Data da internação: 30/12/2018 Hora: 11:06:07

SUS — 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: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1803622
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 20/05/1933
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: severina carlos de andrade
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 91857338
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): EUZEBIO DOS SANTOS , 48 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Lagoa Seca
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250830
15 - UF: PB
16 - CEP: 58117000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Idoso vítima de queda de muro
hrs ± 2h c/ dor + RI em grande
(E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Necessita Aº cirúrgico.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
RX anexado

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fx colo fem (E)
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: 706500355121696
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: HALLISSON BARROS DE ALMEI
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/12/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
Hallisson Barros de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 6662

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Data da internação: 30/12/2018 Hora: 11:06:07

SUS — 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: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1803622

7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 20/05/1933
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: severina carlos de andrade
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DO TELEFONE 91857338

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): EUZEBIO DOS SANTOS , 48 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Lagoa Seca
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO: 250830
15 - UF: PB
16 - CEP: 58117000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Abaixo [illegible] de queixa de muito
[illegible] + RI [illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
[illegible] NE cirúrgico.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:
RX [illegible]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: [illegible]
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: 706500355121696

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: HALLISSON BARROS DE ALMEI
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/12/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - [ ] ACIDENTE DE TRANSITO
34 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - SÉRIE:
38 - CNPJ EMPRESA:
39 - CNAE DA EMPRESA:
40 - CBOR:

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
43 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:
44 - DOCUMENTO: [ ] CNS [ ] CPF
45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

0/12/2018

EXAME SECUNDÁRIO

#Cirurgia

Paciente

Tórax se

Ao exam

indolor

cd: - Alta

- Aos cui

ortopedia

DESTINO DO PACIENT

( )Centro cirúrgico ___

( )Internação (setor) ___

( )Tranferência a outr

http://10.1.1.148/projeto

=NCCR= 30/11/18

mor com cefaleia há cerca de 5h

= de alarme pós-traumático

Glasgow 15 / PFRR / sem déf. apendicular

Neurocirurg.

Dr. Alysson Pascoal
Neurocirurgião
CRM-SP: 166816 / CRM-PB: 9010

IMENTO	CBO	IDADE

2/2

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

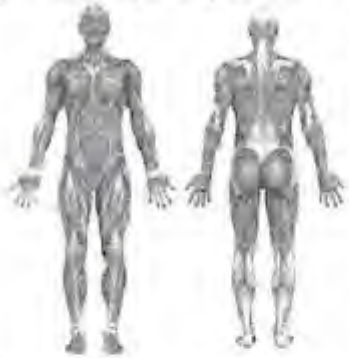
PRONT (B.E) Nº:1803566 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/12/2018
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Ligiana Veronica Silva Coutinho

PACIENTE: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE
Endereço:EUZEBIO DOS SANTOS
Cidade: Lagoa Seca
Nome da Mãe:
Responsável:
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58117000 Nascimento:01/01/1935
Sexo:M Telefone:
Idade:083 Bairro:CENTRO
RG: Nº:48
CPF: Profissão:
Data de Atend:30/12/2018 CNS:55228899
CONVÊNIO:SUS
Hora: 09:35:41 Especialidade:
CRM:

FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % **Grau** ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente é trazido pelo SAMU, vítima de colisão moto-moto há 1 hora, em imobilização com prancha rígida e colar cervical, não usava capacete no momento do acidente. Equipe relata que o mesmo encontrava-se hipocorado e saturando 89%, sendo feito O2, com leve melhora. Nega perda de consciência, vômitos, queixa-se de dor em tórax e coxa (E).
ALERGIA: Nega
MEDICAMENTOS: Nega
PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 14 **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

Vias aéreas pérvias, respirando sob cateter nasal, abdome levemente doloroso à palpação em metade inferior, glasgow 14 (paciente desorientado), escoriações em pé (E) e MS(E).

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia: _____
( )Gasometria arterial ( )Radiografias: _____
( )Tomografia Computadorizada ( ) _____

CCIH
Realizado Busca Ativa
Data: 23/01/19

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: ORTOPEDIA _____ **às** ____:____ **Dia** ____/____/____
Especialista: NCR _____ / _____ **às** ____:____ **Dia** ____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL, 500ml, EV	
2	Tilatil 20mg, EV	
3	Alta de urgência	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Francisco Claudio Alves Dantas
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB 5435

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Antônio Carlos de Andrade		Ortopedia I	1	9

Data	Hora		Data	Hora
27.01.19	Tarde	Paciente em ECR, em VE e ao, contactuante e colaborativo, apresenta fx de fêmur (esq) E e dispnéia leve. AP: MVD em AHTx sem RA. Conduta: inspirações em 3T (3x10), MRP, orientações gerais.		
28-02	Manhã	Paciente em ECR, em V.E em a.a eupneico, acianótico, apirético ao toque, consciente e colaborativo. Conduta: Cinesioterapia ativa-assistida de MID, tornozelo e pododactilos do MIE; TRB (AFE); orientações.		

Yara Cristina Sena
Yara Cristina S. Nunes
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 228927-F

Mikaela Gomes Barbosa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 228927-F

MOD. 012

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Antônio Carlos de Andrade		Ortopedia 2	4	1

Data	Hora		Data	Hora	
09/01	M	Pac em ECR, cooperativo, eupneico, normocorado, aaa, VEmaa, SDR. Fx colo de Fêmur E. AP: MV⊕ em AHT, com ruídos EF: MHB, MRP, cinesio assistida MID, mob passiva, TNZ E, OR gerais			vados de MMSS e MID. AP: MV⊕ em AHT, s/ IRA EF: MHB + fortalecimento de MID, TNZ⊕, MSE, exercícios assistidos de MSD, OR gerais
			16/01	M	Pac. em ECR, cooperativo, eupneico, normocorado, aaa, VE em aa, SDR, tosse⊕ eficaz. AP: MV⊕ em AHT com roncos discretos EF: MHB, MRP, ERP, OR gerais
10.01.19	T	Paciente evoluiu em ECR, consciente, cooperativo, aaa, eupneico com VE/AA. Com fratura do Fêmur (colo). AP: MV⊕ com AHT com roncos. CD: MRP, MHB, tone preservado			
			26-01	tarde	Paciente em ECR, acianótico, VE em aa, eupnéico, apoiável ao toque, consciente e colaborativo. AP: MV⊕ em AHT com roncos discretos. Conduta: cinesioterapia ativa assistida dos MMSS e MID e mobilização assistida do tornozelo e podotáteis do MIE, orientações MHB, MRP.
15/01/19	M	Paciente com dor escapular ⊕ ao deitar, em decúbito lat D (prod. escapular ⊖), com movimentos previ-			

Andreza J. F. Barbosa FISIOTERAPEUTA CREFITO - 77298-F

Dr. Ápio Cláudio de Lima Assis Fisioterapeuta / Osteopata CREFITO 65418 - F

Andreza J. F. Barbosa FISIOTERAPEUTA CREFITO

FISIOTERAPEUTA CREFITO 153444-F

Mikaela Nunes Barbosa FISIOTERAPEUTA CREFITO 228927-F

Enfermaria 9-1

MOD. 012

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Antonio carlos de Andrade Dn 03/01/35

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	83	1803566

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA: Trat cirúrgico da fratura do colo de fêmur
CIRURGIÃO: Dr Eldman + R Julio
ANESTESIA: Raqui
ANESTESIA: Dr Patricia

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
Norma	31/01/19	08:00	09:35

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Diazepan amp.
01	Dimorf amp. 0,2
	Dolantina amp.
	Efrane ml
	Fenegam amp.
	Fentanil ml
	Inova ml
	Ketalar ml
	Mercaína pesada % ml
	Nubahin amp.
	Pavulon amp.
	Protigmine amp.
	Protoxido l/m
	Quelicin ml
01	Raquianestesia
	Thionembutal ml
	Tracrium amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Agua Destilada amp.
03	Decadron amp.
02	Dipirona amp.
	Flaxidol amp.
	Flebocortid amp.
	Gentamicina amp.
01	Metoclopramida
	Glucon de Cálcio amp.
	Haemacel ml
01	Ranitidina
	Kanakion amp.
02	Cefuroxima
	Metronidazol
	Plasil amp.
	Profamina
	Revivan amp.
	Sluptanon amp.
02	Cefoperazona

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
	Agulha desc. 28 x 28
	Agulha desc. 3 x 4,5
01	Agulha p/ raque nº 25
	Alcool de Enfermagem
	Alcool Iodado ml
	Ataduras de Crepon
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

	Bolsa Colostoma
	Cateter p/ Oxig.
	Cateter De Urinar Sist. Fech.
06	Compressa Grande
	Compressa Pequena
	Cotonoide
01	Dreno 3,2
	Dreno Kerr nº
	Dreno Penrose nº
	Dreno Pezzer nº
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
	Esparadrapo Largo cm
	Furacim ml
01	Gase Pacote c/ 10 unidades
	H_2O_2 ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
01	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
02	Luvas 7.0
01	Luvas 7.5
	Luvas 8.0
04	Luvas 8.5
	Oxigênio l/m
	Polifix
03	PVPI Degermante ml
	PVPI Tópico ml.
	Sabão Antiséptico
	Saco coletor
03	Seringa desc. 10 ml
03	Seringa desc. 20 ml
02	Seringa desc. 05 ml
	Sonda
	Sonda foley
	Sonda Nasogástica
	Sonda Uretral nº
	Sterydrem ml
	Tomeirinha
	Vaselina ml
	Gelcon 18
05	Extensores

Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sutupak	
	Fio de Algodrão Sutupak	
	Fila cardiaca	
03	Mononylon 2-0	
	Mononylon	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
02	Vicryl Sertix 0,0	
	Vicryl Sertix	
	Vicryl Sertix	

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
01	SG 5% 500 ml p/ mesa

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Bipolar CX
01	Acetábulo B.C/Trava
01	cimento osseo
01	prótese femoral
01	cabeça femoral

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- ( ) Oxicapnógrafo
- (X) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 086

Tel. +55 19 2111 6500 ; CNPJ 01.025.974/0001-92
Resp. Téc.: José Antonio Maximo CREA – 06011414153

REF 04.04.07.28003 LOT 144297 Qtde: 1

Cabeça Femoral Intercambiável Ø28mm Colo +3mm

+3mm Neck Intercambiable Femoral Head Ø28mm

Cabeza Femoral Intercambiable Ø28mm Cuello +3mm

Registro ANVISA: 10417940036

Nome Técnico: Cabeça Metálica para Artroplastia de Quadril

Nome Comercial: Cabeça intercambiável de Inox

FAB: 09/2018 VAL: 09/2023

MDT INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil, 2983 - Dr.Industrial - 13505-600, Rio Claro SP, Brasil
Tel. +55 19 2111 6500 ; CNPJ 01.025.974/0001-92
Resp. Téc.: Leonardo Carvalho Batista - CREA 5069143390

REF 04.01.01.28050 LOT 01052S Qtde: 1

Acetábulo Bipolar com Trava Ø 28x50 mm

Bipolar Cup With Lock Ø 28x50 mm

Cotilo Bipolar con Traba Ø 28x50 mm

Registro ANVISA: 10417940055

Nome Técnico: Implante

Nome Comercial: Acetábulo Bipolar

FAB: 02/2017 VAL: 02/2022

IOL IMPLANTES LTDA.

Modelo Comercial:

CIMOSSEO SUBITON R
O (880000)
Código: 40000003000
Lote: 30829
ANVISA: 10223680067

MDT INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil, 2983 - Dr.Industrial - 13505-600, Rio Claro SP, Brasil
Tel. +55 19 2111 6500 ; CNPJ 01.025.974/0001-92
Resp. Téc.: Leonardo Carvalho Batista - CREA 5069143390

REF 04.30.02.37002 LOT 101675 Qtde: 1

Prótese Femoral Cimentada 37,5mm Cone 12/14 Primaria Nº 02

Cemented Femoral Prosthesis 37,5 mm Cone 12/14 Primary nº 02

Prótesis Femoral Cementada 37,5 mm Cono 12/14 Primaria nº 02

Registro ANVISA: 10417940039

Nome Técnico: Haste modular para artroplastia de quadril

Nome Comercial: Haste Cimentada

FAB: 11/2017 VAL: 11/2022

MANUTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento 11021

Bio Implants Ma

Código:

Cód. Procedimento:

Hospital:

Nº prontuário:

Convênio:

Procedimento:

Código:

(✓) Reposição ( ) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total

MDT INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil, 2983 - Dr Industrial - 13505-600, Rio Claro SP, Brasil
Tel: +55 19 2111 6500 | CNPJ 01.625.574/0001-92
Resp. Téc.: José Antonio Marins CREA - 06011-4152

REF 04.04.07.28003 LOT 144297 Qtde: 1
Cabeça Femoral Intercambiável Ø28mm Colo +3mm
+3mm Neck Intercambiable Femoral Head Ø28mm
Cabeza Femoral Intercambiable Ø28mm Cuello +3mm
Registro ANVISA: 10417940036
Nome Técnico: Cabeça Metálica para Artroplastia de Quadril
Nome Comercial: Cabeça Intercambiável de Inox
FAB: 06/2018 VAL: 09/2023

MDT INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil, 2983 - Dr Industrial - 13505-600, Rio Claro SP, Brasil
Tel: +55 19 2111 6500 | CNPJ 01.625.574/0001-92
Resp. Téc.: Leonardo Carneiro Batista - CREA 5069143290

REF 04.01.01.28050 LOT 010528 Qtde: 1
Acetábulo Bipolar com Trava Ø 28x50 mm
Bipolar Cup With Lock Ø 28x50 mm
Cotilo Bipolar con Traba Ø 28x50 mm
Registro ANVISA: 10417940055
Nome Técnico: Implante
Nome Comercial: Acetábulo Bipolar
FAB: 02/2017 VAL: 02/2022

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

									Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									

MDT INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil, 2983 - Dr Industrial - 13505-600, Rio Claro SP, Brasil
Tel: +55 19 2111 6500 | CNPJ 01.625.574/0001-92
Resp. Téc.: Leonardo Carneiro Batista - CREA 5069143290

REF 04.30.02.37002 LOT 121575 Qtde: 1
Prótese Femoral Cimentada 37.5mm Cone 12/14 Primária Nº 02
Cemented Femoral Prosthesis 37.5 mm Cone 12/14 Primary nº 02
Prótese Femoral Cimentada 37.5 mm Cono 12/14 Primaria nº 02
Registro ANVISA: 10417940039
Nome Técnico: Haste modular para artroplastia de quadril
Nome Comercial: Haste Cimentada
FAB: 11/2017 VAL: 11/2022

IOL IMPLANTES LTDA
Modelo Comercial:
CIMCSSEOSUBITON R O (880000)
Código: 40000003000
Lote: 30829
ANVISA: 10223680067

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR D

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor:

Cód. Instrumentador:

Implants Comércio de M

Bio Implants

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento 11021

Hospital: de [illegible] Código:

Procedimento: [illegible] Cód. Procedimento:

Paciente: [illegible]

Data da Cirurgia: 31/01/19 Nº prontuário: 1803566 Convênio:

Cirurgião: Dr. [illegible] Código: (✓) Reposição ( ) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
	MDT INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA Av. Brasil, 2983 - Dr.Industrial - 13505-600, Rio Claro SP, Brasil Tel. +55 19 2111 6500 | CNPJ 01.023.974/0001-92 Resp. Téc.: José Antonio Maximo CREA - 060114153 REF 04.04.07.28003 LOT 144291 Qtde.: 1 Cabeça Femoral Intercambiável Ø28mm Colo +3mm +3mm Neck Interchangeable Femoral Head Ø28mm Cabeza Femoral Intercambiable Ø28mm Cuello +3mm Registro ANVISA: 10417940036 Nome Técnico: Cabeça Metálica para Artroplastia de Quadril Nome Comercial: Cabeça Intercambiável de Inox FAB: 09/2018 VAL: 09/2023			
	MDT INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA Av. Brasil, 2983 - Dr.Industrial - 13505-600, Rio Claro SP, Brasil Tel. +55 19 2111 6500 | CNPJ 01.023.974/0001-92 Resp. Téc.: Leonardo Carvalho Batista - CREA 5069143390 REF 04.01.01.28050 LOT 010525 Qtde.: 1 Acetabulo Bipolar com Trava Ø 28x50 mm Bipolar Cup With Lock Ø 28x50 mm Cotilo Bipolar con Traba Ø 28x50 mm Registro ANVISA: 10417940055 Nome Técnico: Implante Nome Comercial: Acetábulo Bipolar FAB: 02/2017 VAL: 02/2022			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

MDT INDÚSTRIA COMÉRCIO IMP. E EXP. DE IMPLANTES SA
Av. Brasil, 2983 - Dr.Industrial - 13505-600, Rio Claro SP, Brasil
Tel. +55 19 2111 6500 \| CNPJ 01.023.974/0001-92
Resp. Téc.: Leonardo Carvalho Batista - CREA 5069143390
REF 04.30.02.37002 LOT 101679 Qtde. 1
Prótese Femoral Cimentada 37.5mm Cone 12/14 Primária Nº 02
Cemented Femoral Prothesis 37.5 mm Cone 12/14 Primary nº 02
Prótesis Femoral Cementada 37.5 mm Cono 12/14 Primaria nº 02
Registro ANVISA: 10417940039
Nome Técnico: Haste modular para artroplastia de quadril
Nome Comercial: Haste Cimentada
FAB: 11/2017 VAL: 11/2022

IOL IMPLANTES LTDA.
Modelo Comercial:
CIMOSSEO SUBITON R O (880000)
Código: 40000003000
Lote: 30829
ANVISA: 10223680067

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente: Antonio Carlos de Andrade		Nº Prontuário:
Data da Operação: 31/01/19	Enf. Ortopedia J	Leito: 62
Operador: Dr Eldimar	1º Auxiliar: Dr Julio MRZ	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador: Norma
Anestesia	Tipo de Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura femur E

Tipo de Operação: Prótese bipolar (Artroplastia de quadril)

Diagnóstico Pós-Operatório: Omesmo

Relatório Imediato da Patologia: ø

Exame Radiológico no Ato: Não

Acidente Durante a Operação: Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Vísceras

