



Número: **0811030-12.2017.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **27/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	EMMANUEL SARAIVA FERREIRA
AUTOR	NOBERTO PEREIRA DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
8447560	27/06/2017 13:31	DEC DE POBREZA E PROCURAÇÃO	Outros Documentos
8447572	27/06/2017 13:31	DOC PESSOAL	Outros Documentos
8447586	27/06/2017 13:31	ENTRADA ADMINISTRATIVA	Outros Documentos
8447598	27/06/2017 13:31	B.O	Outros Documentos
8447609	27/06/2017 13:31	DOC MEDICA-otimizado 1	Outros Documentos
8447624	27/06/2017 13:31	DOC MEDICA-otimizado 2	Outros Documentos
8447646	27/06/2017 13:31	DOC MEDICA-otimizado 3	Outros Documentos
8447667	27/06/2017 13:31	DOC MEDICA-otimizado 4	Outros Documentos
8447692	27/06/2017 13:31	DOC MEDICA-otimizado 5	Outros Documentos
8447714	27/06/2017 13:31	DOC MEDICA-otimizado 6	Outros Documentos
8582865	06/07/2017 17:10	Despacho	Despacho
17466326	29/10/2018 15:57	Certidão	Certidão

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Sr (a). ROBERTO PEREIRA DA SILVA,
brasileiro (a), DIVORCIADO, METALURGICO portador da
cédula de Identidade RG de nº 813189 - órgão expedidor
SSP PB e inscrito no CPF sob o nº 338.318.404.82, residente e
domiciliado no (a) APRÍGIO PEREIRA NEPOMUCENO,
nº 1035, Bairro ROSA CRYL, cidade C. GRANDE, UF PB CEP
58415-310. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é pobre na
forma da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as despesas processuais na
AÇÃO DE COBRANÇA C/C REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS NA
COMARCA DE C. GRANDE - PB. Afirmo ainda ser
conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais
digno de registro, assina o presente.

C. GRANDE, PB, em 05/04/2017

Roberto Pereira da Silva.

Declarante

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: ROBERTO PEREIRA DA SILVA brasileiro (a),
DIVORCIADO, METALÚRGICO, portador (a) do CPF nº
338 1318 1404 182 e no RG de nº 813189, residente e domiciliado (a)
no(a) na Rua: APRÍGIO PEREIRA NEPONCENO, nº 1035, Bairro -
ROSA CRUZ, na Cidade de

CAMPINA GRANDE PB, nomeia e outorga poderes ao **Outorgado:** Bel.
EMMANUEL SARAIVA FERREIRA, Solteiro, OAB 16928/PB, podendo ser intimados na Rua
Floriano Peixoto 4510, Malvinas, nesta cidade de Campina Grande/PB, ao qual confere amplos e gerais
poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM
ESPECIAL DE INTENTAR A JURISDIÇÃO, COM AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO
DPVAT, junto a Comarca de C. GRANDE - PB**, podendo o outorgado,
confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar
réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requer seguro de vida, junto bem
como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o
final do julgamento, representado ainda o outorgante, podendo ajuizar apelação criminal, ou, qualquer
outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da PARAÍBA,
podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento as parte outorgante e outorgado firmam o
presente contrato, onde o fica estabelecido que **honorários advocatícios sejam pagos na base
de 30%, (trinta por cento) sobre o valor bruto da condenação final apurado em
liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme
pacto através do presente contrato, nos termos do Art. 22, § 4º, da Lei 8.906-1994. Nada
mais a constar lavro o presente que vai por todos devidamente assinado para que
surta seus jurídicos e legais efeitos.**

Campina Grande/PB, em 05/ Abril /2017

Outorgante: Roberto Pereira da Silva.

