

Médico/CRM:

Nativa - CRM 311
Ortopedia e Traumatologia

F(NG).ASCIR.009-1

Período Pré-Operatório

1.1 Dados de Identificação

Nome: Maria José dos Santos Silva
Idade: 42 Sexo: F BE/Prontuário: 989725

Data da visita Pré-Operatória: 1/1 Hora: 6:40 Enfermaria: 06 leito: 03

Alergias: (☒) sim () não () não sabe Quais: Dipirona

Dor: (☒) presente () ausente Local: _____

Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____

Antecedentes familiares: _____

Checkar exames pré operatório (hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)

OBS: _____

Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (☒), visita pré - anestésica (☒) Termo de autorização para procedimento cirúrgicos () OBS: _____

Utilização () sim (☒) não

Orientações:

(☒) Retirar prótese e adornos

(☒) Jejum informado

(☒) Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico

() Realizar tricotomia

Enfermeiro/Coren(a): _____

Alcides Victor A. Eloy
ENFERMEIRO
COREN-PB 438 948

Período Transoperatório

Procedimento: Fratura de fêmur (☒)

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

(☒) identidade

(☒) Sítio demarcado

(☒) Procedimento cirúrgico

() Verificação de segurança anestésica

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

(☒) Não

() Sim e equipamento/ Aspiração disponível

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)?

(☒) Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

() Reserva Hemocomponentes

> Checagem equipamentos

(☒) Monitorização (☒) Bisturi elétrico (placa + cabo) (☒) Suporte de oxigênio

(☒) Aspirador (☒) Carro de anestesia + alarmes+oxigênio e agentes inalatórios

(☒) OPME () não se aplica () Realização de desinfecção na sala Nº 01

() Conferir esterilização das embalagens

> ACESSO VENOSO

(☒) Periférico MSE () ACV

1.3 Antes da incisão cirúrgica (Confirmação -Pausa Cirúrgica)

> CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

(☒) Cirurgião

(☒) Anestesiologista

(☒) Auxiliar cirurgia

() Instrumentador/Firma (☒) Tec. RX

F(NG).ASCIR.035-1



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO

000000

02/04/12

Declaro, para fins legais, conforme segue:

01. Que estou ciente do fato de que, em data de 02/04/12, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de harmônica junto ao Hospital harmônica a ser realizado pelo Médico Anestesiologista ou qualquer outro membro de sua equipe de Anestesia, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de harmônica.

02. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico/sedativo em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico e/ou integrante de sua equipe, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico/sedativo a que me submeterei.

03. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade do meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar.

04. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia/sedação, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame/Avaliação Anestésica" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico/sedativo.

05. Declaro mais que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

06. Peço autorização se necessário, para o cliente participar de um estudo para determinar para uso de dados para pesquisa acadêmica, desde que aprovada pelo comitê de ética e pesquisa.

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos.

Assinatura do Paciente ou Responsável:

X Rosilane Silvestre da Silva

Assinatura do Anestesiologista:

[Assinatura]



Testemunhas:



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL 38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

46 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES





SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Maria Suelma dos Santos Silva

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

7 - SEXO
Masc. ☐ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Fístula - Molara (72.1001)

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Molara de fístula

37 - CID-10 PRINCIPAL

38 - CID-10 SECUNDÁRIO

39 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Marcos Augusto

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/05/19

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPF

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

21444064998-1

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

1 - CNS

2 - CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



00000022099 MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA F
02.05.2017
HTOP



000000022099 MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA F
02.05.2017
HTOP

E



00000022099 MARIA JOSEILDA DOS SANTOS SILVA F
02.05.2017
HTOP

E



000000022099 MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA F
02.05.2017
HTOP

E





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO
Secretaria Municipal de Saúde
Atenção Básica - Estratégia Saúde da Família

URGENTE

Bumins

Dr. Sérgio Távora de A. Faria
Ficha de Referência
13/05/2019

FICHA DE REFERÊNCIA - FIR

PRONTUÁRIO n.º _____

Da Unidade Básica de Saúde da Família Cumunã VII para Unidade CEMFISIO

Clinica especializada: Fisioterapia

Nome do usuário: Maria José Milena dos Santos Idade: 42a Sexo: F

História clínica: Paciente com P.O. de fraturas de fêmur esquerdo.