1) Paciente em DDL direito sob anestesia
2) Assepsia e antissepsia + campos estéreis
3) Incisão póstero lateral quadril E por planos + hemostasia
4) Retirada da cabeça do femur c/ serrador + osteotomia do colo femoral
5) Valgizador + fresagem do canal medular
6) Colocação do implante (prótese bipolar) com cimento ósseo + Realizar testes de estabilidade
7) Lavo fo c/ SF 0,9%
8) Sutura por planos
9) Curativo

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 9995/CRM/RN 6320

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Antônio Carlos de Andrade | IDADE: 83 | SEXO: M | COR: Branco

DATA: 31/01/19 | PRESSÃO ARTERIAL: 170/90 | PULSO: 78 | RESPIRAÇÃO: 17 | TEMPERATURA | PESO: 70 kg | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS: 2,9 bilhões | HEMOGLOBINA: 8,1 | HEMATÓCRITO: 24 Fator 2 UCH | GLICEMIA | UREIA: 59 | OUTROS

URINA: na data 30/01/19

AP. RESPIRATÓRIO: Dispneia em respiração espontânea | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO: HAS, hemodinamicamente estável | ELETROCARDIOGRAMA: Bloq III de ramo

AP. DIGESTIVO: Jejum hoje + 12h. | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL: Consciente e orientado | ATARÁXICOS | CORTICÓIDES | ALERGIA: N | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ex. cab. de fêmur (E) | ESTADO FÍSICO: ASA III | RISCO: III

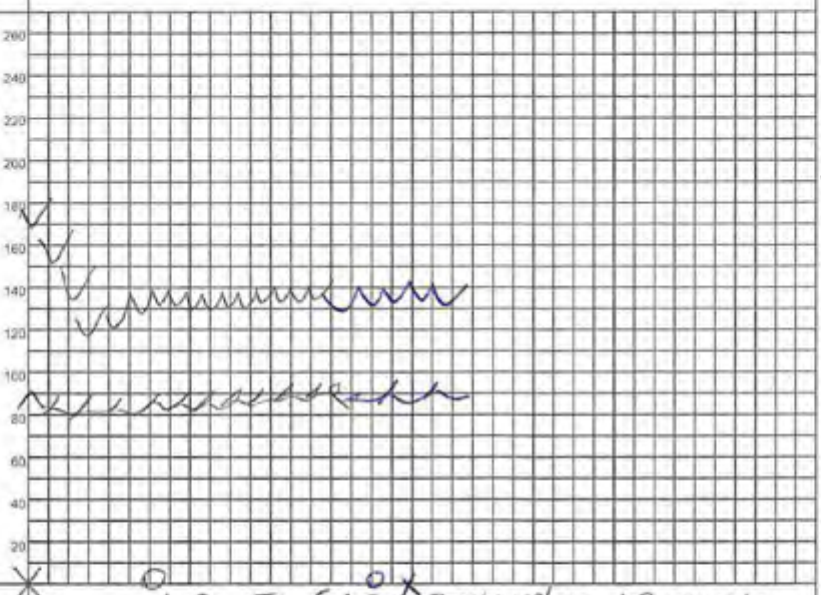
ANESTESIAS ANTERIORES: S/intercorrências.

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA | ÀS | EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS: O2

LÍQUIDOS: SR SF — SR: SG 10 + SW; SF: SG 10 + SW

CÓDIGOS — VP: ARTERIAL; O PULSO; O - RESPIRAÇÃO; AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO



INDUÇÃO
Satisf.: ____ Excit.: ____ Tosse: ____
Laringo espasmo: ____ Lenta: ____
Náuseas: ____ Vômitos: ____
Outros: ____

MANUTENÇÃO
Ceftriaxona 1g 2amp
Dipirona 1g 2amp
Decadron 4mg 8amp
Nausedron 8mg 1amp
Ranitidina 50mg 1amp
Tenoxican 20mg 2amp
Dramin. 1amp

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____
Não, por quê? ____

DESPERTAR
Reflexos na SO: ____
Obstr.: ____ Co.: ____ Excit.: ____
Náuseas: ____ Vômitos: ____
Outros: ____

Com cânula:
Para o Leito Sim ____ Não ____
CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: Trauma. PANJ + Eco + Oximetria + Dreno

POSIÇÃO: O → L → O

AGENTES: Bupivacaina 1,5mg + Fentanil 15mcg + Neostigmina 0,5% 20mg + Bupivacaina 0,5% 20mg + O2

TÉCNICA: Raquianestesia Simples, AO 25g, 14 cm, L3-L4 + sedação | CÂNULAS

OPERAÇÃO: Artroplastia total do quadril E

CIRURGIÕES: Dr. Eldemann + Mbr Julio Cesar

ANESTESISTAS: Dra Patrícia Lavaus + Tatiana Matheus + Raquel

OBSERVAÇÕES: J: 8h T: 9:30

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS | PERDA SANGUÍNEA

MOD. 068 | FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1

N° PRONTUÁRIO:

HOSPITAL DE TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83

6-2

FX COLO DE FÊMUR E

LEITO 9-1

30\01

1 DIETA PARA HAS
2 SRL 1500ML EV EM 24H
4 **LEVOFLOXACINO 750MG EV 24/24H** FALTA
5 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
7 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
9 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ
10 NBZ COM 5ML SF + 1FA FLUIMUCIL 8/8H
11 SIMBICORT 200MCG 02 PUFFS DE 8/8H
12 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H
13 DECÚBITO ELEVADO
14 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H
15 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H
16 FISIO MOTORA
17 SSVV+CCGG

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

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

30/01/19 - 08hs PA: 120 x 60 Diurese: 50ml

Pcte em EGR, com AVP em MSD, sem deambular, sem queixas no momento. Realizado todos os cuidados e medicado CPM. Segue aos cuidados de enfermagem.

Kelly Fernanda N. Mota
TÉCNICA EM ENFERMAGEM
COREN-PB 599.638

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX COLO DE FÊMUR E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1

Paciente	LEITO 9-1 Nº PRONTUÁRIO: 1803622 ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83	Alojamento	09	Leito	01	Convênio	LEITO 9-1

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
								D8: DIU
28/1	1 DIETA PARA HAS							BEG, lúcido, M1 [illegible]
	2 SRL 1500ML EV EM 24H, dipa, 6UR	H	22	06				
07/17	4 LEVOFLOXACINO 750MG.EV 24/24H	H						Hemo (-) Eco (-)
	5 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	H	18	24	06			
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN							CO: LPM
	7 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN							Solução [illegible] em [illegible]
	8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN							
	9 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ	06						
	10 NBZ COM 5ML SF + 1FA FLUIMUCIL 8/8H	H	22	06				Dr. Everlon Meira MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900
	11 SIMBICORT 200MCG 02 PUFFS DE 8/8H	H	22	06				
	12 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H	H	22	06				4C.H (Sala Vermelha) por 15h:
	13 DECÚBITO ELEVADO							paciente recebido pela C.H., onde
	14 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H (suspenso!)	20						paciente de grande risco de trombose,
	15 FISIO MOTORA							tomou como conduta:
	16 SSVV+CCGG	M	N					(1) ↑ hidratação EV ringer lactato
	(17) Clonazepam 2mg VO 18h (com a enfermeira)		18	(c/a família)				(2) Suspender clexane (40mg) até
	(18) Monitorização de sinais 1/1 de 2/2h	M	T	N				observar vômito/hematêmese e controle
								de coagulograma.
								(3) UPM+exames
	Dr. Everlon Meira MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900							Dr. Lina Lima MÉDICO GENERALISTA CRM-PB 7185 CNS 980016285771036

28/01 Paciente EGR medicado
19 Manutenção - 100 x 60
segue sob os cuidados
Cristiany Alves
COREN-PB 1.004.974-TE

28/01 Paciente EGR
19 PA = 100 x 50
SPO2 = 75
Pulso = 110
HGT = 186.
segue sob os cuidados
da Enfermagem
Cristiany Alves
COREN-PB 1.004.974-TE

21:00
PA = 110 x 70

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente		Alojamento		Leito	FX COLO DE FÊMUR E	Gênero	

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1

N° PRONTUÁRIO: 1803622
ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83

LEITO 9-1

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
							29/01
							BEG, corado, acianótico. Sem hematoma em últ. 12h. CD: VPA. Solicito parecer da Clínica Méd. Paciente apresenta 2 episódios de hematoma em últ. 24h, sendo decidido para ala cirúrgica p/ cirurgia. Dr. Everton Meira MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900
29/1	1 DIETA PARA HAS (Dieta livre até 2ª ordem)						
	2 SRL 500ML EV EM 24H + Glicose 50% 1amp em soro fisio.	1ª	2ª	3ª			
	4 LEVOFLOXACINO 750MG EV 24/24H	14					
	5 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12	18	24	06		
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN						
	7 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN						
	8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN (Susp)						
	9 OMEPRAZOL 40MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ 40mg EV 1d. 1ª a rotina		18	06			
	10 NBZ COM 5ML SF + 1FA FLUIMUCIL 8/8H	14	22	06			
	11 SIMBICORT 200MCG 02 PUFFS DE 8/8H	14	22	06			
	12 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H	14	22	06			
	13 DECÚBITO ELEVADO						
	14 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H (Susp)						
	15 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H						
	16 FISIO MOTORA						
	17 SSVV+CCGG HGT 6/6h	M	N				
	(18) C. Hemica 600ml EV						
	(19) Parecer da C. Médica Transamin 1amp EV 12/12h	18	24				

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

- Cl. Médica
Pct com relato de hematomas no vigência de uso de clexane. Solicito EDA. Dieta zero hoje. Mantenho clexane e tratamento suspenso.

