



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO

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 _____, junto ao Hospital

Higienópolis, a ser realizado pelo Médico Anestesista Dr. _____ ou qualquer outro membro de sua equipe de Anestesia, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de _____.

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 Anestesista 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 Anestesista 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 Anestesista 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:

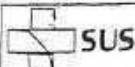
Rosilane Siqueira da Silva

Assinatura do Anestesiologista:



Testemunhas:



 SUS Sistema Único de 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 <i>Maria Sônia dos Santos Silva.</i>		4 - N° DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
8 - NOME DA MÃE				9 - RACA/COR
10 - NOME DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD: 11 / N° DO TELEFONE		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD: 11 / 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 <i>Finscopen Motora (23 mm)</i>		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 <i>Falta de ferro</i>		37 - CID 10 PRINCIPAL / 38 - CID 10 SECUNDÁRIO / 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
40 - OBSERVAÇÕES				
SOLICITAÇÃO				
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Matheus Ensinis</i>		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>02/05/17</i>		45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) 
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>b11444M16041912</i>		
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ORGÃO EMISOR		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1/1/2017</i>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC <i>8 / 8 / 17</i>
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			fis.1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
3 - NOME DO PACIENTE <i>Maria Inês Costa dos Santos Silveira</i>			4 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			6 - DATA DE NASCIMENTO / / /			7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
8 - NOME DA MÃE			9 - DDD			10 - FONE DE CONTATO N. DO FONE
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - DDD			13 - FONE DE CONTATO N. DO FONE
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 <i>Firstopexia - Noturna (72.000)</i>			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 <i>Falha de fúrou</i>			37 - CID 10 PRINCIPAL			38 - CID 10 SECUNDÁRIO
39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS						
40 - OBSERVAÇÕES						
SOLICITAÇÃO						
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Metles Fonsu</i>			42 - DATA DA SOLICITAÇÃO			45 - ASSINATURA E CARIMBO (N. DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>39 39 77</i>
43 - DOCUMENTO I CNS II CPF			44 - N. DOCUMENTO (CNS/CRF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>011444664987</i>			
AUTORIZAÇÃO						
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - COD. ÓRGÃO EMISOR			52 - N. DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO I CNS II CPF			49 - N. DOCUMENTO (CNS/CRF) 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





HTOP

02.05.2017

00000022099 MARIA JOSE NILDA DOS SANTOS SILVA F

E



HTOP
02.05.2017

00000022099 MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA F

E



HTOP
02/05/2017
00000022099 MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA F

E



02.05.2017
HTOP

00000022099 MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA E

E





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

REGENTE

Bunim

D. Nilo Regente
Presidente
1.186.7

FICHA DE REFERÊNCIA - FIR

PRONTUÁRIO nº.

Da Unidade Básica de Saúde da Família Bunim para Unidade CEMFISIO

Clinica especializada: Fisioterapia

Nome do usuário: Maria Josemilia das Farias 43 Idade: 43 Sexo: F

História clínica: Paciente em R.O. de fratura de fíbula
aguardo.

H.D.: R.O. de fraturas de fíbulas (E)

Data 09/05/17 Profissional: Bunim

Assinatura/Carimbo
D. Nilo Regente
Presidente
1.186.7

Obs: Caso coliga, 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: _____





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

URGENTE

Bruno
D. S. P. T. P. F. P.
Assinatura
17/05/19

FICHA DE REFERÊNCIA - FIR

PRONTUÁRIO nº:

Da Unidade Básica de Saúde da Família Luzinete para Unidade DEMÉSIO

Clinica especializada: Fazenda da pimenta

Nome do usuário: Myrcia Josefa Costa dos Reis Idade: 43 Sexo: F

História clínica: Paciente com R.C. de fátema de fáceas
agudo

H. D.: R.C. de fátema de fáceas (C)

Data: 09/05/19 Profissional: Bruno

Assinatura/Gabinho
D. S. P. T. P. F. P.
Assinatura
17/05/19

Obs: Caso seja necessário, retornar a ficha pelo próprio usuário/poder-familiar.