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá
nova redação ao art. 38 do CPC.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, NOBERTO PEREIRA DA SILVA,

RG nº 813189, data de expedição 20/11/85, Órgão SSP/PB

CPF nº 338.318.40482 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA APRÍGIO PEREIRA NEPOMUCENO</u>
Número	<u>1035</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ROSA CRUZ</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58415-310</u>
Telefone de Contato	<u>91.982988.55 9.88370673</u>
E-mail	<u>balbinoascg@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: C. GRANDE - PB. 05/04/2017

Assinatura do Declarante: Roberto Pereira da Silva

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PÁRAIBA		813.189 2ª via	DATA DE EXPEDICAO 20/11/1985
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA		NOBERTO PEREIRA DA SILVA	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA		João Pereira da Silva	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		Jozelina Felícia da Silva	
		Campina Grande-PB	19/12/1958
		DATA DE NASCIMENTO	
ASSINATURA DO TITULAR		Cert. Nas. Nº 8877; Fls. 123; Liv. 338.318.404/82	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		Cert. Sac José de Espinharas-PB	
		338.318.404/82	
		João Pessoa - PB	
		ASSINATURA DO DIRETOR	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

11572264

N.OSP

NOTIFICACAO DE DEBITO

13772842

JOSELINA FELICIA DA SILVA
RUA APRIGIO PEREIRA NEPOMUCENO 1035ROSA CRUZ 58415- 310
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.86.005.0271	0	Residencial	Comercial	Industrial	Público	11572264
1	0	0	0			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y09S088156	06/03/2009	4	LIGADO	LIGADO		

Consta(m) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.

REFERENCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
OUT/2016	27/10/2016	59.00
DEZ/2016	27/12/2016	59.00

EMISSAO: 12/02/2017

Total a Pagar: R\$118,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUICOMPROVANTE DE PAGAMENTO
ARRECADACAO DE CONVENIO29/03/2017 13:00:33
DATA DE EFETIVACAO: 29/03/2017
CONVENIO: 000468797
OPERADOR: thayuaneREPRESENTACAO NUMERICA
826400000012 180000109009
115722640139 772842000006
CONVENIO: CAGEPA CIA AG ESG PA
PAGTO.EFETUADO EM: 29/03/2017
VALOR: 118,00
COD.OPERACAO: 000118292OPERACAO REALIZADA COM SUCESSO
CAIXA AQUI
É A CAIXA EM TODO O BRASILSAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170235634 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** NOBERTO PEREIRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624**BENEFICIÁRIO** NOBERTO PEREIRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 33831840482**Posição em 26-06-2017 15:04:20**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



BOLETIM DE Ocorrência

Nº00097.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 27/02/2017

Hora: 21:35:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Aprigio Nepomuceno, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	<p>Nome: Noberto Pereira da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Jozelina Felicia da Silva e João Pereira da Silva Idade: 58 Data de Nascimento: 19/12/1958 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: divorciado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Metalurgico Documentos(s) de Identificação: CPF nº 338.318.404-82 Endereço: Rua Aprigio Nepomuceno, 1035, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98626-4952</p>
	<p>Nome: José Ronaldo da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Maria do Socorro Laurindo Silva e Paulo Maria da Silva Idade: 34 Data de Nascimento: 15/02/1983 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: solteiro(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Agente de Seguro Documentos(s) de Identificação: CPF nº 043.504.464-86 Endereço: Rua- Projetada, 70, Bodocongó, Campina Grande, PB Complemento: Quadra10, lote, 20 Telefone: Não informado</p>
TESTEMUNHA	<p>Nome: Mailton Silva de Oliveira Conhecido por: Não informado Filiação: Maria de Fátima Silva e Moacir de Fátima Silva Idade: 29 Data de Nascimento: 09/09/1987 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: solteiro(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Corretor de Seguro Documentos(s) de Identificação: CPF nº 071.314.554-40 Endereço: Rua- Dom Helder Pessoa Câmara, 70, Malvinas, Campina Grande, PB Complemento: Não informado</p>