Dr. [illegible] CLÍNICA MÉDICA CRM-PB [illegible]

29/1/19 "08 hs"

PA = 130x70

Paciente consciente orientado
leito SSW + banho no leito
com AVP em dia, com Sonda
vesical demora presente evacuação
presente medicado EPM agudo
cirurgia ortopedica aos cuidados
de enfermagem

29/01/19 às 20:00hr.

P.A.: 120x80

Paciente segue aos cuidados
da enfermagem. m.c.p.m.

Não foi realizado a nebolização
, pois está faltando o FLUIMUCIL.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

UNIDADES	HEMOC CH	DATA 29/1/19	ABO/RH
DOADOR: 14251901			O+
INÍCIO: 11:45	VOLUME: 255		
PA:	PULSO:	TEMP: 36C	
TÉRMINO:	RESPONSÁVEL:		
PA:	PULSO:	TEMP:	

UNIDADES	HEMOC CH	DATA 29/1/19	ABO/RH
DOADOR: 14251901			O+
INÍCIO: 15:15	VOLUME: 255		
PA:	PULSO:	TEMP: 36C	
TÉRMINO:	RESPONSÁVEL:		
PA:	PULSO:	TEMP:	

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1

Nº PRONTUÁRIO: 1803622

ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83

27/1

1 DIETA PARA HAS
2 SRL 1500ML EV EM 24H 500 500 500
4 LEVOFLOXACINO 750MG EV 24/24H
5 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 12 18 24 06
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
7 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
9 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ 06
10 NBZ COM 5ML SF + 1FA FLUIMUCIL 8/8H 14 22 06
11 SIMBICORT 200MCG 02 PUFFS DE 8/8H 14 22 06
12 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H 14 22 06
13 DECÚBITO ELEVADO
14 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H 20
15 FISIO MOTORA
16 SSVV+CCGG

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

FX COLO DE FÊMUR E

LEITO 9-1

BEG, estável, sem intercorrências
CD: VPH

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

27/01/19 Paciente consciente e orientado evoluiu estável
08:00H que relata não ter dificuldades para deglutir
PA = 130x80 na ingestão segue os cuidados da
Equipe de Enfermagem.

Anderson L. de M. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 682.210

27/01/19 Paciente consciente e orientado evoluiu sem
20:00H queixas até o presente momento, e está
PA = 130x80 sendo medicado conforme a prescrição
medica. //

Anderson L. de M. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 682.210

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1

Nº PRONTUÁRIO: 1803622

ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83

26/1

1 DIETA PARA HAS
2 SRL 1500ML EV EM 24H
4 LEVOFLOXACINO 750MG EV 24/24H
5 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
7 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
9 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ
10 NBZ COM 5ML SF + 1FA FLUIMUCIL 8/8H
11 SIMBICORT 200MCG 02 PUFFS DE 8/8H
12 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H
13 DECÚBITO ELEVADO
14 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H
15 FISIO MOTORA
16 SSVV+CCGG

Parecer da clínica médica

FX COLO DE FÊMUR E

LEITO 9-1

Paciente em REG, lúcido, sem queixas. Paciente apresentando tosse produtiva moderada, fervor sem dispnéia

Demais ⊕ Encerrar ⊕

CD: VPM
Solicito reavaliação da Clínica Médica

Cl. Médica

Pct ex tabagista portador de tosse crônica. Refere redução do volume expectorado. Expectoração branca. Eupneico. Bg livre.

Cd. Manter Symbicort | Terminar tempo ciclo de CN.

26/01 10:00 hs Paciente aguarda procedimento cirúrgico,
P.A 140x80 segue aos cuidados da enfermagem.
Débora

Debora Silva Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 602532

26/01/19 19,42
PA - 120/80
Paciente, evolui sem queixas

Josane Cristina de Albuquerque
COREN-PB 174 038 - TE

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1 Nº PRONTUÁRIO: 1803622

ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83

25/1

1 DIETA PARA HAS
2 SRL 1500ML EV EM 24H
4 LEVOFLOXACINO 750MG EV 24/24H
5 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
7 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
9 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ
10 NBZ COM 5ML SF + 1FA FLUIMUCIL 8/8H
11 SIMBICORT 200MCG 02 PUFFS DE 8/8H
12 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H
13 DECÚBITO ELEVADO
14 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H
15 FISIO MOTORA
16 SSVV+CCGG

FX COLO DE FÊMUR E

LEITO 9-1

BEG, estável, sem intercorrências
CD: VPM

25/01/19

PA → 140 x 70

FC = 66

Pcte consciente orientado colaborativo feito SSVV com AVB em dia diurese (+) evacuação presente sem queixas aguarda cirurgia ortopedica aos cuidados de enfermagem

Maria [illegible]
COREN-TO [illegible] - TE

25/01 20:00 h

P.A 140 x 80

Débora

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1 Nº PRONTUÁRIO: 1803622
ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83

24/1

1 DIETA PARA HAS
2 SRL 1500ML EV EM 24H 50ó 50ó 50ó
4 LEVOFLOXACINO 750MG EV 24/24H 14
5 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 12 18 24 06
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
7 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
9 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ 06
10 NBZ COM 5ML SF + 1FA FLUIMUCIL 8/8H 14 22 06
11 SIMBICORT 200MCG 02 PUFFS DE 8/8H 14 22 06
12 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H 14 22 06
13 DECÚBITO ELEVADO
14 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H 20
15 FISIO MOTORA
16 SSVV+CCGG

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9500

OK
CE

FX COLO DE FÊMUR E

LEITO 9-1

Paciente evolui com BEG, estável, afebril, sem intercorrências

Conduta: VPM

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9500

24/01/19 PA: 120x80
Paciente estável, sem vômitos
medicado c.p.m. segue sem queixas
TÉC Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811 - TE

24/01/19 20:30 hs PA: 140x80 Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811 - TE

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1

N° PRONTUÁRIO: 1803622

ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83

FX COLO DE FÊMUR E

LEITO 9-1

23/1

1 DIETA ~~LIVRE~~ p/ HAS
2 SRL 1500ML EV EM 24H
4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
6 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
8 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ
9 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H
10 FISIO MOTORA
11 SSVV+CCGG

24: DIH
EGR estável, ? ? devemos
Paciente apresenta melhora
Condições da tomo. Neg
Dor.
Dreno: ⊖ Cur: ⊖
CO: UPM

Dr. Emerson Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9300

Dr. Eduardo Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9300

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME:_____ IDADE:_____ SEXO:_____

IMC:_____ PROCEDÊNCIA:_____ PROFISSÃO:_____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

( ) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

( ) Cefaléia
( ) Dispnéia de esforço
( ) Palpitações
( ) Dor Precordial
Relacionada ( ) Esforço

( ) Tontura
( ) Grande
( ) Média
( ) Tosse Seca
( ) Típica
( ) Emoções ( ) Frio

( ) Sincopse
( ) Pequena
( ) Ortopnéia
( ) Expectoração
( ) Atípica
( ) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica
( ) Diabetes Mellitus
( ) Arritimias

( ) Hipertensão Pulmonar
( ) Insut. Cardiaca Congestiva
( ) insuf. Renal

( ) DPOC ( ) Outros
( ) Insuficiência Coronariana
( ) Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: _____
( ) Etilismo
( ) Dislipidemia
( ) Cirúrgico _____

( ) Tabagismo
( ) Sedentarismo
( ) Outros

Medicamentos em uso ( ) Não ( ) Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

( ) Estado Geral ( ) Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Precário ( ) Altura ( ) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC.: _____ b.p.m P.A.: 21:00 PA= 130x80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: 23/01/19 - 08hs
PA: 140x60
Pcte admitido, com AVE, sem descompensação, diagnosticado ms lúcido. Mantido todos os cuidados e regular aos cuidados de enfermagem.

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

( ) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
( ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.:

Ass. do Médico

MOD 349

Kelly Fernanda N. Maia
TEC. RADIOLOGIA IMAGEM
COREN 599.638

Diana Gomes da Silva
COREN PB 142-TE

ORTOPEDIA 1
LEITO 9-1

Nº PRONTUÁRIO: 1803622

ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE, 83

CCIH
Realizado Busca Ativa
Data: 23/01/19

22/1

1 DIETA LIVRE
2 SRL 1500ML EV EM 24H
4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
6 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
8 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ
9 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H
10 FISIO MOTORA
11 SSVV+CCGG

FX COLO DE FÊMUR E

LEITO 9-1

BEG, estável, sem intercorrências, digo
CD: VPM
Paciente apresentando tosse produtiva + leve dispneia há 4 dias
VPM
CD: Salvio Pereira de C. Neto

Dr. Everlin Moura
Mt. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9300

Clínica médica
Paciente ex tabagista de longa data apresenta tosse crônica. Acompanhante relata aumento da secreção e piora da tosse nos últimos dias. Nega febre e dispneia.
Ao exame: EG Regular, eupnéico, sonolento (digo, encontra-se deitado no leito, afebril
AR: MV(+) em AHT com roncos difusos. ed: solicito Rx de tórax e laboratório

GOVERNO DA PARAÍBA

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

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: 22-01-19

O abaixo assinado Paciente estável sem queixas no momento
pessoa responsável pelo doente e medicado conforme prescrição
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.
médica.

