



Anexo 01

QUESITOS

- 1) *Se existe nexo causal entre o acidente noticiado na peça inicial e as lesões produzidas no Autor?*
- 2) *Se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se estes órgãos foram lesionados em função do acidente automobilístico?*
- 3) *Se houve Invalidez. Em caso afirmativo, se a invalidez é total ou parcial?*
- 4) *Se a invalidez for parcial, ela é completa ou incompleta?*
- 5) *Se parcialmente incompleta, qual o percentual a ser utilizado com relação à redução proporcional da incapacidade permanente? Onde nesse quesito deverá o Sr. Perito se utilizar dos percentuais enunciados pelo inciso II do § 1º da Lei 6194/74: “75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa; 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão; 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, e ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais”.*





Anexo 02

Anexo do art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100% (CEM POR CENTO)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10





PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

OUTORGADOS: JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, nº 17.938, respectivamente, portador do CPF nº 067.941.404-54, com escritório profissional localizado à Rua Pedro Gondim, 129, Cuité-PB, onde recebem intimações de estilo.

PODERES: O(s) **OUTORGANTES(S)** conferem aos **OUTORGADO(S)** amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento desde mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e **poderes especiais** para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber qualquer valor e dar quitação, **inclusive alvarás**, praticar todos atos perante repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares e empresas privadas, e recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo bom e valioso.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.

_____, ____/____/____
Maria José Rocha da Silva
OUTORGANTE



SINISTRO 3170614606 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

CPF/CNPJ: 06138757459

Posição em 26-03-2018 10:33:17

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.

Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/03/2018	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

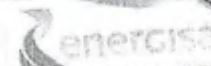




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.216.174 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2017	
NOME	
MARIA JOSÉ ROCHA DA SILVA	
FILIAÇÃO	
JOSÉ LUIZ DA SILVA MARIA LÚCIA ROCHA	
NATURALIDADE	NOVA FLORESTA-PB
DATA DE NASCIMENTO	06/02/1986
DOC ORGEM	CERT. NASC. Nº 5.453 - LIV A-7 - FLS. 165 - CARTÓRIO NOVA FLORESTA-PB
061.357.574-59	
Assinado eletronicamente por: JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO	
Data: 07/01/2019 16:18:54	



DEODORO BERNARDINO DA SILVA
RUA DO PRINCÍPIO, 100 - CENTRO
NOVA FLORESTA - FLORIPA - 81270-000
FONE: (41) 3031-1111 - FAX: (41) 3031-1112
CNPJ: 06.908.120/0001-40 - Insc. Est. 19.146.523-6



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.908.120/0001-40 - Insc. Est. 19.146.523-6

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 001204704
Cód. para Cob. Automática: 0002014122

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2017	09/10/2017	09/11/2017	2868200486
UC (Unidade Consumidora):			036412-2

Canal de contato

• Terça-Feira de Energia Elétrica - 14h às 18h
• 15.000 horas de atendimento
• CADASTRO E METRAGEM
• ADEQUAÇÃO DE BOMBA D'ÁGUA E OUTROS
• OUTROS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO
• CADASTRO DE BOMBA D'ÁGUA E OUTROS
• CADASTRO DE BOMBA D'ÁGUA E OUTROS