(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESDI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2015, placa QFI-8418, chassi 9C2KC1680FR304481, renavam 0106110926-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 CG FAN ESDI, Ano/Modelo 2015/2015, cor preta, Placa QFI-8418-PB, Chassi de Nº 9C2KC1680FR304481, licenciada em nome de Thiago Oliveira de Melo, (piloto da moto no momento do acidente José Vanderlei Chaves de Carvalho), quando trafegava na rua Aprigio Nepomuceno, bairro Jardim Paulistano, nesta cidade, momento em que o piloto da motocicleta acima descrita, colidiu na lateral da bicicleta que o comunicante pedalava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura de Fêmur na perna esquerda, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade e em seguida foi transferido para o Hospital Antonio Targino, nesta cidade, onde foi feita a cirurgia. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

ADENDOS:

Usuário: Ademir da Costa Vilar

Data e Hora: 10/04/2017 15:35

Delegacia: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

Descrição: Por erro na interpretação da narrativa, onde se ler que o comunicante conduzia a motocicleta acima descrita, leia-se que o mesmo PEDALAVA SUA BICICLETA, MOMENTO EM QUE FOI ATROPELADO PELO PILOTO DA MOTOCICLETA JÁ MENCIONADA, NO HISTÓRICO DO PRESENTE BOLETIM.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 31 de março de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

NOBERTO PEREIRA DA SILVA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

[illegible]

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

[] G [] D [] E [] F []
RX DE CONTROLE
 REALIZADO EM 31/01/17
 Jucelino dos Santos Ferreira
 REC EM RADIOLOGIA
 CRTN Nº 00614 T

[illegible]


[illegible]

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: _____ N° DO PRONTUÁRIO: _____ N° DO ATENDIMENTO: _____
DATA DA OPERAÇÃO: 31/01/17 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
OPERADOR: *Roberto* 1º AUXILIAR: *Renato* 2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ANESTESISTA: *Roberto* TIPO DE ANESTESIA: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Reflexo fisiológico* *Fig*
TIPO DE OPERAÇÃO: *Reflexo fisiológico*
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *Reflexo fisiológico*
RELATÓRIO EMLEATO DA PATOLOGIA: _____
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: _____
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ATENDIMENTO A E TECNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MAT EMPREGADO-ASPECTO-VICERAS

Family Wk are too
 happy future
 love R - 
 no work
 future
 bed camp
 Gables cover D&S
 9/5/2
 Gumbo
 HOSPITAL
 DR

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

DR. RALPH M. MARINO, D.D. COSTA
Crim 3905 CPC 400 233 673-3
CNS 2022-4-607 100m



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO

036099

PACIENTE: Roberto Pereira da Silva 58
CONVÊNIO: SUS SUS ☐ PRONTUÁRIO: 321352/2223279
DATA: 31/01/97 CIRURGIA: Frat. de fêmur esquerdo.
CIRURGIÃO: Dr. Raillon Marinho
AUXILIAR:
ANESTESISTA: Dr. Isabela Donato
CIRCLANTE: Elisiane N.º CARRO: 5.08 HORÁRIO: INÍCIO: 16:45 FINAL: 17:25

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	04
28819	RANITIDINA	01
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASDONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDON 8mg	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBIUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0.5% C/V	
70750	NEOCAINA 0.5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	01
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUIN N° 25	01
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
4012	AGULHA DESCARTÁVEL N°	04
	ESCOVA DESCARTÁVEL	04
C15	COMPRESSAS 25x28	25
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPOR LARGO	
3379	MICROPOR FINO	
	JELCO N° 18	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	02
	DRENO SUCÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	05
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	04
3719	SERINGA DE 05cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	04
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	100mm
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N° 15	04
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 7.0	02
	SONDA NSG	
3425	GEURAN	
2500	GAZES 7.5x5.5 C15	20
3549	LUVA CONDIMENTO	08
3437	GE CONDUTOR	
53837	SURGICUT	
	SONDA TRAQUEOSTOMIA N°	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
3.0	MONONYLON N° 2.0	01
	CROMADO S/A N°	
4.0	CROMADO C/A N° 1	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ALCOOL	100mm
2631	ÉTER	
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA	70mm
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	4L/min
	OXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	TC
	OXÍMETRO DE PULSO	TC
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	3500mm
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	2000mm
	HISOCOL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
01	adaptada p/ soro	
01	Dramin	
01	polivitaminico	
01	gelido cirurgico	
01	placa de litclard	
135	06 fios	
01	fio de sutura	
Nº 10	contra fio	
01	contra fio	
para cateter		
Nº 42	38	
	02 01	