PA - 140 x 70

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____
22-01-19

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

Paciente estável sem queixas no momento e medicado conforme prescrição médica.
PA 120 x 80

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: _____

GOVERNO DA PARAÍBA SE[illegible] HOSPITAL DE[illegible]CIA E TRA[illegible] [illegible]AGA FERNANDES

Antônio

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

fx cdo fémur (E)

Paciente		Alojamento: 9-1	Leito		Convênio	

Data	Médica		Horário				Evolução Médica
	1.Dieta						22: DIA
	2.SRL 1500ml EV/24h						
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h						
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	SUSP					Repouso no leito;
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum						Dor a mobilização
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN						
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN						
	8. Clexane 40mg SC/dia						
	9.SSVV + CCGG						
	Captopril 25mg VO 12/12h						Tosse ⊕;
	Decúbito elevado;						
	Symbicort 2 puffs 8/8h;						Pré-op ok
	fisio. respiratória						

CCIH
Realizado Busca Ativa
Data: 23/01/19

21/01

h: 15:00

PA = 130x80

Paciente admitido da Ortopedia II, sem queixas até o momento e aguardando cirurgia, segue aguardando receita medica.

Diana Gomes da Silva
COREN-PB 737.442-TE

21/01

20:00

PA: 140x80

Diana Gomes da Silva
COREN-PB 737.442-TE

GOVERNO DA PARAÍBA
LEITO 1-4

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

Diagnóstico

FX COLO FEMUR E

LEITO 1-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ANTONIO [redacted]

Paciente	Alojamento	1	Leito	4	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/01/2019	1 DIETA P/ HAS		
	2 SRL 1500ML EV 24H		
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H		
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N		
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		BEG estável sem intercorrências
	6 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM		
	7 CLEXANE 40MG SC 1xDIA		
	8 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H		
	9 SYMBCORT 2 PUFFS 8/8H (C/ PACIENTE)		# CD: VPM
	10 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA		
	11 DECUBITO ELEVADO		
	12 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2 HORAS		
	13 SSVV + CCGG		
	Clonazepam 2mg VO ansiedade (c/ paciente)		
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRMPB-5505 / CRMRN-6320		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRMPB-5505 / CRMRN-6320

GOVERNO DA PARAÍBA

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

LEITO 1-4

ANTON

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK
OK

Diagnóstico

FX COLO FEMUR E

LEITO 1-4

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica		Horário					Evolução Médica
19/01/2019	1 DIETA P/ HAS	CTE						
	2 SRL 1500ML EV 24H	~~X~~	~~21~~	~~3~~				
	3 DIPIRONA 1g + ~~[illegible]~~	~~18~~	~~21~~	~~06~~				
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100mL EV 8/8h S/N	SN						
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + A3D EV 8/8h SN	SN						
	6 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM			06				BEG estável
	7 CLEXANE 40MG SC 1xDIA		20					sem intercorrências
	8 CAPTOPRIL 25MG 01 CP VO 8/8H	~~14~~	~~21~~	~~06~~				
	9 SYMBCORT 2 PUFFS 8/8H (C/ PACIENTE)	CTE	~~14~~		~~2~~		~~06~~	# CD: VPM
	10 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	CTE						
	11 DECUBITO ELEVADO	CTE						
	12 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2 HORAS	CTE						
	13 SSVV + CCGG	CTE						

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRMPB-5935 / CBOMRN-0320

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRMPB-5935 / CBOMRN-0320

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

1.4

DIAGNÓSTICO OK

Antônio Carlos

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx cdo fmoral ESQ

Paciente		Alojamento: 1	Leito 4	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	HMS							
1x	1.Dieta							19 - DIA
	2.SRL 1500ml EV/24h							
01	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12	18	~~24~~	~~06~~			
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h SUSP							
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum				6 c			Sonolento
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							Ao banho
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia			~~20~~				Dor +
	9.SSVV + CCGG							
	Decúbito elevado							falta -
	Fisiot. respiratória.							N+a
	Cetoprofeno 20mg 8/8hs.	14		~~22~~	~~06~~			Dispnéia ⊖
	Bromoprida 2 pts 8/8hs c/ paciente	14		~~22~~	~~06~~			Tosse ⊕

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

14

DIAGNÓSTICO

Antônio Carlos

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx colo femoral (E)

Paciente		Alojamento:	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
17	1.Dieta HAS	cto						1º DIH
01	2.SRL 1500ml EV/24h							
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							Alo leito
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							Dor +
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							Def +
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG							
	Decúbito elevado							
	Fisio. Respiratória							Mob ↓↓
	Soro 750ml 1v dia							
	Captopril 25mg 1v 8/8h.							Tosse (+).
	Simvastatina 2 pts 8/8h.							
								OBS: REMOVER PONTOS

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

DIAGNÓSTICO

Fratura fêmur (D). + PNM

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antônio Carlos	Alojamento: 1.4	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	1.Dieta P/ HAS							
16/01	2.SRL 1500ml EV/24h							BEG estável afebril
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							Diurese: +
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h (— suspenso)							
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum							Ld: vom
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							Amanda enfermeira
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG							
	Captopril 25mg 10 8/8h							
	Levo 750 mg EV 1x/dia							
	Decubito elevado							
	Fisioterapia motora + respiratória							
	NBZ - 5ml SF + 01 FA fluimucil 6/6h							
	Simbicort 2 JTS 8/8h							

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

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

DIAGNÓSTICO

Fx colo femoral (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antonio Carlos de Andrade	Alojamento: Atap II	Leito	1.4	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15.01	1.Dieta							16 DIH
	2.SRL 1500ml EV/24h							BEG estável, sem intercorrências
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							CD: VPM
	4. ~~Tilatil~~ 20mg + AD EV 12/12h							
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG							
	(10) Levofloxacino 750mg 1x dia							
	(11) Decúbito Elevado							
	(12) Fisioterapia motora/respiratória							
	(13) Captopril 25mg VO 8/8 horas							

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

DIAGNÓSTICO

Antônio Carlos

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx colo femoral D

Paciente		Alojamento:	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica
14	1.Dieta	ct				13: DIU
	2.SRL 1500ml EV/24h	~~18~~	~~20~~	~~22~~		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	~~18~~	~~18~~	~~24~~	~~6~~	
01	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h					Repouso, ao leito
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	6				
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	ct				
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	ct				Discordado 14:
	8. Clexane 40mg SC/dia	~~20~~				
	9.SSVV + CCGG	ct				
	Livre 750g, no dia	~~18~~				Dor + Sfbx -
	Decúbito elevado	ct				
	Fisio motora/respiratória	ct				30: trauma

Giovanni Soares de Araújo
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 6980 TEOT: 18502

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

DIAGNÓSTICO

Fx Colo Fêmur D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antonio Carlos	Alojamento: 1	Leito 4	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta p/ Hrs.		
13/01	2.SRL 1500ml EV/24h		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		BEG, estável, s/ distermias.
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h – SN		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum (VO)		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		Diurese (+) Evac (–)
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9.SSVV + CCGG		PA: 120x70
	10. Levo 750 mg EV 1x/dia.		Aguarde cirurgia.
	11. Symbicort 2 puffs 8/8h.		
	12. Nebline 5 gotas VO 8/8h.		
	13. Oxicodona sob CV 30/min se intolerância		

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

DIAGNÓSTICO
Fx colo femur D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antonio Carlos	Alojamento:	1	Leito	4	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	1.Dieta VIMAG.	J						
17/01	2.SRL 1500ml EV/24h	J						
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12	18	24	06			
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h SN	SN						Rifa, Ig Tazel, Jiuvex
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum (IM)	06						
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN						
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN						
	8. Clexane 40mg SC/dia	20						
	9.SSVV + CCGG	J						CIV: UPA
	Lev 750mg (IV) 1x/dia	16						
	Gyncomt Gotas 8/8h	14	22	06				
	02 ômido SN se saturação < 92%							
	Metrizine 05 gts (IM) 1x/dia	20						

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB

Leito 1-4

ANTONIO CARLOS, 83

11/01

1 DIETA LIVRE p/ 4HS. et
2 ~~JELCO SALINIZADO~~ SRL 1.500ml ev p/ 24H. et
3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H ~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ ~~06~~
4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN SN
5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN SN
6 ~~TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H~~ → suspenso et
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM 06
8 CLEXANE 40MG SC AS 20H ~~20~~
9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H et
10 SSVV+CCGG et
11 Ceftriaxona 2g ev 8/8h. ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~
12 Levofloxacino 750 mg ev 24/24. ~~16~~
13 Symb. cart 2 puffs 8/8h. ~~12~~ 18 ~~24~~ ~~06~~
14 Fisioterapia respiratória. et
15. O2 úmido sob CN 3L/min se SatO2 ≤ 92%. et
- 16 Clonazepam 2mg vo à noite ~~20~~.

Dr. Ywry Pa[illegible]
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB [illegible]

fx colo fêmur (D).

12º DIH

BEG, estável, s/ distermias, c/ tosse produtiva e dispnéia
Diurese (+) evacuações (-) há 5d.

cd. VPM
Aguarda cirurgia.