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: _____





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Maria Izabella 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
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
nesto atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE

2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003v1





Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 21/05/2019 18:12:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052118121354500000020757104>
Número do documento: 19052118121354500000020757104

Num. 21357744 - Pág. 13

MARIA JOSEFINA DOS SANTOS
RUA PROJETADA, Bairro OCEANA
SAIMBESO/PB CEP: 58310000 (AD-1)

Classificador RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B200 KM29,210 Residencial Jardim das Palmeiras PB-CBP5307-689
Referência: 11 - 13 - 244 - 565 Referência Jul/2017
Nº medidor: 0000881087 Emissor: 19/07/2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Referência: 11 - 13 - 244 - 565 Referência Jul/2017
Nº medidor: 0000881087 Emissor: 19/07/2017

Plataforma Conta de Energia: 0000881087
Código para Débito Automático: 000141239918

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2017	19/07/2017	21/08/2017	97826882491

Vc (Unidade Consumidora) 5/1662891

Canal de contato:

Prazo de Entrega:
A partir deste mês, as contas de energia novas e atualizadas terão suas maiores clareza e complementarão as informações de identificação da conta, tarifa e composição da fatura. O valor da fatura passou a ser apresentado acrescido dos Impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia pagada pelo cliente. Essa modificação só é impactante nas versões finais pagas pelo cliente.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
20/06/17	30/06	19/07/17	30/06	0 29
Detalhamento				
Discriminação				
0011 Custo de Disponibilização	Quantidade: 13,68	Valor: R\$0,00	ICMS(R\$) 0,00	Alíquota ICMS(R%) 0,00
0001 - Adm. E Amarela	0,41	0,00	0 0,00	0,41 0,00 0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0004 JUROS DE MORA 06/2017	0,04	0,00	0 0,00	0,04 0,00 0,00
0005 MULTA 06/2017	0,11	0,00	0 0,00	0,11 0,00 0,00

CCO Código de Classificação do Item TOTAL 14,39 0,00 0,00 14,39 0,11 0,52

26/07/2017 R\$ 14,39

Histórico de Consumo (kWh)
2 | 1 | 0 | 39 | 148 | 1 | 128 | 1 | 128 | 1 | 2 | 0 | 1 | 90 | 1 | 83 | 1 | 10 | 1 | 13
Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16 Out/16 Set/16 Ago/17 Jun/18

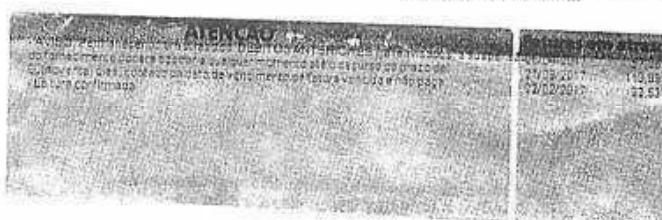
09f4.63cb.992b.d5fb.f710.60ab.7cf3.0b68

Indicadores de Qualidade 5/2017-Codesa

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI/MENSAL	2,77	NOMINAL
DI/TRIMESTRAL	10,35	220
DI/ANUAL	25,77	
FIM/MENSAL	3,33	1,00
FIM/TRIMESTRAL	6,65	202
FIM/ANUAL	13,10	202
TON/MENSAL	1,94	1,00
TON/TRIMESTRAL	5,82	223
TON/ANUAL	12,71	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Entregas de Conta de Energia (R\$)	4,95	34,40
Entregas de Conta de Energia (R\$)	5,21	36,27
Entregas de Transmissão	1,14	7,83
Entregas de Serviços	1,39	9,21
Impostos, Contribuições e Encargos, Outros Serviços	0,95	6,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	14,39	100,00

Valor da Fatura (Ref. 5/2017) R\$ 14,39



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.

_____, ____ / ____ / ____.

Maria dos Anjos dos Santos Souza



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 Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
11/09/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

< >



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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria Estado da
Segurança e da Defesa Social



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 N° 01912.01.2017.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:44 horas do dia 27 de julho de 2017, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7^a Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigacão, 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 Domestica, 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: Entrada 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 CABEDELO, 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 FÉMUR. 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 JOAO PESSOA. O ESPOSO APENAS SOFREU ESCORIAÇÕES E A MOTO TEVE APENAS ARRANHÔES 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 7^a Delegacia Distrital de Cabedelo, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias 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 VEICULO PLACA KGD9149/PE.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigacão, 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

1/2

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



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A I B A

**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 José Nilda dos Santos Silva
MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01912.01.2017.1.03.007

2/2



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 21/05/2019 18:12:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905211812117000000020757105>
Número do documento: 1905211812117000000020757105