H.D.: P.O. de fraturas de fêmur (E)

Data 09.05.17 Profissional: *Bumins*

Assinatura/Cambo
Dr. Sérgio Távora de A. Faria
Ficha de Referência
13/05/2019

Obs: Caro colega, retornar a ficha pelo próprio usuário/portador.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO
Secretaria Municipal de Saúde
Atenção Básica - Estratégia Saúde da Família

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA - FICOR

Nome do usuário: _____

Da Unidade: _____ para UBSF: _____

Clinica especializada: _____ Diagnóstico: _____

Conduta terapêutica: _____

Sugestões: _____





CRF NTE

Dr. J. S. [illegible] [illegible]
[illegible]
[illegible]

FICHA DE REFERÊNCIA - FIR

PRONTUÁRIO 11"

Da Unidade Básica de Saúde da Família CEMFI para Unidade CEMFI/SID

Clinica especializada: Fisiología y fisiopatología

Nome do usuário: Maria José Silva de Brito Idade: 47 Sexo: F

História clínica: paciente com F.O. de fraturas de fêmur
exposto.

H.D. 12 de febrero de 1951 (E)

Data 09, 05, 17 Professional 

Assinatura/Catimbi
D. N. de Castro & F. J. S.
Fisc. exp. 001
1. 1. 1. 1.

Obs: Caso rejeita, retornar a ficha pelo próprio usuário/portador



FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA - FICOR

Nome do usuário

Da Unidade: _____ para UBSEF

Clinica especializada.	Diagnóstico
------------------------	-------------

Conduita terapêutica:

Sugestões: _____






ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Maria Spondia dos S. Silva portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
11:30 horas, portador(a) da patologia CID-
10 S72.1, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 10/04/17


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1



POL-47.967

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

V-02
P-004




Maria Josemilda dos Santos Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.447.036 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 24/01/2013

NOME MARIA JOSEMILDA DOS SANTOS SILVA

FILIAÇÃO IVANILDO DOS SANTOS

JOANA MARIA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DOC ORIGEM 12/03/1975

CASAM N. 25150 ELS. 175 LIV. B85

CARTÓRIO CEILÂNDIA-DF

978.288.824-91

ASSINATURA DO TITULAR *[Signature]*

LEI Nº 7.116 DE 23/09/03



ENERGIA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25, Estado Rodoviário, Jd. Fátima/FB - CEP 55007-650
FAP: 09 025 183/0001-40 - Ins. Est. 15.013.923-0
Jd. Fátima/ Conta de Energia EMinca: 000.864.451
Código para Débito Automático: 0001829981

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2017	19/07/2017	21/08/2017	97828882491

UC (Unidad Consumidora): 5/1662886

Canal de contato

Prezado Cliente,
A partir desta mês, as nossas contas convertem-se novamente para
contar ainda mais claras e simples com as informações e com
representações de consumo. Algumas, baseadas na composição de
tarifas. O valor da tarifa, passará a ser apresentado através dos
impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o principal da
energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nas
verdades e nos valores pagos pelos clientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Ots 20/09/17	Leitura 3026	Data 18/07/17	Leitura 3026	
CCI - Descrição				29
Demonstrativo				
	Quantidade	Valor Base Calc.	Alie	
	Inclusão (R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	
CCU - Custo de Disponibilidade			Fat.Calculado (R\$)	Custo(R\$)
BBU - Adic e Amortiza			(R\$)	(R\$)
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0004 - JUROS DE MORA 08/2017				
0005 - MULTA 09/2017				

[illegible]