Dr. Ywry Pa[illegible]
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB [illegible]

1803622

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

1.4

DIAGNÓSTICO

Antônio Carlos

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente		Alojamento:	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta		
	2.SRL 1500ml EV/24h		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		
	4. ~~Bisul 20mg~~ + AD EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9.SSVV + CCGG		
	Captopril 25mg VO 8/8h;		
	Levo 750mg VO dia		
	Fisioterapia respiratória		
	~~Hidrocortisona 100 EV (suspendo)~~		
	Symbicort 2 puffs 8/8h		

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 17/07/2019 19:55:23
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071719552276500000022117261
Número do documento: 19071719552276500000022117261

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

DIAGNÓSTICO

Fx colo fêmur

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antônio Carlos	Alojamento: 14	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	1.Dieta p/ HAS + Decúbito Elevado							
	2.SRL 1500ml EV/24h							BEG estável afebril
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							
09/01	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h – SNS jejum							Analgesia noturna
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum alt 20mg VO							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							Cel: VPM
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							Aguarda cirurgia
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG							
	fisiot Respiratória							
	Captopril 25mg VO 8/8h							
	SF0,9% + 01 FA Fenil + NBZ 6/6h							Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAMAUTOLOGIA CRM - PB 9562
	Neozine 4gts VO à noite							
	Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAMAUTOLOGIA CRM - PB 9562							
								Pit c/ tone secretora
								c/ RX p/ avaliação
	Acomp Clínica Médica							
	Cinoflaxina 750 VO 1x/dia							Vivian Kelly R. Costa MÉDICA CRM/PB - 7075
	Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAMAUTOLOGIA CRM - PB 9562							Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAMAUTOLOGIA CRM - PB 9562
								clínico estável
								Pcte com agravo ativo
								depósito, suspendendo a ms. afebril
								Logo DIURESE MUDOU
								Eo: 10/kg
								não consegue deambular
								Vivian Kelly R. Costa MÉDICA CRM/PB - 7075

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

DIAGNÓSTICO

fx colo femur

OK

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antônio Cabral	Alojamento:	1	Leito	4	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
	1.Dieta 8/MAG.						
08/21	2.SRL 1500ml EV/24h						PAC OK OK
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h						
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 8/N						
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum						RAG, eqüível
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN						
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN						
	8. Clexane 40mg SC/dia						
	9.SSVV + CCGG						CV: VGM
	Fisiot. Respiratória						
	Cangaçu 25g 10- 8:86m						
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643						Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

08/01/19

Maria José da Silva Araújo
COREN-PB 542016-TE

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

1.4

DIAGNÓSTICO

Fx colo femoral (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Antônio Carlos

Paciente		Alojamento:	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	HMS		
07	1.Dieta		8- DIH
	2.SRL 1500ml EV/24h		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		
01	4. ~~Tilatil 20mg~~ + AD EV 12/12h		Estável
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		Dom +
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		Fita -
	9.SSVV + CCGG		
	Decúbito elevado		
	fisioterapia respiratória		

Fabiana Soares de Araújo
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CRM-PB

GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE
DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM ADAM CHAVES

DIAGNÓSTICO
Fx colo de fêmur (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Antônio Carlos | Alojamento: | Leito: 5 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horários	Evolução Médica
6/01	1.Dieta p/ 1h/s		BEG, eupneico, s/ distúrbios
	2.SN 1500ml EV/24h		Diurese (+) Eliminações (+)
	3.Ampicilina 3g AD EV 6/6h		CD: VPM
	4.Tramadol 20mg + AD EV 12/12h SVSP		
	5.Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6.Dipirona 2g + Metoclopramida 10mg EV 6/6h SN		
	7.Dipirona 02 FA + AD EV 6/6h SN		
	8.Metoclopramida 10mg IV/dia		
	9.SSVV + CCGS		
	10.Decúbito elevado		
	11.Dexametasona 5mg 01 cp/noite		
	12.NBZ sem 5ml 4 1FA Fluimucil 600		Em pátio, hidratado NBZ aquecida em S.F.0,9%
	8/8h		

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

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

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM ULSO CAMARA

DIAGNÓSTICO
Fx Colo de fêmur (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Antônio Carlos | Alojamento: 1 | Leito: 4 | Enfermaria:

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
5/01	1.Dieta p/ HPS e laxativo	07				BEG, ventral, o/ diversos
	2.SNL 20ml/h EV/24h	07				Paciente apresentou tem produtivo + coriz
	3.Dipirona 2g + AD EV 6/6h	12	18	24	06	Dueu ⊕ Cicu ⊕
	4.Omeprazol 40mg - AD EV 24/24h 7x SP	07				
	5.Ondansetrona 8mg EV/jejum	06				CO: HPM
	6.Gentamicina 70mg + 200ml de soro fisio 3x	SN				
	7.Metoclopramida 2ml + AD EV 8/8h	SN				
	8.Cefazolina 1g 30/dia	20				
	9.SSVV + DCG6	07				
	(10) Decúbito elevado	07				
	(11) Enoxaparina 10mg 01 cp/noite	20				
	(12) NBZ com 5ml SF + 1 Fa Fluimucil 8/8h	12	18	24	06	
	(13) Bromoprida 02 amp de 8/8h	14	22	06		

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

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

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

DIAGNÓSTICO

Antônio Gomes

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Tx cdo femoral (E)

Paciente		Alojamento:	Leito	1.4	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04	1.Dieta		13: DIH
	2.SRL 1500ml EV/24h		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		
01	4. ~~Tilatil 20mg~~ + AD EV 12/12h		Estável
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		Ao leito
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		Dor +
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		M a
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9.SSVV + CCGG		
	PA 8/8h e ANOREX		
	Decúbito Elevado		

OTORRINOLARINGOLOGIA
CRM-PB 6000 TEN. 11.012

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

J.4

Escápula

DIAGNÓSTICO

Antônio Carlos

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx colo femoral (E)

Paciente		Alojamento:	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
03	1.Dieta HAS	CTE						1º DIA
	2.SRL 1500ml EV/24h							
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							
01	4. ~~Tilatil 20mg + AD~~ EV 12/12h							Repouso, ao leito
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum							Dor +
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN						Deformidade +
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN						
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG	CTE						

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

01C

DIAGNÓSTICO

fx colo fem
fx escapula (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antônio Carlos	Alojamento:	Leito	14	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
	1.Dieta livre	CTE						BEG estável afebril
02/01	2.SRL 1500ml EV/24h	~~10~~	~~14~~	~~20~~	~~06~~			
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	~~12~~	~~18~~	~~24~~				Dureza: (+)
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h – SN	SN						
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum				06			Col: VPM
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN						
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN						Aguardo cirurgia
	8. Clexane 40mg SC/dia	~~20~~						
	9.SSVV + CCGG	CTE						

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAMAUTOLOGIA
CRM - PB 9562

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAMAUTOLOGIA
CRM - PB 9562

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

DIAGNÓSTICO

Fx colo femur e Fx escapula

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO 1-3

Paciente	Antonio Carlos	Alojamento:	2	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
1/7	1.Dieta HAS							
	2.SRL 1500ml EV/24h	1º		6	30			
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	1º	18	24	06			
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12		24				
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum				06			
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							BEG estável sem intercorrências
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia			20				
	9.SSVV + CCGG							
								# CD: VPM

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9985 / CRM/RN-8320

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9985 / CRM/RN-8320

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

3 PE ok

DIAGNÓSTICO

Fx colo femur e
Fx escapula s/ desvio

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antonio Carlos	Alojamento:	Leito	1-3	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
31/12	1.Dieta HAS							
	2.SRL 1500ml EV/24h							
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							BEG, estável sem intercorrências
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG							# CD: VPM

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965 / CRM/RN-0327

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965 / CRM/RN-0327

12:00
30.12.18
PA: 360/70
Pulso: 73m.

Paci. - idoso com fratura fémur
no acesso venoso. Realizado
cuidados gerais. Med. CPM.
Segue dos cuidados da
equipe de Enfermagem - S. Rocha.

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERG... E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERN...

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóst.

Fx colo femur (E)

Fx Eixo pula sem deslo

Paciente	Antônio Carlos	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
30/17	Dieta livre Hipossódica							Admissão
	SRL 1000 ml EV p/12h							
	Dipirona 500 mg + AD EV 6/6h							Idoso vítima de acidente de moto há ≈ 3h c/ dor + RI em quadril (E)
	Tilatil 20 mg + AD EV 12/12							
	Omeprazol 40 mg EV							
	Tramal 100 mg + 100 SD 5% EV 6/6							
	Nausedron 8 mg EV 8/8h - (S)							Nega alergias.
	Clexane 40 UI SC/dia							
	SSVV + CCGG							
								Cd: Exames pré op
*	Pct Encaminhado p/ Verde e após AVALIAÇÃO DA NCR seguir internado p/ ortopedia							Interno p/ tto cirúrgico
								VPOM

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

ANTONIO CARLOS DE ANDRADE
RUA EUSEBIO DOS SANTOS, 49/ - CENTRO
LAGOA SECA / PB CEP: 58117000 (AG: 401)

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230 - KM 166 - Alça Sudoeste - Tres Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58425-700
CNPJ 09.095.906/0001-95 Insc Est. 16.029.859-1

Ligação: MONOFÁSICO
Cla/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 10 - 403 - 251 - 1370
Medidor: 00009009973
Referencia: Mai / 2019
Emissão: 16/05/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NF000.737.995
Cód. para Déb. Automático: 000008719329

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	16/05/2019	14/06/2019	237.397.704-49 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/87763-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
16/04/19	8326	16/05/19	8405	1	79	30

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributos	Valor	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Tributos Total(R$)	Base Calc. PIS(R$)	PIS/Cofins(R$)	Cofins(R$)
0601	Consumo em kWh	79,000	0,734760	69,04	69,04	25	14,61	69,04	0,61	2,82
0621	Adic. B. Amarela			0,62	0,62	25	0,15	0,62	0,01	0,03
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB ILUM PUBLICA			8,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2019			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019			1,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do bem		TOTAL:		69,69	69,66		14,86	69,66	0,62	2,86
Tarifa s/ Tributos:			0,507300							

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
81	23/05/2019	R$ 69,69

Histórico de Consumo (kWh)

87	88	76	82	83	67	84	78	83	79	80	71
Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

RESERVADO AO FISCO

aace.8350.a360.433b.5cc2.a9ab.5d80.b8b7.