Num. 21357745 - Pág. 4

	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIREÇÃO TÉCNICA	
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	
<u>AVALIAÇÃO INICIAL:</u>		
<p>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.</p>		
<u>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</u>		
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		
<u>TRATAMENTO:</u>		
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 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: <i>Maria Jenilda dos Santos Silva</i>				Nº de BE:
Idade: <i>26</i>	Sexo: <i>F</i>	Clinica:	Enf.: <i></i>	Leito: <i></i>
Data de admissão: <i>26/03/17</i>		Alta: <i>10/04/17</i>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <i>Tratamento de Fratura Subtrocanterica EPI.</i>				
Diagnóstico Definitivo: <i>O mesmo.</i>				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: <i>Radiografia de quadril esquerdo</i>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Dr. Umberto Jansen / Dr. Merval (CIRURGIA).</i>				
Biópsias: <i></i>				
Anatomia patológica: <i>Histologia</i>				
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriológista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revélia()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Paciente passou por extençao de fratura subtrocanterica esquerda;</i>				
Orientações Pós Alta				
Dieta: <i>livre</i>				
Repouso:				
Relativo em casa por, <i>30</i> 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: <i>cefalosporina, ANM, analgésicos</i>				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em <i>07</i> dias para revisão.				
João Pessoa: <i>10 de 04 de 17</i>				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se à aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Wd / Ozval

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 989725



Identificação do paciente				
ID 1154128	Nome MARIA JOSENILDA DOS SANTOS SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 12/03/1975	Idade 42 anos 14 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JOANA MARIA DA SILVA SANTOS	Pai IVANILDO DOS SANTOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ISABELA DOS SANTOS SILVA - FILHO(A)			
DDD Móvel 53	Fone Móvel 986497569	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3447036	Nº Crs.		
Local de procedência CAAPORA			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE			CBO/R
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
Número SN	Complemento		Bairro	
Admissão				
Data e Hora 26/03/2017 10:04:20	Número da pulseira 1000005969547	Convênio SUS		Clinica
Especialidade CIRURGIA GERAL	Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	X mmHg	P脉	Temperature	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos	Paciente vestindo de roupa de moto com capacete referindo dor em MI e V/A torax, contorcendo dor, dor mastigofaringe intensa, fôlego curto, eructos em forma () e náuseas ()			
Diagnóstico	Cefalofagia			CID:
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 28seg

ZDP: Atenção inicial Imprimir

Zelulite Lx de tórax AP; Baixos AP; Ombro D AP/P;
fúmor 6 e pezón 6 AP/P, FAST

Sutileza Avul verte

#11156 11/05/2019

Painel vermelho de aço
muito a cerca de 4 mts,
refrigeração em coxa (O)

Rx: Frx de Disparo de fura (O)

(D) Soluto Novo Rx (coxas).

O Instrutor Hospitalar 

26/03/12 - Cirurgia Bem

Solto o osso ilíaco em frax de corno
e FST.

Alta da cirurgia good
os resultados são satisfatórios





Cruz Vermelha
Brasileira
www.crv.org.br



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 3/4	
3.	PARACETAMOL 500MG VO 6/6 HS (6) (6) (6)	
4.	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA (8)	
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)	
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG	
9.	Colar Mineral. Tensão arterial s/p	
10.	Sobrem. Intérvalo Tres ou Três Meia-hora	
11.	Peso: 60 kg	
12.	Cefadroxil 500 mg - di po + no (2) 610mL ok	
13.		
14.		
15.	DIAGNÓSTICO: FRATURA SUBROCANTERIANA DE FEMUR	
16.		
17.	EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS. SOL VAGA NA ENFERMARIA.	