26/07/2017 R\$ 14,39

Histórico de Consumo (kWh)												
3	1	9	33	148	129	128	2	9	8	89	16	13
Jun/17	Mar/17	Abri/17	Mar/17	Fevri/17	Janv/17	Dezri/16	Novri/16	Outri/16	Setri/16	Ago/16	Julri/16	

09f4.63cb.992b.d5fb.f710.60ab.7cf3.0b68

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Córdova

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL				Consumo de 500 kWh de Energia NFB	4,95	34,40
DIC TRIMESTRAL	10,39			Consumo de 500 kWh de Energia NFB	4,95	24,27
ANUAL	22,77			Consumo de 500 kWh de Energia NFB	4,95	24,27
DIC MENSAL				Consumo de Transmissão	0,14	0,40
DIC TRIMESTRAL	6,80	8,00		Consumo de Setores	1,29	17,37
DIC ANUAL	13,26			Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC MENSAL				Consumo Setorial	0,20	0,20
DIC TRIMESTRAL	12,39					
DIC ANUAL	24,78					
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores e Encargos	2,85	8,65
DIC TRIMESTRAL	12,39	12,39				
DIC ANUAL	24,78	24,78				
DIC MENSAL				Consumo de Setores		

V410422/32 (Ref. 5:2017) R\$6.50

[illegible]

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

_____, ____/____/____.

Marcia Jossanilda dos Santos Silva



SINISTRO 3170459770 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA JOSENILDA DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** MARIA JOSENILDA DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 97828882491**Posição em 31-10-2017 11:59:52**Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na
autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
11/09/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01912.01.2017.1.03.007



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01912.01.2017.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:44 horas do dia 27 de julho de 2017, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria Josenilda dos Santos Silva**, carteira nacional de trabalho nº 27800 - S00031-PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Doméstica, filho(a) de Joana Maria da Silva Santos e Ivanildo dos Santos, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 12/03/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº SN, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Na Esquina do "corte Bem" - Salão de Corte de Cabelo "do Irmão", na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98844-8451.

Dados do(s) Fatos:

Local: Entradã da Cidade - Antes do Arco, Rodovia Estadual, Caaporã/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/03/17 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

NARRA A COMUNICANTE QUE RESIDE EM CABEDELÔ, MAS NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADOS ESTAVA INDO DE MOTOCICLETA (NXR150 BROS. MIX ESD, 2010/2010, PLACA KGD9149/PE), PARA A CIDADE DE CAAPORÃ, JUNTAMENTE COM SEU ESPOSO (QUE PILOTAVA A MOTO), PARA VISITAR UM PARENTE, E, AO CHEGAREM NA ENTRADA DA CIDADE, O PNEU TRASEIRO DA MOTO ESTOUROU E AMBOS VIERAM A CAIR AO SOLO. A COMUNICANTE ESTAVA NO BANCO DE PASSAGEIRO E COM A QUEDA MACHUCOU AS COSTAS E FRATUROU O FÊMUR. QUE FUNCIONÁRIAS DO SAMU, QUE PASSAVAM PELO LOCAL, IMEDIATAMENTE SOCORRERAM E ACIONARAM A AMBULANCIA QUE CONDUZIU A COMUNICANTE DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE JOÃO PESSOA. O ESPOSO APENAS SOFREU ESCORIAÇÕES E A MOTO TEVE APENAS ARRANHÕES LEVES E O PNEU ESTOURADO. OBS: A COMUNICANTE APRESENTOU UM LAUDO ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA (CRM 2516/PB), COM ANOTAÇÃO DE "VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA", CID 10 - S72.2, EM PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA.