REALSET: 98850 4593 / 98807 6347

BOLETIM DE ANESTESIA

1º Via Branca - Hospital
2º Via Amarela - Anest.
3º Via Rosa - Faturame
4º Via Azul - Cirurgião

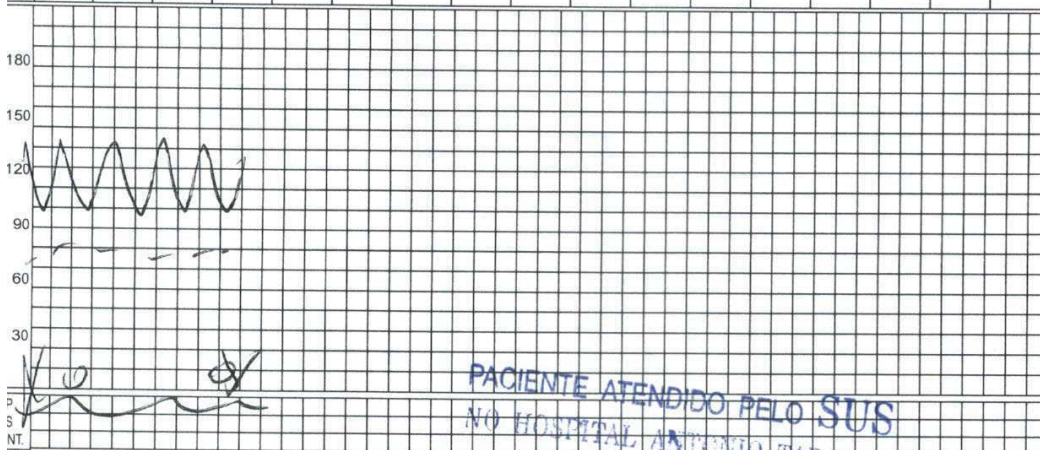
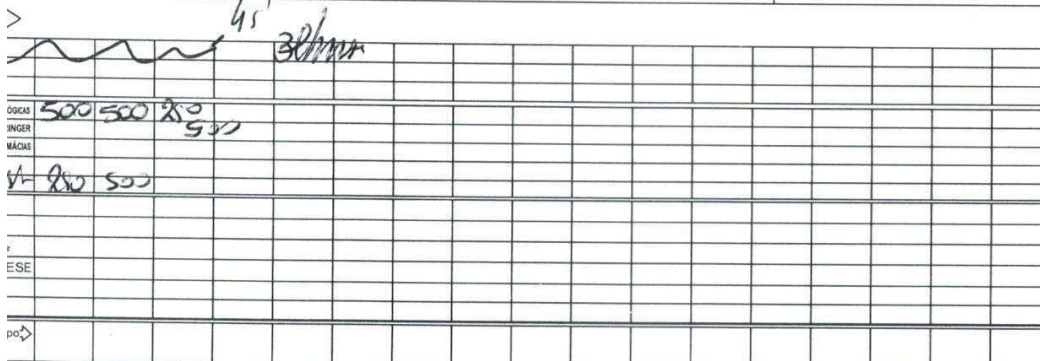
Nome: Roberto Pereira da Silva APTO: _____
 IDADE: 38 SEXO: ☒ M ☐ F
 INÍCIO: _____
 ITERRAÇÃO: 921352/2223274 TÉRMINO: _____
 HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO

CIRURGIA
☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA
☐ AMBULATORIAL
 ESTADO FÍSICO (ASA) ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
 DATA: 31.1.17