06:00 diurases (noite) deit





Cruz Vermelha
Brasileira



PRESCRIÇÃO MÉDICA 939725 A

PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO - I

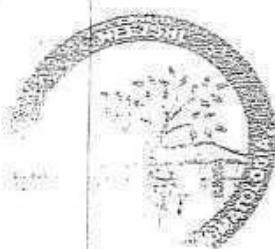
noronha



Paciente:	MARIA JOSENILDA DOS SANTOS	HORA
UNIDADE:		27.03.2017 08:00
LEITO:		
ITEM PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO		
1.	DIETA LIVRE / LAXATIVA <i>tenção</i>	
2.	SRL 1000 ML EV em 24hs. <i>10 24</i>	
3.	PARACETAMOL 500MG VO 6/6 HS <i>16 22 04</i>	
4.	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA <i>16</i>	
5.	TRAMAL 100 MG + SF0,9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N <i>5.</i>	
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS SE NAUSEAS <i>5.</i>	
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS <i>1G</i>	
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG <i>100</i>	
9.	<i>infal 40 As VO 8/8h 16 24 08</i>	
10.	<i>Óleo Vinagre - 10ml 10 12/12</i>	
11.		
12.	<i>Fleet Enema VL 5L</i>	
13.		
14.		
15.	DIAGNÓSTICO: FRATURA SUBROCANTERIANA DE FEMUR	
16.	<i>Duocore 100 ml 06</i>	
17.	EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS. SOL VAGA NA ENFERMARIA.	

D: P
OR:
C:
GIA





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



080417

NOME: M^t Jeanne L. S. B. de Oliveira
INFERMÁRIA: 04 LEITO: 03

PREScriÇÃO

HORÁRIO

DIETA LIVRE abr/18:00h
SRL 1500ML - EV - EM 24H
ciprofloxacin 01 f ev d 01/04 14 25 05
DIPIRONA 01 AMP+ AD EV 6/6HS (12) (23) (25) (11) Alucia!
TILATIL 40MG - 01AMP, EV, 12/12H (24)
TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 SN (25)
NAUSEDRON 4mg + AD - EV - 8/8h (SN) (25)
OMEPRAZOL 40MG - 01AMP, EV, IX/DIA (25)
CURATIVO DIÁRIO
SSVV - CCGG.

cg
025: Após 12 horas de cirurgia (PO) iniciar elixir
40 01/05/18 12/12h

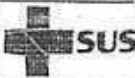
AD:

1PT

VPM

*Nerival B. de Lucena Filho
CRM 2117
Ortopedia e Traumatologia*



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>TIKuma</i> 4 - CNES				
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>MAMA Josenilda dos Santos Silva</i> 6 - N.º DO PRONTUÁRIO <i>9037257</i> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i> 9 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, 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 GERAL 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 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 - OTDE				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - OTDE				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - OTDE				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>Cx DHS Tm circunferência #01 Ponto 12 F. #01 Ponto desl. N.º 60 #01 Ponto conservar # Ponto. Conf. qd 03 N.º 32</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>1 / 1</i>				
41 - DOCUMENTO 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - CÓD. ORGÃO EMISOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>Nerival B. de Oliveira Filho</i>				
47 - DOCUMENTO 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Nerival B. de Oliveira Filho</i> <i>CRM 3117</i> <i>Reumatologista e Traumatologista</i>				



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

Pronto daq

Incisão:

- 10 cm de lâmina de ferro (E)
- Retrator + fios de plástico 10 mm - prof liberte.

Achados:

Fibras soltas + sopro de fuso corrugado.

Conduta:

- 7 Angra o anágua
- 8 Fixo de ferro 1 und m. em paralelo
- 9 Colme d. plástico 9 x 12 mm
- 10 Fixo d. ferro 10 x 03 fios m. de al. d.
- 11 Tela pr. plástico m. 20 x 30.
- 7 Cura ciclos + soro fisiológico 3 g.

Fechamento:

Mw 30 e 02.

Observação:

N.D.N

Médico/CRM:

Nerival B. de Lucena Filho
CRM 4117
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 01/04/17