ADENDO(S):

Que na data 27/07/2017, à(s) 12:10 horas, na 7ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: EM TEMPO: INFORMA O COMUNICANTE QUE O NOME DO PROPRIETÁRIO DA MOTO É JURANDI INACIO ANTONIO DA SILVA. (EM CONSULTA AO SITE DO DETRAN.PE, REFERIDO SITE NÃO MOSTRA O NOME DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO PLACA KGD9149/PE. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 01912.01.2017.1.03.007



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
3ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital de Cabedelo



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Cabedelo/PB, 27 de julho de 2017.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação



Maria Joenilda dos Santos Silva
MARIA JOENILDA DOS SANTOS SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01912.01.2017.1.03.007

2/2





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 12/03/75
NOME DA MÃE JOANA MARIA DA SILVA SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 989.725
Nº PRONTUÁRIO 101.119
DATA DO ATENDIMENTO 26/03/17
HORA DO ATENDIMENTO 10:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FEMUR E
CID 10 S 72.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor em membro inferior E, além de escoriações em perna E e ombro D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro D - AP
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX do joelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura subtrocantérica do femur E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico no 1º tempo pelo Dr. Jacques Paiva e no 2º tempo pelo Dr. Nerival Lucena e Dr. Umberto Jansen.

ALTA HOSPITALAR: 10/04/17
DATA DA EMISSÃO: 10/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



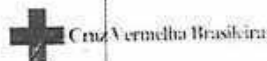


Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Maria Jureilda dos Santos Silva</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>26/03/17</u>	Alta: <u>10/04/17</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Tratamento de Fratura Sub-trocantérica Emg.</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Radiografias de quadril esquerdo</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Biópsias: <u>Dr. Umberto Jansen / Dr. Merivaldo (Cirurgião)</u>			
Anatomia patológica: <u>15 Anexilite</u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não (x)			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () A Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente passou por osteotomia de fratura sub-trocantérica esquerda.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>livre</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Cefalexina, AIN4, analgênicos</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em <u>07</u> dias para revisão.			
João Pessoa: <u>10</u> de <u>04</u> de <u>17</u>			
Ass: Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 989725



Identificação do paciente						
ID	Nome				Sexo	
1154128	MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA				Feminino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário		
12/03/1975	42 anos 14 dias					
Mãe	Pai					
JOANA MARIA DA SILVA SANTOS	IVANILDO DOS SANTOS					
Escolaridade	Responsável (Parentesco)					
	ISABELA DOS SANTOS SILVA - FILHO(A)					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo		
33	986497569					
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
RG (IDENTIDADE)	3447036					
Local de procedência	Tipo		UF			
CAAPORA	MUNICIPIO		PB			
Email	Naturalidade	CBO/R				
	CAMPINA GRANDE					
Endereço						
CEP	Município de residência	UF	Logradouro			
			Bairro			
Número	Complemento					
SN						
Admissão						
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio				
28/03/2017 10:04:20	1000005969547	SUS				
Especialidade	Clínica					
CIRURGIA GERAL						
Classificação de risco	Origem do paciente					
	RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente				
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância		Trauma		
Não	Não	Não		Não		
Melo de transporte	Quem transportou					
SAMU						
Sinais Vitais						
PA	Pulso		Temperatura			
	X mmHg					
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos: Paciente vítima de queda de moto sem controle refere dor em H.I.E. VA preservada, não sente dor, sem instabilidade hemodinâmica, Glasgow 15, excitação em forma de tremores.						
Diagnóstico: Pulso normal						CID
Atendido por: JANAÍNA DA COSTA GAMA						Tempo: 28seg

ES: Atendimento inicial

Imprimir

Realizar Rx de tórax AP: Base AP, ombro D AP/P;
Punhos 6 e punhos 6 AP/P, FAST
Sedação Anal verbal

28/03/2017 10:04:20



#1156 #20/03/12

Painel sobre a aneuria da
morte a cerca de 4 horas,
refeita de um coxa @,

Rx: Fx de Dapul de fun @

CD @ Soluto Novo Rx (coxa).

@ Injeções Hospitalares

[Assinatura]

26/03/12 - Cirurgia Geral

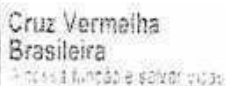
Exatidão com alterações em Rx de coxa

e FxT.

