo Perera

ALA ORTOPÉDICA

Leito

Convênio	
----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução
19.04.18	1 DIETA LIVRE <i>opos RPA</i>	CTE	500 500 800
	2 JELCO SALINIZADO <i>SAL 1500 e 1024</i>	24	06
	3 DIPIRONA 1g VO. 6/6H <i>100 400 600</i>	06	
	4 OMEPRAZOL 20mg VO JEJUM	ATT	
	5 CURATIVO 1X DIA		
	6 FISIO MOTORA		
	7 SSVV+CCGG	ATT	
	8 CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>SUSPENSÃO</i>	24	
	9. <i>Getúlio Vargas</i> 1g + AD IV 12/128		
	10. <i>Trasololol</i> + <i>10ml 500961V 8185</i>		
	<i>Dr. Euler Fabrício A. Cruz</i> MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-RB 9957		
			<i>#ORTOPEDIA# DIH: 4</i>
			<i>PDI</i> <i>Paciente submetido a proctostomia</i> <i>cirúrgica, com suturas</i>
			<i>CD: 6PM</i> <i>Rx de controle</i>
			<i>Dr. R...</i> MR Or: <i>[Signature]</i> <i>CRM-RB 9900</i>

MOD. 035

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		2
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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Assinatura do anestesista



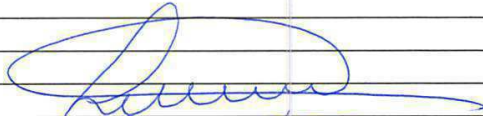
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Joinaldo Pereira</u>	Idade: <u>35 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>19/04/18.</u>
Procedimento: <u>Tst. curativo c/ fixação de Fratura de Tibia</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Julio</u>	Auxiliar: <u>MR: Dr. Evilan</u> Anestesista: <u>Dr. Wandley</u>
Início: <u>14:00</u>	Término: <u>15:00</u> Anestesia <u>Raqui</u>

[illegible][illegible]

Observações:

Paciente consciente e orientado, monitorizando voluntariamente 24 mc/min. Sem gases. Oligo de SPO2




Assinatura Anestesista 1553

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Josinaldo Pereira</u> <u>do 15-04-83</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>SUS</u>	<u>35</u>	<u>7635450</u>		
CIRURGIA <u>Trot. euryf. cl. fix.</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. João MRJ De Eudon</u>				
ANESTESIA <u>Rodui</u>		ANESTESIA <u>De Wanderley</u>				
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM			
<u>Rebeca</u>	<u>19-04-18</u>	<u>14:00</u>	<u>15:00</u>			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	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	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Espadrado Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	<u>02</u>	Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico	<u>01</u>		
	Lasix amp.	Saco coletor			
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml	<u>02</u>		
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	<u>1</u>		
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley			
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18 <u>16</u>			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<u>05</u> <u>Eletr. Fr. do</u>			
	Agulha p/ raque nº				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml <u>P/ Lavan</u>
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

Qtd.	EQUIPAMENTOS
	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: [Assinatura]

MOD 066



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Fratura de Tíbia	
Tipo de Operação		artroscopia e fixação	
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		S/M	
Acidente Durante a Operação		Nro	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1/	Artroscopia
2/	Anestesia geral + Antiespasmódico
3/	Campos operatórios
4/	Redução da placa de CD + Bandagem
5/	Redução imediata da fratura
6/	Parafusamento da fixação após redução
7/	Transfusão de sangue
8/	Passagem de Haste intramedular
9/	340
10/	Bloqueio anestésico e do sistema
11/	Exatidão
12/	Integridade
13/	curadouro

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9551

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

A hand-drawn diagram of a cell. It consists of a large oval boundary. Inside this boundary, there is a smaller circle representing the nucleus. Within the nucleus, there is a small dot representing the nucleolus.