CRUZ VERDE
29 AÑOS TRABA

Nota de Sala Cirúrgica

BEE TSB

NOME DO PACIENTE		Maria JOSE NILDA IDES SANTOS		Data			
IDADE	67	SEXO	M	MONTARO			
CRURÍA	JOV. CUF. TRANSFERENTES		Pacote 650				
CIRURGÃO	D. M. Ribeiro - Jagger						
ANESTESIA	D. L. G. D. L. G.						
ANESTESISTA	D. L. G. D. L. G.		Anestesia 12:10:57 (15)				
INSTRUMENTADOR	D. L. G. D. L. G.						
DATA	01/01/12	TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA	INÍCIO	FIM	CRURÍA: INÍCIO FIM		
					8:00 10:45		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPIDA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOLUÇÕES	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA				JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	01			JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA				JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICO N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO				LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÉRICO 70%		LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°21	01	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	500ML	LÂMINA BISTURI N°24	01	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	01	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO				MUVA DE PROCEDIMENTO PAR	40	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA C/VASO	01	AGULHA 13X4,5		MUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA S/VASO		AGULHA 25X97		MUVA ESTÉRIL N°7,5	10	FIO POLIGLACRONE N°	
MIDAZOLAN	01	AGULHA 25X98	06 GM	MUVA ESTÉRIL N°8,0	15	FIO SEDA N°	
MORFINA		AGULHA 40X12		MUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA	
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	10	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	01	CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	—	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	2,5
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 1ML	02	FIO DE KIRSCHNER N°	10
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	100G 10	SERINGA 10ML	02	FIO STEINMAN N°	02
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREMOM	100G 10	SERINGA 10ML	02	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	02	HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSAS/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°6			
ADRENALINA		CÂNULA N° TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNO	01	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPENA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	01	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	01	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DITRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	100 10	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	010 10	TORNERINHA	01	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCÁINA GELEIA		ELETRODOS	10 — 05	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTIRONA		EQUIPO MACROGOTAS	01 — 01	TUBO SILICONE (LATEX)	17 03	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	— 02			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE FVPI	01 06	FIOS	QTD.		
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A N°		() ASPIRADOR	
		GAZES	1000 1000 1000	FIO ALGODÃO S/A N°		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES ALGODOADAS	— 05	FIO ALGODÃO C/A N°		() CAPNÓGRAFO	
		GEL ELETROLÓTICO		FIO ALGODÃO C/A N°		() CARDIOMONITOR	
		JELCON N°14		FIO ALGODÃO C/A N°		() DESINFECTADOR	
		JELCON N°16				() FOCO AUDIAR	
						() FOCO CENTRAL	
						() MICROSCOPIO	
						() OXÍMETRO DE PULSO	
						() P.A. INVASIVO/IND. INVASIVA	
						() SISTEMA HEMODINÂMICO	
						() TEC. HF. Enfermagem	
						() DREN. PB. 4000ML	

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 21/05/2019 18:12:13
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905211812117000000020757105>
Número do documento: 1905211812117000000020757105

Num. 21357745 - Pág. 14



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 08/04/17

PRONTUÁRIO: 9897 25

PACIENTE: Maria gonçalves dos Santos Silveira		SEXO: F	COR:	IDADE: 42	
PRESSÃO ARTERIAL PULSO 114		RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO MV + CM ANT 51 PA		AP. CIRCULATÓRIO		ESTAVEL	
AP. DIGESTIVO SESUM > 8h		ESTADO MENTAL L.C.T.E	DROGAS EM USO VPM		ESTADO FÍSICO (ASA) II
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE / HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA SUBTRAMÉTALICA DE TERÇO MÉDIO DE FÉMUR					
CIRURGIA REALIZADA Técnica cirúrgica de FRATURA SUBTRAMÉTALICA DE TERÇO MÉDIO DE FÉMUR					
CIRURGIÃO Dr. Ferreira		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		
ESHORA 8:00 8:30 9:00 9:30 10:00 10:30 11:45 N.D. LÍQUIDOS VENOSOS PL 500 EV 400 UA 500 CH 300ml					
O P. DIASTÔMIA A P. DIASTÔMIA V P. ANESTÉSICO ESTERÓIDE ANESTÉSICO ANESTÉSICO ANOTações OLÍMPICO					
ESTÉSIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOO.PLEXO <input checked="" type="checkbox"/> BLOO.NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO VOLUME Volume em ml GLUCOSE 1 MIDAZOLAM 2 mg INAL 2 NEOCAINA ISÓDICA 0,5% 15 mg SALSOL 3 RÁVAPJUVACAINA 0,5% 5ML 30ml RINGER 4 LUDOGALINA 2%. 20ml 61 VNO TOTAL 5 CEFAZOLINA 250mg DESTINO DO PACIENTE 6 DEXAMETASONA 10mg APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA 7 UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA 8 OUTROS 9 10					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES Anestesia local monitorizada na artéria femoral com FiO ₂ 100%, realizada punção lombária a nível da L5-S1, ICR () levando a injeção de () sem intercorrência. Feito bloquio de nervo femoral por via intraneuronal anterior com neuroestimulador, anel de bloquio ASO e injeção de () + ()					
ASSINATURA DO ANESTESISTA: Luiz Eduardo Imbelloni P.JNG.LASCR.028-1 Anestesiologia 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](mailto: 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