AGENTES	QTD
Adrenalina	
Atropina	
Bextra	
Bupivacaina Isobarica	
Bupivacaina Hiperbarica	<u>15</u>
Bupivacaina % /adr	
Cipro	
Clexane	
Decatron	<u>10</u>
Dipirona	
Diprivan	
Diprivan PFS	
Dobutrex	
Dormonid 15mg	<u>5mg</u>
Efedrina	<u>0,5</u>
Esmeron	
Fentanil	<u>me</u>
Flagyl	
Forane	
Halotano	
Hidrocortisona	
Hypnomidate	
Ketazol	<u>1g</u>
Ketalar	<u>VI - 2</u>
Ketalar Comp. - 15	<u>5</u>
Lasix	
Liquemine	<u>dicoma 15 - 2</u>
Methergin	
Morfina 0,2 mg	<u>0,2</u>
Narcan	
Naparin	
Nimbium	
Niprid	
Noradrenalina	
Norcuron	
Ocitocina	
Pavulon	
Plasil	<u>benzhexon 4</u>
Profent	
Prostigmine	
Quelicin	<u>recesson 4</u>
Rapfen	
Revivan	
Sevorane	
Sufenta	
Tilatil	
Tacrium (Atracúrio)	
Ultiva	
Valium	
Xylocaina	
Xylonaina Hiperbarica	
Xylocaina Spray	
Zofran	
Água Destilada - 250ml	
Água Destilada - 10ml	<u>3</u>
S. Fisiológico	
S. Glicosado	
S. de Ringer	
C. Hemacia	
Plasma	
Oxigênio (L/MIN)	<u>30</u>
NºO (L/MIN)	
Ar Medicinal (L/MIN)	
Co2 (L/MIN)	
MATERIAL DESCARTÁVEL	
Aquecedor RANGER	
Agulha Peridural 17 ou 18g	
Agulha Raqui Ponta de Lâpis	
Agulha Stimuplex a50, a100	
Cal Sodade p/gr	
Cateter Epidural 16 e 18g	
Cateter Nasal tipo Óculos	<u>01</u>
Cateter Venoso	<u>01</u>
Eletrodo ECG	<u>05</u>
Equipo de Soro	<u>01</u>
Equipo Perfusor SET	
Filtro Higrobakc	
Guedel	
Manta Térmica	
Equipo bomba de infusão N	
Equipo bomba de infusão FS	
Máscara Laringea	

Pré-Operatório: fratura de fêmur
 Cirúrgica (Cirurgião / 1º/2º/3º Auxiliares): 2º Equipe Cirúrgica (Cirurgião / 1º/2º/3º Auxiliares)
 Instrumentador(a): _____

Is Realizados: _____ Códigos: _____
1º cirúrgico com fixação



PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

ANESTESIA REGIONAL ☒ ANESTESIA GERAL ☐
☒ Raquianestesia ☐ Peridural ☐ P Braq/Cervical
☐ Epidural Sacra ☐ Supraclavicular
☐ N. Periférico ☐ Interscafénico
☐ Simples ☐ Axilar
☐ Continua ☐ Venosa Regional
☐ Catéter n° _____ ☐ Infiltração ☐ Sedação

PUNÇÃO ☒ Mediana ☐ Paramediana
☒ Sentada ☐ DL ☐ D ☐ E
 LOCAL: L4-5
 CALIBRE: 27G25
 TIPO: _____

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
☐ Aspirador ☐ Baraka
☒ ECG ☐ Bis
☐ Oxímetro ☐ Pa Invasiva
☐ VNI ☐ Capnógrafo
☐ Bomba de infusão
☐ Ventilação Mecânica

DESCRÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA
 venoso: ☐ SIM ☒ NÃO

LAUDO RADIOLÓGICO

INICIAL=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR

CONTROLE=FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FEMUR COM OSTEOSSINTESE