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/07/17	14816	09/10/17	14822			28
Demonstrativo						
001	Consumo	Quantidade	Taxa	Valor Base	Cob. Ant.	Valor Base
001	Consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
002	Ant. B. Energia	0,14	0,00	0,00	0,14	0,00
003	Ant. B. Energia	0,11	0,00	0,00	0,11	0,00
004	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
005	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
006	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
007	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
008	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
009	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
010	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
011	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
012	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
013	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
014	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
015	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
016	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
017	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
018	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
019	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
020	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
021	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
022	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
023	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
024	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
025	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
026	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
027	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
028	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
029	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
030	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
031	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
032	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
033	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
034	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
035	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
036	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
037	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
038	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
039	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
040	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
041	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
042	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
043	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
044	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
045	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
046	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
047	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
048	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
049	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
050	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
051	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
052	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
053	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
054	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
055	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
056	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
057	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
058	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
059	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
060	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
061	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
062	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
063	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
064	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
065	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
066	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
067	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
068	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
069	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
070	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
071	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
072	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
073	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
074	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
075	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
076	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
077	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
078	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
079	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
080	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
081	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
082	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
083	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
084	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
085	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
086	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
087	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
088	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
089	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
090	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
091	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
092	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
093	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
094	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
095	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
096	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
097	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
098	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
099	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
100	Ant. B. Energia	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	572	0,00	0,00	15,18	0,16	0,72
MACA (últimos meses (R\$))	VENCIMENTO	17/10/2017	TOTAL A PAGAR	R\$ 5,72			
	Histórico de Consumo (kWh)						

1c6a d9e9.6d3c fe02 cb00.35b1.3122.7cd5.

Indicadores de Qualidade				Qualidade de Energia		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Classificação	Valor (R\$)	%
1. Tensão	0,00	200		Descont. de Energia	1,73	30,25
2. Tensão	0,00	200		Descont. de Energia	2,27	41,41
3. Tensão	0,00	200		Descont. de Energia	0,27	4,77
4. Tensão	0,00	200		Descont. de Energia	0,48	8,58
5. Tensão	0,00	200		Descont. de Energia	0,67	11,91
6. Tensão	0,00	200		Descont. de Energia	0,00	0,00
7. Tensão	0,00	200		TOTAL	5,72	100,00

ATENÇÃO			Podemos ajudar	
O consumidor deve ser informado sobre o funcionamento da rede elétrica e a qualidade da energia elétrica.			Set/17	5,35
O consumidor deve ser informado sobre o funcionamento da rede elétrica e a qualidade da energia elétrica.			Ago/17	6,08
O consumidor deve ser informado sobre o funcionamento da rede elétrica e a qualidade da energia elétrica.			Jun/17	5,44

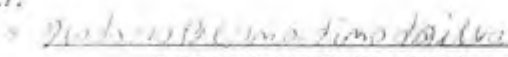
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 71/2017

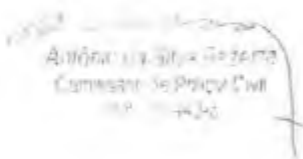
CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de Nº **66/2016**, registrada em 23.08.2016, sendo o noticiante o Sr JOSE LUIZ DA SILVA, (como consta xerox em anexo) que sendo procurado por **DEODORO BERNADINO DA SILVA**, onde vamos a transcrever na íntegra: Aos 15/05/2017, nesta cidade de , Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil de Nova Floresta-PB**, quando encontrava-se presente o Bel(a). **Elias J. Rodrigues Silva**, Delegado de Polícia Civil, comigo **Antonio da Silva Bezerra**, Comissário de Polícia Civil, ao final assinado, ai, por volta das **09:45** horas, compareceu , **DEODORO BERNADINO DA SILVA**, nacionalidade **BRASILEIRO**, **UNIÃO ESTAVEL, AGRICULTOR, SABENDO ASSINAR O NOME**, nascido aos **03.05.1973**, filho(a) de **JOSE BERNARDINO FILHO E DE RITA SUZANA DA CONCEIÇÃO**, natural de **CORONEL EZEQUIEL/RN**, portador de Cédula de Identidade Nº **1.843.360**, expedido pela **SSP/RN**, com C.P.F. de Nº **028.682.004-86**, residindo na rua **OLHO D'AGUA, Nº 21, BAIRRO DO TOA** , na cidade de **NOVA FLORESTA - PB**, telefone: () **XXXXXXXX**, celular: **(83) 99811-1399**, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