Indicadores de Qualidade 3/2019 - A3/EBRAT

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIC MENSAL	5,55	0,00	NOMINAL		220
DIC TRIMESTRAL	11,10				
DIC ANUAL	22,21				
FIC MENSAL	3,86	0,00	CONTRATADA		
FIC TRIMESTRAL	6,72		LIMITE INFERIOR		202
FIC ANUAL	13,45		LIMITE SUPERIOR		231
DMIC	3,22	0,00			
DIC-R	3,22				

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/BO	13,04	18,71
Compra de Energia	21,79	31,25
Serviço de Transmissão	2,78	3,98
Encargos Setoriais	2,94	4,22
Impostos Diretos e Encargos	29,17	41,86
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**69,69**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref. 3/2019) R$ 19,49

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Rua Eusebio dos Santos, 48, bairro: Centro, Município de Lagoa Seca, Estado da Paraíba, Cep. 58117-000, portador do Rg. nº 237.895, SSP/PB e CPF nº 237.397.704-49.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula ***ad judicia et extra,*** podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 17/07/2019.

Antonio Carlos de Andrade

Assinatura do outorgante

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via da parte)

Número do boleto: 001.6.19.10405/01

Data de emissão: 17/07/2019

Nº do Processo:	**Comarca:**	**Classe Processual:**
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Data de vencimento: 31/07/2019

Número da guia: 001.2019.610405 **Tipo da Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:

- Custas Processuais: R$ 504,70
- Taxa Judiciária: R$ 116,44
- Taxa bancária: R$ 1,35

Observações:

- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.

UFR vigente: R$ 50,47

Conta FEJPA: 1618-7228.039-6

Parcela: 1/1

Valor total: R$ 622,49

Desconto total: R$ 0,00

866400000067 224909283182 520190731007 161910405018

Valor final: R$ 622,49

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via do processo)

Número do boleto: 001.6.19.10405/01

Data de emissão: 17/07/2019

Nº do Processo:	**Comarca:**	**Classe Processual:**
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Data de vencimento: 31/07/2019

Número da guia: 001.2019.610405 **Tipo de Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:

- Custas Processuais: R$ 504,70
- Taxa Judiciária: R$ 116,44
- Taxa bancária: R$ 1,35

Observações:

- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.

UFR vigente: R$ 50,47

Conta FEJPA: 1618-7228.039-6

Parcela: 1/1

Valor total: R$ 622,49

Desconto total: R$ 0,00

866400000067 224909283182 520190731007 161910405018

Valor final: R$ 622,49

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via do banco)

Número do boleto: 001.6.19.10405/01

Data de emissão: 17/07/2019

Nº do Processo:	**Comarca:**	**Classe Processual:**
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Data de vencimento: 31/07/2019

Número da guia: 001.2019.610405 **Tipo de Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:

- Custas Processuais: R$ 504,70
- Taxa Judiciária: R$ 116,44
- Taxa bancária: R$ 1,35

Observações:

- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.

UFR vigente: R$ 50,47

Conta FEJPA: 1618-7228.039-6

Parcela: 1/1

Valor total: R$ 622,49

Desconto total: R$ 0,00

866400000067 224909283182 520190731007 161910405018

Valor final: R$ 622,49

Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia:	001.2019.610405	**Data Vencimento:**	31/07/2019	**Data Emissão:**	17/07/2019
Comarca:	Campina Grande				
Classe:	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7				
Promovente:	ANTONIO CARLOS DE ANDRADE				
Promovido:	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT				
Valor da Causa:	R$ 7.762,50				
Despesas Processuais:	R$ 0,00	**Custas:**	R$ 504,70	**Taxa:**	R$ 116,44
Total da Guia:	R$ 621,14				

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

29/04/2019 AUTO-ATENDIMENTO 22.33.13

381403814 002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 3814-8 CONTA: 17.379-7

CLIENTE: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FAVORECIDO

AGENCIA: 2242-X CONTA: 12.873-2 VAR: 51

CLIENTE: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE

VALOR: 0,10

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão disciplinados pela Lei 12.703.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0043125256

DETRAN - PB — Nº 014200743244
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RA 201801000/3104-2

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0107412047-4	00/00000000	2018

NOME: ALZIRA BARBOSA ANDRADE

CPF / CNPJ	PLACA
06703298432	QFQ0458/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	LWYMCA202F6012597

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
L/WUYANG WY48Q-2	2014	2015

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/49 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA ISENTO	00/00/0000	1ª
		2ª
		3ª

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
*******	0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	08/08/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
0

LOCAL	DATA
LAGOA SECA-PB	08/08/2018

17221 14761

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200743244 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	08/08/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	06703298432	QFQ0458/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
1074120474	L/WUYANG WY48Q-2

ANO FAB.	CAL. TARIF.	Nº CHASSI
2014	9	LWYMCA202F6012597

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	08/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

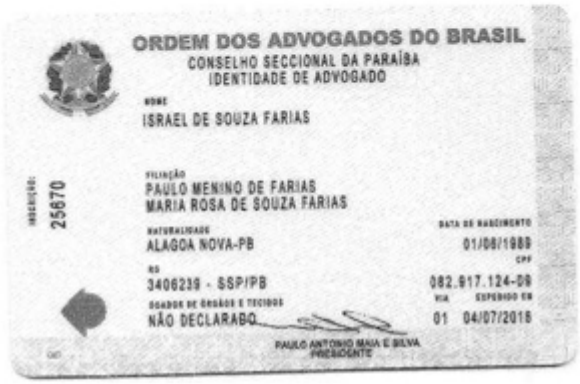
14761-1029034-20180808


CÉDULA DE IDENTIDADE
POLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO PORTADOR
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO GERAL
NOME
FILIAÇÃO
DATA DO NASCIMENTO
DIRETOR
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF
237.397.704-49
ANTONIO CARLOS DE ANDRADE
20/05/1933


Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.
FEV/2001
CORREIOS
www.correios.com.br



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO
PAULO MENINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

NATURALIDADE
ALAGOA NOVA-PB

DATA DE NASCIMENTO
01/08/1988

CPF
082.917.124-09

RG
3406239 - SSP/PB

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO DECLARADO

VIA 01 EXPEDIDO EM 04/07/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO: 25670

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14930416

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 5.906/94)

OAB

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO DAGUA, 65 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DAGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58129000 (A/3 71)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-990
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

Ligacao: MONOFÁSICO
Cla/Sec: RES MTC 01 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5 - 77 - 514 - 290 Referencia: Abr / 2019
Medidor: 00009716750 Emissao: 09/04/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 023.090.423
Cód para Déb. Automatico: 000173215 14

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	093.510.564-65

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos debitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Já conhece as nossas perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/03/19	3794	09/04/19	3939	1	144	29

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total(R$)	Valor ICMS(R$)	Base Calc ICMS	Aliq ICMS	Icms(R$) Pis/Cofins(R$)	Base Calc Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0947%)	Cofins(R$) (4,9955%)
0801	Consumo em kWh	144,000	0,854400	123,03	123,03	27	33,21	123,03	1,33	6,14
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA		2,86	0,00	0		0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2019		0,33	0,00	0		0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2019		2,17	0,00	0		0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL			123,03	123,03		33,21	123,03	1,33	6,14

CO: Código de Classificação de Item
Tarifa s/ Tributos: 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
127	11/05/2019	R$ 128,41

Histórico de Consumo (kWh)

118	101	113	112	105	114	130	140	151	170	123	139
Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO
a669.29ee.adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

Indicadores de Qualidade 2/2019 - Anos

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	8,47	0,00		
DIC TRIMESTRAL	12,94		NOMINAL	220
DIC ANUAL	25,93			
FIC MENSAL	2,42	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	6,95		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	13,79		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	9,80	0,00		
DICRI	12,22			

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	28,21	22,75
Compra de Energia	41,60	33,46
Serviço de Transmissão	4,22	3,24
Encargos Setoriais	6,91	5,56
Impostos Diretos e Encargos	46,08	36,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**128,41**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref. 2/2019) R$38,69

ATENÇÃO

Abril Verde #ChegadeAcidentesdeTrabalho

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 00243.900172 1 78860000012841

PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 093.510.564-65
LOC ENGENHO OLHO DAGUA, 65 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DAGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58129000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2624912000043900	5/1732151201904	11/05/2019	R$ 128,41	