Alta da Cirurgia Geral

com curativos e Rx ortopédica





PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO - I



Paciente	MARIA JOSENILDA DOS SANTOS		HORA
UNIDADE:		28.03.2017	08:00
LEITO:			
ITEM	PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO		
1.	DIETA LIVRE ATT		
2.	SRL 1000 ML EV em 24hs.		
3.	PARACETAMOL 500MG VO 6/6 HS		
4.	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA		
5.	TRAMAL 100 MG + SF0.9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N		
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS ATT		
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS		
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG		
9.	Cloridrato de Morfina 1mg/25mg 3x/4x		
10.	Solução Injetável Trazo Transmucosa 100mcg/1ml		
11.	11 6 kg		
12.	COMPROVA 1g - 01 PO + AO (10) 610- OK		
13.			
14.			
15.	DIAGNÓSTICO: FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR		
16.			
17.	EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS. SOL VAGA NA ENFERMARIA		

06.00 diuresis (necm) deep



Cruz Vermelha
Brasileira



PRESCRIÇÃO MÉDICA

939725 A

PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO - J

70. angr



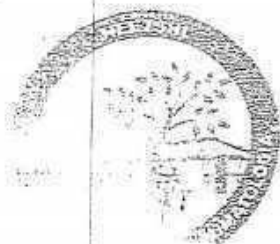
Paciente	MARIA JOSENILDA DOS SANTOS		HORA
UNIDADE:		27.03.2017	08:00
LEITO:			
ITEM	PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO		
1.	DIETA LIVRE	LAXATIVA	atenção
2.	SRL 1000 ML EV em 24hs.	24	24
3.	PARACETAMOL 500MG VO 6/6 HS	16	24 04 3/
4.	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA	16	
5.	TRAMAL 100 MG + SF0.9% 100ML EV 12/12 HORAS	S/N	3.
6.	NAUSEDON 8MG IV 8/8HS. SE NAUSEAS	SW	
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS	OG	
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD ≥ 110 MMHG	cont	
9.	infusão 40 As VO 8/8h	16	24 08
10.	Oleo Mineral - 10ml	10	12/12
11.	Fleet Enema	VR	5/1
12.			
13.			
14.			
15.	DIAGNÓSTICO: FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FEMUR		
16.	Duovese 100 ml	06	
17.	EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS. SOL VAGA NA ENFERMARIA.		

D-3

C

GLA





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



080417

NOME: M^{te} *Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho* *Sobrinho: Silva*
ENFERMARIA: *ant 03* LEITO: *03*

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA LIVRE *apoi. 18:00h*

SRL 1300ML - EV - EM 24H

clonitina 01g EV di 6/6h

DIPIRONA 01 AMP + AD EV 6/6HS

TLATIL 40MG - 01AMP, EV, 12/12H

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 SN

NAUSEDRON 4mg + AD - EV - 8/8h (SN)

OMEPRAZOL 40MG - 01AMP, EV, 1X/DIA

CURATIVO DIÁRIO

SSVV - CCGG

cg

08/5. Apoio 12 h em 12 dias (PO) midazolam

40 01mg se. 12/12h

AD:

EDT:

VPM:

Nerival B. de Lucena Filho
CRM 2127
Ortopedia e Traumatologia



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Debto. sup.

Incisão:

- 1ª inc. Liptakoff de 10 cm (E)
- 2ª inc. + 1ª inc. cl. plm 12 cm + 1ª inc.
de 10 cm.

Achados:

Fibros subtotais + 1ª inc. de 10 cm com 10 cm.

Conduta:

1. Anest. o anest. sup.
2. Fixa. de 10 cm de 10 cm. com 10 cm (E)
3. Colm. de 10 cm. com 10 cm
4. Fixa. de 10 cm. com 10 cm. com 10 cm
5. 1ª inc. de 10 cm. com 10 cm. com 10 cm
6. 2ª inc. de 10 cm. com 10 cm. com 10 cm
7. 3ª inc. de 10 cm. com 10 cm. com 10 cm

Fechamento:

10 cm 30 e 02.