QUE, na data de 19.06.2016, o noticiante vinha no assalto BR 104, pilotando uma motocicleta Honda/cg 125, Fan Ks, cor preta, ano/modelo 2011, placa NNS - 2991/rn, chassi: 9C2JC4110BR434267, licenciado em nome de Jose Raimundo de Moura, e entre Cuite e Nova Floresta-PB, na garupa da moto citada vinha a vitima MARIA JOSE ROCHA DA SILVA, foram atingido por um veiculo Camionete Fiat/Strada Trek Flex, Ano 2006/2007, Cor Preta, Chassi: 9BD27802A72529335, Placa: MUZ-8146/PB, Licenciado Em Nome de Josilene Cardoso Pereira, a senhora Maria Jose, foi atingida na perna, sendo socorrida pela SAMU, tanto o noticiante como o condutor do outro veiculo não ficaram feridos.

OBS: esta ocorrência tem base em uma ocorrência já registrada nesta delegacia sobre o nº 66/2016, digitada por mim. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. A referido é verdade e dou FÉ.**

Nova Floresta/PB, 15 de maio de 2017.


DEODORO BERNADINO DA SILVA
NOTICIANTE


Antonio da Silva Bezerra
Comissário de Polícia Civil
15.05.2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **8790540032**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** CÓD. RENAVAM **285955780** ENTRC **2011** EXERCÍCIO **2011**

NOME **JOSE RAIMUNDO DE MOURA**

CPS/CNM **031.115.214-78** PLACA **NNS2991**

PLACA ANT./RN **NNS2991/RN** CHASSI **9C2JC4110BR434267**

ESPECIE TIPO **PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL GASOLINA** COMBUSTÍVEL **GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA/CG 125 FAN KS** ANO FAB. **2011** ANO MOD. **2011**

CAP/POT/CIL **OCV/124 CILINDRADAS** CATEGORIA **PARTICULAR** COR PREDOMINANTE **PRETA**

I P V A	RS	0	78/02/2011	1º	PAGO
	2844 3X	RS	*****	2º	PAGO
				3º	PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** TAXAS DETRAN: PAGO ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) **DPVAT: PAGO** DATA DE PAGAMENTO **07/207.996/0001-50**

ALIE. FID. EM FAVOR DE **BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.**

MOTOR: **JC41E1B434267**

CURPAIS NOVOS **22/02/2011**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010099891473
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0089227337-2 00/00000000 2013

NOME: JOSTLENE CARDOSO PEREIRA

97849197453 MUZ8146/PB

MUZ8146 AL 9BD27802A72529335

FAV / CAMINHONETE / CARR. ABERT ALCO / GASOL

FIAT / STRADA TREK FLEX 2006 2007

02F70.70T/081CV PARTIC PAZEA

IPVA PAGO EM 15/08/2013 1º

2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 08/07/2013

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ALAGOA NOVA PB

9905 22/08/2013

33553

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APESSAR DE TRANSPORTADAS OU NAQ. SEGURO DPVAT

PBNº 010099891473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

97849197453

MUZ8146/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 010099891473 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 22/08/2013

VIA 1 97849197453 MUZ8146/PB

00892273372 FIAT / STRADA TREK FLEX

ANO FAB 2006 CAT. RSE 10 9BD27802A72529335

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) CILIEFACED SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COITA ÚNICA PARCELADO 08/07/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

33553-1044225-20130822



SUS
UNIDADE DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
UNIDADE MISTA DE NOVA FLORESTA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

da Unidade: 2343207 CNPJ: 08.739.625/0001-81
RUA JOÃO PESSOA, S/N Município: NOVA FLORESTA UF: PE

DADOS DO PACIENTE

Nome: Frederico Pereira da Silva Sexo: M Idade: 30
Data de Nascimento: 06/01/1986 Data do Atendimento: 19/06/2019

Endereço: R. 306/174
Cidade: NOVA FLORESTA Estado: PE CEP: 53178000

CPF: 704.6076.35954528
RG: 06/01/1986

RACIA/COR: PRETA
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO):

frederico
peso normal
após o exame físico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Exames realizados: 2
98%
91
140x100