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183 / 0001-40

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. [2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO CARLOS DE ANDRADE inscrito (a) no CPF sob o Nº 237.397.704 / 49,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO CARLOS DE ANDRADE,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 237.397.704 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: LOC. ENGENHO OLHO DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA		Número: 65	Complemento: ---
Bairro: OLHO DAGUA	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com			Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 30/04/2019

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 237.397.704-49 Nome completo da vítima: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE | CPF 237.397.704-49

Profissão: Agricultor | Endereço: Rua Eusebio dos Santos | Número: 48 | Complemento:

Bairro: Centro | Cidade: Lagoa Seca | Estado: PB | CEP: 58117.000

E-mail: israelfariasadv@gmail.com | Tel.(DDD): (83) 986127750

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco(237) ☐ Itaú(341)

☒ BancodoBrasil(001) ☐ Caixa Econômica Federal(104)

AGÊNCIA: 2242 X (Informar o dígito se existir) CONTA: 12.873 2 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, São Sebastião de Lagoa de Roça 29/04/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Antonio Carlos de Andrade

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Israel de Souza Farias

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Rua Eusebio dos Santos, 48, bairro: Centro, Município de Lagoa Seca, Estado da Paraíba, Cep. 58117-000, portador do Rg. nº 237.895, SSP/PB e CPF nº 237.397.704-49.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO CARLOS DE ANDRADE, ocorrido em 30/12/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

São Sebastião de Lagoa de Roça – PB, 17 / abril de 2019.

x Antonio Carlos de Andrade
Outorgante

CPF Nº 237.397.704-49

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE N
Rua José Rodrigues Coura, SL-02, 53, Centro, São Sebastião

Cartório do Registro Civil e Tabelionato de S. Lagoa de Roça-PB
Anderlécio Gomes dos Santos
TITULAR EM EXERCÍCIO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE
Dou fé. São Sebastião de Lagoa de Roca/PB - 17/04/2019
Escrevente: Ana Lúcia Fernandes Diniz
Selo Digital:AIM74276-0V5U
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$ 10,90 FARPEN R$ 0,25 MP R$ 0,17 FEPJ R$ 0,00

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, **ALZIRA BARBOSA ANDRADE**,

RG nº 2301863, data de expedição 17/06/96,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº **067.032.984-32**,

com domicílio na cidade de Lagoa Seca, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Euzébio dos Santos - Centro, nº 48,

complemento ----------, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANTONIO CARLOS DE ANDRADE, cujo o condutor era

ANTONIO CARLOS DE ANDRADE.

Veículo: **MOTOCICLETA** Modelo: **I / WUYANG WY48Q-2** Ano: **2014/2015**

Placa: **QFQ 0458/PB** Chassi: **LWYMCA202F6012597**

Data do Acidente: **30/ 12/ 2018**

Local e Data: São Sebastião de Lagoa de Roça-PB - 17/04/2019

x Alzira Barbosa Andrade

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE N

Rua José Rodrigues Coura, SL-02, 53, Centro, São Sebastiã

Cartório do Reg. Civil e Tabelionato
Dra. S. Lagoa de Roça-PB
Sandrileia Gomes dos Santos
TITULAR EM EXERCÍCIO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ALZIRA BARBOSA ANDRADE
Dou fé. São Sebastião de Lagoa de Roça/PB - 17/04/2019
Escrevente: Ana Lúcia Fernandes Diniz
Selo Digital:AIM74277-EL5D
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Total R$ 10,90 FARPEN R$ 0,25 MP R$ 0,17 FEPJ R$ 0,00

GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

OCORRÊNCIA Nº 000063/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada,que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000063/19 registrada em 03/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos três dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:12 horas, compareceu o Sr. ANTONIO CARLOS DE ANDRADE, com 85 anos de idade, filho de VICENTE CARLOS DE ANDRADE e SEVERINA MARIA DE ANDRADE, de nacionalidade BRASILEIRA,natural de LAGOA SECA - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incomple, profissão APOSENTADO, portador da Cédula de Identidade Nº 237.895, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 23739770449, residindo à rua EUSEBIO DOS SANTOS, 48, bairro CENTRO, na cidade de LAGOA SECA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 08h32min do dia 30.12.2018, estava trafegando pela Rodobia BR$ 104, no triaângulo da cidade de Lagoa Seca/PB, conduzindo o ciclomotor WUYANG WY 48Q-2, ano/modelo 2014/2015, cor vermelha, chassi nº LWYMCA202F6012597, de placa QFQ-0458/PB, licenciada em nome de Alzira Barbosa Andrade, quando foi atingido na parte de trás por uma motocicleta de marca, cor, placa e demais características que ignora, inclusive o condutor, sendo que em decorrência do impoacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, recebendo os primeiros atendimentos por parte do SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais da PRF, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante ,manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 3 de Abril de 2019

Antonio Carlos de Andrade
ANTONIO CARLOS DE ANDRADE
Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA – SAMU

São Sebastião de Lagoa de Roça/PB

20 de março de 2019

SOLICITAÇÃO Nº 55/20 19

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que se fizerem necessário que, **ANTÔNIO CARLOS DE ANDRADE** foi atendido pelo SAMU 192 Regional – S.S. de Lagoa de Roça/PB, sob o número ID 1746931 em 30 de Dezembro de 2018 por volta das 08h32min, BR 104 – Triângulo/Lagoa Seca/PB.

QUEIXA: Vítima de Acidente de Trânsito

***Estado geral**: Consciente, orientado, hipocorado, eupnéico, apresentando sangramento oral (pequena intensidade), escoriações nos MIE/MSE.

***Ao exame físico:** Relata dor no corpo, mais intenso em membro inferior E, era o condutor da moto, não fazia uso do capacete, nega êmese, síncope. Feito ICP, AVP, ofertado O2 3L/min.

Após regulação médica com a CRU/CG 192, orientado a encaminhar vítima ao Hospital de Trauma de Campina Grande para sala vermelha. Seguimos QRD ao HTCG.

***Equipe atendimento a vítima: Enfermeira** Maria Aparecida Pontes/COREN PB 234.928 e **Condutor Socorrista** Heriberto Gregório Filho.

Atenciosamente,

Lucimara Alves Bento

Lucimara Alves Bento

COORDENAÇÃO DO SAMU MUNICIPAL

COREN/PB 187017 - ENF

Lucimara Alves Bento
COREN-PB 187017-ENF

ANTONIO CARLOS DE ANDRADE
RUA EUSEBIO DOS SANTOS, 48 / - CENTRO
LAGOA SECA / PB CEP: 58117000 (AG: 401)

energisa

Emissão: 15/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classe/Subcl.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
Roteiro: 10 - 402 - 251 - 1.370 Nº medidor: 00008009973

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dois Irmãos - Alto Branco - Campina Grande/PB - CEP 58425-750
CNPJ/MF 09.053.539/0001-06 Insc. Est. 16.000.009-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 003.027.206
Chd. para Déb. Automático: 000000877639

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	15/02/2019	16/03/2019	237.397.704-49

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/87763-9

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
17/01/19	6096	15/02/19	6175	1	79	29

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Preço unit. (R$)	Valor (R$)	Base Cálc. ICMS (R$)	Aliq. ICMS (%)	Base Cálc. PIS/COFINS (R$)	Valor PIS (R$) (0,9905%)	Valor COFINS (R$) (4,5603%)
				Tributos Total(R$)	ICMS(R$)	ICMS	PIS/Cofins(R$)		
0601	Consumo em kWh	79,000	0,731560	57,79	57,79	25	14,44	57,79	0,57	2,65
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB ILUM PUBLICA			10,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2019			0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2019			1,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do Item		TOTAL		69,14	57,79		14,44	57,79	0,57	2,65

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
85	22/02/2019	R$ 69,14

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19
93	98	90	87	86	76	92	93	87	84	78	93

RESERVADO AO FISCO
7133.540a.9ee9.39e1.e660.606e.30a6.7c1d.

Indicadores de Qualidade (Último Mês)

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,95	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,10	
DIC ANUAL	22,21	
FIC MENSAL	3,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,85	
FIC ANUAL	13,70	
DMIC	7,20	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviço de Distribuição/ICMS	13,59	19,21
Compra de Energia	21,04	30,42
Serviço de Transmissão	2,67	3,86
Encargos Setoriais	3,83	5,54
Impostos Diretos e Encargos	-29,11	-41,96
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**69,14**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref. 12/2018) R$ 19,02

ATENÇÃO

Reajuste Tarifario-Vigência 04/02/19-Res. ANEEL nº 2.512-Alta Tensão: 3,81% Medio
Reajuste Tarifario-Vigência 04/02/19-Res. ANEEL nº 2.512-Baixa Tensão: 4,80% Medio

Faturas em atraso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190310322 **Vítima: ANTONIO CARLOS DE ANDRADE**

Data do Acidente: 30/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO CARLOS DE ANDRADE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **ANTONIO CARLOS DE ANDRADE**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **001**
Agência: **000002242-X**
Conta: **000010012873-4**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01247/01248 - carta_15R - INVALIDEZ

00020624

Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817058-25.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Como é cediço, em inúmeros feitos dessa natureza, a parte promovida não tem demonstrado qualquer intenção de fazer acordo em sessões de conciliação, o que só vem ocorrendo em Mutirões do DPVAT, razão por que deixo de designar a audiência conciliatória.

Cite-se, na forma legal.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

ALEX MUNIZ BARRETO

JUIZ DE DIREITO