Act de 1885
de l'ordre de

Paciente	022nd de 1990	Alojamento		Leito	08.	Convênio	
----------	---------------	------------	--	-------	-----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
18/04	21.00 - 22.00			
21	St 15cc 2 cu 24	1 ^o	2 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	3 ^o	4 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	5 ^o	6 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	7 ^o	8 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	9 ^o	10 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	11 ^o	12 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	13 ^o	14 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	15 ^o	16 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	17 ^o	18 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	19 ^o	20 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	21 ^o	22 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	23 ^o	24 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	25 ^o	26 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	27 ^o	28 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	29 ^o	30 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	31 ^o	32 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	33 ^o	34 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	35 ^o	36 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	37 ^o	38 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	39 ^o	40 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	41 ^o	42 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	43 ^o	44 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	45 ^o	46 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	47 ^o	48 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	49 ^o	50 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	51 ^o	52 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	53 ^o	54 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	55 ^o	56 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	57 ^o	58 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	59 ^o	60 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	61 ^o	62 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	63 ^o	64 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	65 ^o	66 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	67 ^o	68 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	69 ^o	70 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	71 ^o	72 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	73 ^o	74 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	75 ^o	76 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	77 ^o	78 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	79 ^o	80 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	81 ^o	82 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	83 ^o	84 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	85 ^o	86 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	87 ^o	88 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	89 ^o	90 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	91 ^o	92 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	93 ^o	94 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	95 ^o	96 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	97 ^o	98 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	99 ^o	100 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	101 ^o	102 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	103 ^o	104 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	105 ^o	106 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	107 ^o	108 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	109 ^o	110 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	111 ^o	112 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	113 ^o	114 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	115 ^o	116 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	117 ^o	118 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	119 ^o	120 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	121 ^o	122 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	123 ^o	124 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	125 ^o	126 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	127 ^o	128 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	129 ^o	130 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	131 ^o	132 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	133 ^o	134 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	135 ^o	136 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	137 ^o	138 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	139 ^o	140 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	141 ^o	142 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	143 ^o	144 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	145 ^o	146 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	147 ^o	148 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	149 ^o	150 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	151 ^o	152 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	153 ^o	154 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	155 ^o	156 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	157 ^o	158 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	159 ^o	160 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	161 ^o	162 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	163 ^o	164 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	165 ^o	166 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	167 ^o	168 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	169 ^o	170 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	171 ^o	172 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	173 ^o	174 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	175 ^o	176 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	177 ^o	178 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	179 ^o	180 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	181 ^o	182 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	183 ^o	184 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	185 ^o	186 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	187 ^o	188 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	189 ^o	190 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	191 ^o	192 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	193 ^o	194 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	195 ^o	196 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	197 ^o	198 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	199 ^o	200 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	201 ^o	202 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	203 ^o	204 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	205 ^o	206 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	207 ^o	208 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	209 ^o	210 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	211 ^o	212 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	213 ^o	214 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	215 ^o	216 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	217 ^o	218 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	219 ^o	220 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	221 ^o	222 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	223 ^o	224 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	225 ^o	226 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	227 ^o	228 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	229 ^o	230 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	231 ^o	232 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	233 ^o	234 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	235 ^o	236 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	237 ^o	238 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	239 ^o	240 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	241 ^o	242 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	243 ^o	244 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	245 ^o	246 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	247 ^o	248 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	249 ^o	250 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	251 ^o	252 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	253 ^o	254 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	255 ^o	256 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	257 ^o	258 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	259 ^o	260 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	261 ^o	262 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	263 ^o	264 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	265 ^o	266 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	267 ^o	268 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	269 ^o	270 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	271 ^o	272 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	273 ^o	274 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	275 ^o	276 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	277 ^o	278 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	279 ^o	280 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	281 ^o	282 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	283 ^o	284 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	285 ^o	286 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	287 ^o	288 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	289 ^o	290 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	291 ^o	292 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	293 ^o	294 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	295 ^o	296 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	297 ^o	298 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	299 ^o	300 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	301 ^o	302 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	303 ^o	304 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	305 ^o	306 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	307 ^o	308 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	309 ^o	310 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	311 ^o	312 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	313 ^o	314 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	315 ^o	316 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	317 ^o	318 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	319 ^o	320 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	321 ^o	322 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	323 ^o	324 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	325 ^o	326 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	327 ^o	328 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	329 ^o	330 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	331 ^o	332 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	333 ^o	334 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	335 ^o	336 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	337 ^o	338 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	339 ^o	340 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	341 ^o	342 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	343 ^o	344 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	345 ^o	346 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	347 ^o	348 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	349 ^o	350 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	351 ^o	352 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	353 ^o	354 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	355 ^o	356 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	357 ^o	358 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	359 ^o	360 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	361 ^o	362 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	363 ^o	364 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	365 ^o	366 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	367 ^o	368 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	369 ^o	370 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	371 ^o	372 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	373 ^o	374 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	375 ^o	376 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	377 ^o	378 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	379 ^o	380 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	381 ^o	382 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	383 ^o	384 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	385 ^o	386 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	387 ^o	388 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	389 ^o	390 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	391 ^o	392 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	393 ^o	394 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	395 ^o	396 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	397 ^o	398 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	399 ^o	400 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	401 ^o	402 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	403 ^o	404 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	405 ^o	406 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	407 ^o	408 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	409 ^o	410 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	411 ^o	412 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	413 ^o	414 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	415 ^o	416 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	417 ^o	418 ^o	
21	St 15cc 2 cu 24	419 ^o	420 ^o	
21	St 15cc 2 cu			

Data da internação: 15/04/2018 Hora: 21:38:35

SUS Sistema Único de 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 JOSINALDO PEREIRA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1635667
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1983
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 N° DE TELEFONE	12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA 07 DE SETEMBRO, 0, CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Esperança	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250600
15 - UF PB	16 - CEP 58135000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Na e de umiglorch Perna Depend</div>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">1 to cin</div>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Exat os do tema</div>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278218009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/04/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: INACIO BRUNO SARMENTO
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=18092015221346500000016287676
Número do documento: 18092015221346500000016287676

Data da internação: 15/04/2018 Hora: 21:38:35

 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 JOSINALDO PEREIRA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1635667	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1983	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> H Fem <input type="checkbox"/> B		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA 07 DE SETEMBRO, 0, CENTRO		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Esperança		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250600	
15 - UF PB		16 - CEP 58135000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Na e de Jamilgharch Perra Esperança</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>1 to CIN</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Exame físico</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02			
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278218009			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/04/2018			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD. ORGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

D E S P A C H O

Vistos, etc.

Defiro a Gratuidade da Justiça (CPC, art. 98, §1º). Anotações de estilo.

Entendo por incabível a designação da audiência de conciliação a que se refere o artigo 334, do CPC, haja vista que, nos casos como o do presente processo, a parte ré se recusa a realizar qualquer tipo de acordo, sem a anterior realização de perícia médica, para avaliar a situação física da parte autora.

Assim, cite-se o réu para, querendo, apresentar resposta à inicial, no prazo de 30 (trinta) dias.

REMÍGIO, #Data.

Juliana Dantas de Almeida Borges

Juíza de Direito Titular



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

21 de fevereiro de 2019

Conclusão ao M.M Juiz para os devidos fins.

Juiz(a) Corregedor(a)