RESULTADOS:

2
14

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável:
Frederico Pereira da Silva

CARÂTER DO ATENDIMENTO

- () 01 - ELATIVO
- () 02 - URGÊNCIA
- () 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- () 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- () 05 - ACIDENTE TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
- () 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTOS - Descrição

DIAGNÓSTICO

frederico
CID 10: 06.01.1986

SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. 03.01.10.6.0.0.6.3
2. 03.01.10.6.0.0.6.3
3. 03.01.10.6.0.0.6.3

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE

CNS: 03.01.10.6.0.0.6.3 CBO: 03.01.10.6.0.0.6.3

ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:
Frederico Pereira da Silva

ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR TÉCNICO:
Frederico Pereira da Silva

ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR ADMINISTRATIVO:
Frederico Pereira da Silva

A DE OBSERVAÇÃO

☐ ADULTO / MASCULINO☐ ADULTO / FEMININO☐ PEDIATRIA

LEITO:

HORA	EVOLUÇÃO	TERAPÊUTICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
			<p>19.06.2016 às 16:30h</p> <p>Paciente é admitida na sala imediata, trazida de mãe, com TEP5 grande, informações de temperatura de 36,5°C, sítio de coleta de sangue e urina. A mãe não apresenta alteração no ME, náuseas ou vômitos, dor abdominal, febre, tosse, coriza, olhos vermelhos, secreção nasal, dor de garganta, dor no peito e dor nas costas. Não há sinais de desidratação e todos os sinais vitais estão dentro dos parâmetros normais e os cuidados básicos são realizados. O SMOU, que chegou por volta das 14:00 horas e recebeu a paciente de imediato. SMOU: 992. Rpm: 91 Pm: 114x50 mmHg R: 11 mmHg.</p>	<p>Rizzele da Silva Téc de Enfermagem COREN-PA 955.158</p>

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
SUS		UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO Código da Unidade: 00023671 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25	
DADOS DO PACIENTE Nome: _____ Sexo: _____ Profissão: _____ Data de Nascimento: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ CEP: _____ Data de Atendimento: _____ Grupo em Tratamento: _____		RAÇA/COR <input type="checkbox"/> 11 - BRANCA <input type="checkbox"/> 12 - PRETA <input type="checkbox"/> 13 - PARD <input type="checkbox"/> 14 - AMARELA <input type="checkbox"/> 15 - INDIGENSA <input type="checkbox"/> 19 - SEM INFORMACÃO	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: História da doença atual: Paciente com dor abdominal em região de hipocôndrio direito, iniciada há 02 dias, com caráter de cólica, evoluindo para náusea e vômito. Não há febre, diarreia ou prisão de ventre. História de hipertensão arterial sistêmica em uso de medicação. Negativa para diabetes, doenças cardíacas, renais e hepáticas.			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE		TIPO	
RESULTADOS			
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 2. 1000 mg de Paracetamol 3. 1000 mg de Paracetamol			
DIAGNÓSTICO / CID: K50.2			

TIPO DE ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> 01 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO TRAFETE PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 04 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE ATENDIMENTO EM AMBULATÓRIO, CLÍNICA E FILIOS		ENCAMINHAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> 01 - OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> 02 - RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> 04 - OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 05 - OUTRO	
SERVIÇOS REALIZADOS: 01 - 02 - 03 - 04 - 05 - 06 - 07 - 08 - 09 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100		DATA	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS)/ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S) E ASSINATURA(S) _____ _____ _____			
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU PEGUE O DIREITO _____ _____ _____			
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) _____ _____ _____			

Ficha de Acolhimento

SDMU

Nome: José Pereira da Silva
End: Sibéria, Gaiato 47 Bairro: centro
Data de Nascimento: 06-02-1986 Documento de Identificação: 1200 FLORESTA
Queixa: Quase Data do Atendimento: 19-06-16 Hora: 18:55 Documento:
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

caso com risco Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fúria de dor ☐ Gerente
Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
Pressão arterial: Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: ☐ Normocrada ☐ Palide
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Cama