Observação:

N.D.

Nerival B. de Lucena Filho
CRM 4117
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 08/10/17

Médico/CRM:



21



OKS has USARs Core Curriculum



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 08/04/17

PRONTUÁRIO: 989725

PACIENTE: Maria Aparecida dos Santos Silva		SEXO: F	COR:	IDADE: 42
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 114	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO MV + CM AUT 21 PA		AP. CIRCULATÓRIO ESTAVEL		
AP. DIGESTIVO JEJUM > 8h		ESTADO MENTAL L.O.T.E	DROGAS EM USO VPM	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADO FÍSICO (ASA) II
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA SUBTARSOCLAVICULAR DE TERCIO MEDIO DE FEMUR				
CIRURGIA REALIZADA THO CIRURGICO DE FRATURA SUBTARSOCLAVICULAR DE TERCIO MEDIO DE FEMUR				
CIRURGIÃO Dr. Nogueira		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA 8:00		TÉRMINO DA ANESTESIA 10:45		DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES RS	
ANESTESISTA Dr. Imbelloni		CPF	CRM-PB	

ESSENCIA	8:00	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	10:45
LÍQUIDOS	FL 500	FL 400	FL 500	FL 300	FL 300	FL 300	FL 300
VELOCIDADE	500	400	500	300	300	300	300
ANESTESIA							
NOTAÇÕES	<p>8:00 RS 25 RS 25 RS 25 RS 25 RS 25</p> <p>8:30 RS 40 RS 40 RS 40 RS 40 RS 40 RS 40</p> <p>9:00 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100</p> <p>9:30 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100</p> <p>10:00 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100</p> <p>10:45 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100 RS 100</p>						

ESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOO.FLEXO	<input checked="" type="checkbox"/> BLOO.NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
Pte. mantida, pte. amplexa, autis.					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
LÍQUIDOS	VOLVEN Volume 500ml				
GLUCOSE	1	MIDAZOLAM 2mg	11		
INSUL	2	NEOCURINA ISOMER 0.5% 15mg	12		
SANGUE	3	NOVASPINCAINA 0.5% 50mg 30ml	13		
PRIMER	4	LIDOCANA 2% 20ml cl Vaso	14		
TOTAL	5	CEFAZOLINA 2g	15		
DESTINO DO PACIENTE	6	DEXAMETASONA 10mg	16		
<input type="checkbox"/> AP* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7		17		
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8		18		
<input type="checkbox"/> OUTROS	9		19		
	10		20		

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: após local mantido, não utilizou mais com FiO2 100%, realizada punção de novo de L3-L4, ICC @. Limpado a infecção de (2), sem intercorrências. Feito bloqueio de nervo femoral por via cirúrgica autóloga com neuroestimulador, aplicação de bloqueio ASO a infusão de (3) + (4).

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Luiz Eduardo Imbelloni

CRM-PB 7263



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA, brasileiro, portador do RG nº 3447036 SSDS/PB e CPF nº 978-288.824-91, residente e domiciliado em Rua Projetada SN, Bairro Jacaré, Cabedelo-PB, CEP 58105-810

OUTORGADO:

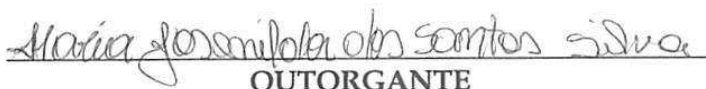
FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839 e **LUARA GABRIELLE ALVES DOS SANTOS FIDELIS**, brasileira, casada, OAB/PB 15.216, estabelecidos à Rua Rodrigues de Aquino, 55, Centro, João Pessoa – PB.

PODERES: a quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, com base no artigo (art. 105, CPC).

CONTRATO: Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa – PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, 08 de agosto de 2016.


OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

contato@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1