DATA 30 / 01 / 17

MÉDICO

Rosane Andrade dos Santos
CRM 1508
RADIOLOGISTA

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

27/01/2017

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1373741

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/01/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Pamela Mayara Lima Guedes
PACIENTE: NOBERTO PEREIRA DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 19/12/1958

Endereço: AGRIGIO NEOPONUNCENO

Sexo: M

Telefone: 988171148

Cidade: Campina Grande

Idade: 058

Bairro: JARDIM PAULISTANO

Nome da Mãe: JOZELINA FELICIA DA SILVA

RG: 813189

Profissão: SERRALHEIRO

Responsável: THIAGO GEOVIANNE

CPF: 33831840482

CNS: 89800047989888

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atendimento: 27/01/2017

Tipo:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 22:44:44

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA *Moto e bicicleta*
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. Empalramento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enrijecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Cortante
17. F. Perfuro-cortante
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Vencido
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Ocorrência
30. Periclitia
31. Periclitia
32. Periclitia
33. Periclitia
34. Periclitia
35. Periclitia
36. Periclitia
37. Periclitia
38. Periclitia
39. Periclitia
40. Periclitia
41. Periclitia
42. Periclitia
43. Periclitia
44. Periclitia
45. Periclitia
46. Periclitia
47. Periclitia
48. Periclitia
49. Periclitia
50. Periclitia
51. Periclitia
52. Periclitia
53. Periclitia
54. Periclitia
55. Periclitia
56. Periclitia
57. Periclitia
58. Periclitia
59. Periclitia
60. Periclitia
61. Periclitia
62. Periclitia
63. Periclitia
64. Periclitia
65. Periclitia
66. Periclitia
67. Periclitia
68. Periclitia
69. Periclitia
70. Periclitia
71. Periclitia
72. Periclitia
73. Periclitia
74. Periclitia
75. Periclitia
76. Periclitia
77. Periclitia
78. Periclitia
79. Periclitia
80. Periclitia
81. Periclitia
82. Periclitia
83. Periclitia
84. Periclitia
85. Periclitia
86. Periclitia
87. Periclitia
88. Periclitia
89. Periclitia
90. Periclitia
91. Periclitia
92. Periclitia
93. Periclitia
94. Periclitia
95. Periclitia
96. Periclitia
97. Periclitia
98. Periclitia
99. Periclitia
100. Periclitia

OBS: *Moto e bicicleta*

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = *10%* Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: *P01.9*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Avaliada a mobilidade da cabeça, membros superiores e inferiores. Ausência de sinais vitais e sinais de choque. Ausência de lesões superficiais. Ausência de hemorragias.

ALERGIA: *Não*

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

1. *Condição geral do paciente (verificar)*2. *Exatidão da avaliação*3. *Exatidão da avaliação*

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Dr. João* às *21:00* Dia *27/01/17*Especialista: *Dr. João* às *21:00* Dia *27/01/17*MÉDICO SOLICITANTE: *Dr. João*

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1. *RL 100-1 EV 100*2. *Voltar para casa*

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João
CRM: 123456

Nome:

End:

Data de Nascimento:

Documento de Identificação:

Queixa:

Data do Atendimento: 27.01.17 Hora: 22:30 Documento: 1

Acidente de trabalho?

() Sim (X) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: (

om () Regular () Baixo

Aspecto: () Calmo () Fâceis de dor () Gemente

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas: () Normocorada () Pálida

Deambuição: () Livre () Cadeira de rodas () Maca


Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME: ROBERTO PEREIRA DA SILVA		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	
IDADE:		PESO:		ALTURA:	
CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
PRONTUÁRIO:		142			
DADOS CLÍNICOS:					
Trauma.					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
Raie - X de tórax AP					
Raie - X de cervical Perfil					
Raie - X de Pelve AP					
Raie - X de coxa @ AP e Perfil,					
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>			
DATA: 22/01/17		HORA DA SOLICITAÇÃO: 22:16			
				Carimbo e Assinatura do Médico	