Estratificação

avergal
☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Jailson Gomes de Andrade Filho
Assinatura e carimbo do profissional



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2. CIDADE

2362856

3. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2362856

Identificação do Paciente

4. NOME DO PACIENTE

MOM José RAIMA SILVA

5. DATA DO NASCIMENTO

25/03/55

6. CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701461071612521541528

7. DATA DO NASCIMENTO

06/02/1966

8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9. ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE

Rua Sebastião Evaristo 147 / Centro
Nova Floresta

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE COM HISTÓRIA PRECEDENTE DE
6 IMPRIMERIA FUNCIONAL MEMBRA IMPER-
DITIVA COM FRATURAS EXPANSAS POR TRA-
UMA TRAIÇÃO DIREITA POR TRAUMA EXTERNO POR TRU-
CA

AS ALUMAS

AMMUNICION + EXAME FÍSICO + RADIOLOGIA

FRATURA GOMMA FEMUR 60/00/00

FRATURA GOMMA 77/210

PROCEDIMENTO SOLICITADO

10. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

LMC + OSTEOSINTETISE FEMUR O 71319

11. CARACTER DA INTERNAÇÃO

12. DATA DO EXAME

13/06/16

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33-1	ACIDENTE DE TRÁFICO	34-1	ACIDENTE TRABALHO TIPO
35-1	ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36-1	VIOLÊNCIA COM PROVA DE ATOS
37-1	REPERTE	38-1	REPERTE
39-1	REPERTE	40-1	REPERTE

AUTORIZAÇÃO

41-1	NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR	42-1	DATA DA AUTORIZAÇÃO
43-1	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR	44-1	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

MOD. 003



FOLHA DE REGISTRO DE EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Doença de Crohn E
Tubo 7/100 E

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alimentação	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica	
Maria José Lima	08/07	1. Dieta Nula 2. SRL 15.00ml EV/24h 3. Cipriena 02ml + AD EV 06/06h 4. Tetr 16mg + AD EV 12/12h (Suco) 5. Omefran 40mg EV/12h 6. Tetr 16mg + AD EV 18/18h 7. Neutrol 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cloxa 40mg SC/dia 9. SSV + CCGS 10. Levofloxac 05g EV 08/08h 11. Levofloxac 05g EV 16/16h 12. Levofloxac 05g EV 24/24h 13. Levofloxac 05g EV 32/32h 14. Levofloxac 05g EV 40/40h				1		Doença de Crohn E Tubo 7/100 E 1305ml 3.000 Bic. 280ml EV 24/24h 1. APND. 2. Int. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266. 1267. 1268. 1269. 1270. 1271. 1272. 1273. 1274. 1275. 1276. 1277. 1278. 1279. 1280. 1281. 1282. 1283. 1284. 1285. 1286. 1287. 1288. 1289. 1290. 1291. 1292. 1293. 1294. 1295. 1296. 1297. 1298. 1299. 1300. 1301. 1302. 1303. 1304. 1305. 1306. 1307. 1308. 1309. 1310. 1311. 1312. 1313. 1314. 1315. 1316. 1317. 1318. 1319. 1320. 1321. 1322. 1323. 1324. 1325. 1326. 1327. 1328. 1329. 1330. 1331. 1332. 1333. 1334. 1335. 1336. 1337. 1338. 1339. 1340. 1341. 1342. 1343. 1344. 1345. 1346. 1347. 1348. 1349. 1350. 1351. 1352. 1353. 1354. 1355. 1356. 1357. 1358. 1359. 1360. 1361. 1362. 1363. 1364. 1365. 1366. 1367. 1368. 1369. 1370. 1371. 1372. 1373. 1374. 1375. 1376. 1377. 1378. 1379. 1380. 1381. 1382. 1383. 1384. 1385. 1386. 1387. 1388. 1389. 1390. 1391. 1392. 1393. 1394. 1395. 1396. 1397. 1398. 1399. 1400. 1401. 1402. 1403. 1404. 1405. 1406. 1407. 1408. 1409. 1410. 1411. 1412. 1413. 1414. 1415. 1416. 1417. 1418. 1419. 1420. 1421. 1422. 1423. 1424. 1425. 1426. 1427. 1428. 1429. 1430. 1431. 1432. 1433. 1434. 1435. 1436. 1437. 1438. 1439. 1440. 1441. 1442. 1443. 1444. 1445. 1446. 1447. 1448. 1449. 1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 21



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: <i>Maria José Costa</i>	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE: <i>Nova Friburgo</i>	PROCEDÊNCIA: <i>Nova Friburgo</i>	
ADMISSÃO: <i>23/06/86</i>	ALTA: <i>02/07/86</i>	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Paciente admitido no Hospital de Emergência e Trauma com queixa de dor abdominal em 23/06/86.

2. Resultado dos principais exames

Exame físico: sem alterações.

3. Evolução e complicações

Paciente evoluiu com dor abdominal.

4. Terapêutica realizada

Analgesia.

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Px. Difteria no tórax.

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

*- Paciente deve ser observado por 48 horas.
- Paciente deve ser observado por 48 horas.
- Paciente deve ser observado por 48 horas.*

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Indicação de alta de acordo com o protocolo de atendimento.



COLHEITA DE AMOSTRAS DE SANGUE

DIAGNÓSTICO
 Doença cardíaca (C)
 1º infarto (C)

Paciente	Alimentação	Leito	Convênio
M. da R. Costa	3	1	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/07	1. Dieta R/L 2. SRI 1500ml EV/24h 3. Dipirone 02ML+AD EV 06/06h 4. Tiliati 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jum	12h 18h 24h	12.04 / 2.05 A.E. e A.M. 5.00 F. 10.00 A. 10.00 C. 10.00 O.P.A.

Assinado eletronicamente por: JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO - 07/01/2019 16:19:11
 http://pje.tjb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19010716153850300000018047648
 Número do documento: 19010716153850300000018047648

HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

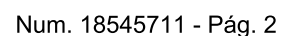
Paciente: Mrs. J. Costa Alimento: 3-2 Leito: 3-2 Convênio: 1

Data	Prescrição Médica	Hodido	Evolução Médica
3/06	1. Dieta <u>líquida</u> 2. SRL 1500ml EV/2-4h 3. Dipirona 020ml + AD EV 06/06h 4. Tilidil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jum 6. Tramol 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7. Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clearene 40mg SC/dia 9. SSIV + CC GG	<u>3-2</u> <u>3-2</u> <u>3-2</u> <u>3-2</u> <u>3-2</u> <u>3-2</u> <u>3-2</u> <u>3-2</u> <u>3-2</u>	<u>ADULT / P. 2-2</u> <u>Rec. atendi. S/ alterações</u> <u>Exame Op. - estruturas anatômicas</u> <u>Exame a/cce</u> <u>AVON: GL</u> <u>ca. VPM</u> <u>Exame clínic</u> <u>CDP.</u>
	<u>Histórisso: J. Costa de Almeida</u> <u>Gravidez e Parto: Normal</u> <u>CCG: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</u>		<u>Histórisso: J. Costa de Almeida</u> <u>Gravidez e Parto: Normal</u> <u>CCG: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10</u>