MOD. 002

Data da internação: 28/01/2017 Hora: 00:10:21



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

NOBERTO PEREIRA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1373759

7 - CARTÃO DO SUS

898000479899888

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/12/1958

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOZELINA FELICIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 Nº DE TELEFONE 988171148

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

APRIGIO NEOPONUNCENO, 1035, JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/2017

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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)

Data da internação: 28/01/2017 Hora: 00:10:21

HTCG-Painel Administrativo



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

NOBERTO PEREIRA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1373759

7 - CARTÃO DO SUS

898000479899888

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/12/1958

9 - SEXO
Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOZELINA FELICIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 83 Nº DE TELEFONE 988171148

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

APRIGIO NEOPONUNCENO, 1035, JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400 15 - UF PB 16 - CEP 58400002

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
28/01/2017

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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)

<http://10.1.1.148/projetohctcg/impreinternamento.php?contar=1373759>



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
--	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____		2 - CNES _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____		4 - CNES _____	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE _____			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____		6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____	
8 - DATA DE NASCIMENTO _____		9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE _____	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____	
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____		15 - UF _____	
16 - CEP _____			

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR _____		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR _____	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____		23 - CID 10 PRINCIPAL _____	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO _____		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	
31 - QTDE _____		32 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	
33 - QTDE _____		34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	
35 - QTDE _____		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____	
37 - QTDE _____			

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FMT - MIE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO _____	
41 - DOCUMENTO _____		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____			

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____	
45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____	
46 - DATA DE SOLICITAÇÃO _____	
47 - DOCUMENTO _____	
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____	

MOD. 017

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Prof. Jensen

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Roberto Pereira da Silva			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/11/17	Dicka Lins		# 012708144
24/11/17	Setto Lindalberto		- Internamento
	Diviniana Olump + MD, EV, 6164		- Pós-op.
	Tenaxcon 40 + 100 1st EV 12/11/24 (SN)	5/11	
	Tramadol 100g + 1000 5 ^{ta} EV 12/11/24		
	Plasol Olump + MD, EV, 31784 (SN)		
	Cetorol 40g SC 1x/dia		
	SSU + cccc		
<p>Dr. Carlos Augusto de Faria Filho ORÇAMENTO: 1101.552-5 - 11/17-18-19 CRM: 053.152.674-50</p>			
<p>Dr. Carlos Augusto de Faria Filho ORÇAMENTO: 1101.552-5 - 11/17-18-19 CRM: 053.152.674-50</p>			

3-4

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto Pereira da Silva Registro: Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/01	16:00		80	70	140 90	+	Buena aduñados de ore oruñale aque em repans no leito aguardando cirurgi.	
								pu
28/01	20:00		78	18	140 90		Buena aduñados 57 oruñados	12



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

unidade, ok.
Atividade.

Dr. da Silva

Paciente

Roberto Pereira da Silva

Alojamento

3

Leito

4

Convênio

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

29/01
2017

1. Queixas principais

2. exame

3. diagnóstico inicial

4. tratamento inicial

5. exame de controle

6. evolução

Dr. Roberto Pereira da Silva
O. 55.23

Dr. Roberto Pereira da Silva
O. 55.23

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nelson Pereira

Registro:

Leito: 3-4

Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29.1.17	10:00	-		16	100x60	+	Pac. acenado, ki- dado, enfraquecido, Ag. Cirurgia Med. cm. —	Spolu
29.1.17	20:00	-	78	17	100/60	+	Pac. acenado, estável. Sem quei- ras. Segue com curativos —	Spolu

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fatura de Fêur (C)

Paciente

EDSON ROBERTO OLIVEIRA

Alojamento

3

Leito

4

Convênio

Data

29/01/12

Prescrição Médica

1. Dieta LIVRE

2. SRL 1500 ml, EV/24h (5vsp)

3. Dipirona 02ml + AD EV-06/06h

4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h SIN

5. Omeprazol 40mg EV/jejum

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN (5vsp)

7. Nauseadron 01FA + AD EV 8/8h SN (5vsp)

8. Clexane 40mg SC/dia

9. SSVV + CCGG

10. JELCO

Horário

Evolução Médica

• 16º DPO

= O2TO =

EVOLUÇÃO: paciente clinicamente estável
e sem queixas. Diverse @ em @. EBN, con-
do e hídrica bado, eufórico, orientado, A/A,
A, hipotativo.