DIAGNOSTICO
Chorio Placentale

Hallison Knappes de Almeida
Associados Advogados
CNPJ nº 06.962.111/0001-00



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DIAGNÓSTICO

Paciente: *911-101-101-101*

Alimentação: 3 Leite 1 Contorno

Paulo Roberto M. C.
Ferreira

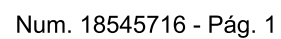
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/06	1. Dieta <i>base</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ml + AD EV 06/08h 4. Tetril 200mg + AD EV 12/12h 5. Clonazepam 40mg EV/10h 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Moxidecton 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clonazepam 40mg SC/8h 9. SSV + CCG	<i>8h</i> <i>12h</i> <i>16h</i> <i>20h</i> <i>24h</i> <i>28h</i> <i>32h</i> <i>36h</i> <i>40h</i>	<i>8h</i> <i>12h</i> <i>16h</i> <i>20h</i> <i>24h</i> <i>28h</i> <i>32h</i> <i>36h</i> <i>40h</i>
	<i>Gafarone 1g EV 12/12h</i> <i>Ceftriaxona 1g EV 12/12h</i> <i>+ ylex 10 50/100 53h (5-). SIV</i>	<i>8h</i> <i>12h</i> <i>16h</i> <i>20h</i> <i>24h</i> <i>28h</i> <i>32h</i> <i>36h</i> <i>40h</i>	<i>8h</i> <i>12h</i> <i>16h</i> <i>20h</i> <i>24h</i> <i>28h</i> <i>32h</i> <i>36h</i> <i>40h</i>

Jailson Gomes de Andrade
CRM: 101.101.101

Jailson Gomes de Andrade
CRM: 101.101.101

DIAGNÓSTICO
Gravemente mal

[Faint handwritten notes at bottom left:]



COLADO DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Infarto Miocárdico

Tema 4

Paciente	Nome	Alcance	Leito	Convênio	Evolução Médica
2516	Dieta	Prescrição Médica	Horário		
	1. Dieta	2. SGL 1500ml EV/24h	3. Dapirona 02ML + AD EV 06/05h	4. Tilidil 20mg + AD EV 12/12h	5. Omeprazol 40mg EV/jum
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN	8. Clexane 40mg SC/dia	9. SSVV + CCGG	10. Ceftriaxona 1g EV 12/12h
	11. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	12. Insulina	13. Tylox 2000mg EV 8/8h		



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

fractura exp. fem. joelho direito

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento:	Horário	leito	Convenio	Evolução Médica
24/10/16	1. Dieta Livre 2. Sól. 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02Ml+ AD EV 06/05h 4. Tilidil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausectron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	18	18	3	1	SDH FEE - Status satisfatório ADN - em C.D. 100%
	Coliciclav 1g EV/12h Ceftriaxona 200mg EV/12h Cefazolin 1g EV/12h	18	18			