CONDIÇÃO: Aguardando

Dr. EMMANUEL SARAIVA FERREIRA
Cirurgião de Trauma e Ortopedia
C.R.O. 5.573Dr. EMMANUEL SARAIVA FERREIRA
Cirurgião de Trauma e Ortopedia
C.R.O. 5.573

20
20

20

T

P

80

R

PA
110x70

Paciente evolui
S/intercorrência
conduta man-
tida.

Teresim

PA.
110x70

Paciente evolui
estável, aguarda
da cirurgia, m-
dicada C.P.M, E
que em observa-
ção.

Renoly

North Pole

CONSTITUTIONAL COURT

DIAGNÓSTICO

$$\Delta k_{\text{mean}}(T)$$

Eldimar S. de Araujo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 6960 - TEOT: 11902

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 30 de Janeiro de 2017
Márcio Pereira da Silva
Assinatura do doente ou responsávelTestemunhas: Márcio Pereira Duarte

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

27/01/2017

EXAME SECUNDÁRIO - PRÉ-EXAME MÉDICO

HTCG - Painel Administrativo

ORTOPEDIA &

Int. Pé e tornozelo

00:15h

Interno do tto

crucifixo

Dr. Carlos Conrado Filho
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO
CRM-PR 104.700 / RPP 1325 - CRM-PR 12.336
CNPJ 093.159.674-50

Assinatura do médico

cd. Alta de Cing

Reorientar com guarda
de mobilidade.
Adm. SI para de
interações físicas
R-x (SI e tórax)

Cing Cing H

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () Já revela

() Decisão Médica

() Óbito

X Thiago Giovanni A. Duarte
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1373741



Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0811030-12.2017.8.15.0001

DESPACHO

R. h. Vistos etc.

Recebo a inicial, porque satisfeitos os requisitos.

Considerando o advento do novo CPC, que tem em sua essência privilegiar a mediação e a conciliação entre as partes, entendo que, infelizmente, desde que passou a vigorar, em março de 2016, as partes, principalmente, as empresas, não estão ancoradas no mesmo espírito conciliador dos legisladores. Por estas razões, a conciliação prévia, prevista no novo CPC, está se tornando inócua e onerosa às partes e ao Poder Judiciário, atentando, inclusive, aos princípios da celeridade e da razoabilidade duração do processo, razão porque postergo sua designação para futura data, a requerimento das partes.

Destarte, considerando, ainda, não haver quaisquer prejuízos às partes, determino a citação da parte promovida, nos termos do art. 344 do CPC, no prazo e termos legais.

Contestada a ação, dê-se vista ao autor, para no prazo de 15 dias, impugnar a contestação.

Contestada e impugnada a ação, intinem-se as partes para que informem se há a possibilidade de acordo; caso contrário, que especifiquem as provas que ainda pretendem produzir, justificando a necessidade de sua produção, no prazo de 15 (quinze) dias, com a advertência de que o silêncio importará o julgamento antecipado da lide.

Nos termos do art. 98 do CPC/15, **defiro o pedido de gratuidade** judiciária.

Havendo qualquer incidente processual, retornem-me os autos conclusos, para adoção das medidas cabíveis.

CUMPRA-SE.

Assinatura e data pelo sistema PJE.



Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível de Campina Grande

Número do Processo: 0811030-12.2017.8.15.0001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: NOBERTO PEREIRA DA SILVA
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé. CERTIFICO QUE ATÉ A PRESENTE DATA O AR NÃO RETORNOU, **DEVENDO SER EXPEDIDO NA CARTA DE CITAÇÃO**

, 29 de outubro de 2018
LUIZ CARLOS BEZERRA DOS SANTOS