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

3 J 08

Paciente: Manoel José Vitorino da Silva

Alcunha: #

Leito: 49

Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/06	1. Dor de cabeça	14h 30	# 03 + p.m.
	2. 500 mg + 1000 ml EV 12h	15h 30	3. 000
	3. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	16h 30	
	4. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	17h 30	
	5. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	18h 30	
	6. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	19h 30	
	7. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	20h 30	
	8. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	21h 30	
	9. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	22h 30	
	10. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	23h 30	
	11. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	00h 30	
	12. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	01h 30	
	13. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	02h 30	
	14. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	03h 30	
	15. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	04h 30	
	16. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	05h 30	
	17. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	06h 30	
	18. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	07h 30	
	19. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	08h 30	
	20. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	09h 30	
	21. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	10h 30	
	22. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	11h 30	
	23. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	12h 30	
	24. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	13h 30	
	25. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	14h 30	
	26. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	15h 30	
	27. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	16h 30	
	28. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	17h 30	
	29. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	18h 30	
	30. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	19h 30	
	31. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	20h 30	
	32. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	21h 30	
	33. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	22h 30	
	34. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	23h 30	
	35. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	00h 30	
	36. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	01h 30	
	37. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	02h 30	
	38. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	03h 30	
	39. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	04h 30	
	40. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	05h 30	
	41. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	06h 30	
	42. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	07h 30	
	43. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	08h 30	
	44. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	09h 30	
	45. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	10h 30	
	46. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	11h 30	
	47. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	12h 30	
	48. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	13h 30	
	49. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	14h 30	
	50. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	15h 30	
	51. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	16h 30	
	52. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	17h 30	
	53. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	18h 30	
	54. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	19h 30	
	55. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	20h 30	
	56. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	21h 30	
	57. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	22h 30	
	58. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	23h 30	
	59. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	00h 30	
	60. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	01h 30	
	61. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	02h 30	
	62. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	03h 30	
	63. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	04h 30	
	64. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	05h 30	
	65. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	06h 30	
	66. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	07h 30	
	67. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	08h 30	
	68. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	09h 30	
	69. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	10h 30	
	70. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	11h 30	
	71. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	12h 30	
	72. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	13h 30	
	73. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	14h 30	
	74. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	15h 30	
	75. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	16h 30	
	76. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	17h 30	
	77. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	18h 30	
	78. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	19h 30	
	79. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	20h 30	
	80. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	21h 30	
	81. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	22h 30	
	82. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	23h 30	
	83. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	00h 30	
	84. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	01h 30	
	85. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	02h 30	
	86. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	03h 30	
	87. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	04h 30	
	88. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	05h 30	
	89. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	06h 30	
	90. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	07h 30	
	91. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	08h 30	
	92. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	09h 30	
	93. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	10h 30	
	94. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	11h 30	
	95. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	12h 30	
	96. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	13h 30	
	97. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	14h 30	
	98. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	15h 30	
	99. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	16h 30	
	100. 1000 ml + 1000 ml EV 12h	17h 30	

Diagnóstico

for insertion into M13 (yellow plasmid)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

Paciente: **M. S. SOUZA**

Enfermagem: **1.4** Leito: **7** Data: **7**

DIAGNOSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERISTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Durcos ()	Distensão ()	Excesso ()	Outro ()	Mudanças dietéticas ()	Debilidade ()	Outro ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evasão ()	Lesão neurológica ()	Capacidade prejudicada de ingerir alimentos ()		Alimentação ()	Debilidade ()	Outro ()	
3	Deficit no auto cuidado para banho	Atitudes psicológicas ()	Outro ()			Debilidade ()	Debilidade ()	Outro ()	
4	Dor aguda	Lesão de pele ()	Lesão de pele ()	Lesão de pele ()		Lesão de pele ()	Lesão de pele ()	Outro ()	
5	Hipertermia	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
7	Mobilidade física prejudicada	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
8	Padrão respiratório ineficaz	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
10	Risco de infecção	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
11	Risco de queda	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
12	Padrão de sono prejudicado	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
13	Outro	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	
14	Outro	Agitação ()	Debilidade ()	Taxia ()	Outro ()	Agitação ()	Debilidade ()	Outro ()	



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS ESPERADOS

1. Avaliar a evolução da doença.			
2. Avaliar a evolução da doença.			
3. Avaliar a evolução da doença.			
4. Avaliar a evolução da doença.			
5. Avaliar a evolução da doença.			
6. Avaliar a evolução da doença.			
7. Avaliar a evolução da doença.			
8. Avaliar a evolução da doença.			
9. Avaliar a evolução da doença.			
10. Avaliar a evolução da doença.			
11. Avaliar a evolução da doença.			
12. Avaliar a evolução da doença.			
13. Avaliar a evolução da doença.			
14. Avaliar a evolução da doença.			
15. Avaliar a evolução da doença.			
16. Avaliar a evolução da doença.			
17. Avaliar a evolução da doença.			
18. Avaliar a evolução da doença.			
19. Avaliar a evolução da doença.			
20. Avaliar a evolução da doença.			
21. Avaliar a evolução da doença.			
22. Avaliar a evolução da doença.			
23. Avaliar a evolução da doença.			
24. Avaliar a evolução da doença.			
25. Avaliar a evolução da doença.			
26. Avaliar a evolução da doença.			
27. Avaliar a evolução da doença.			
28. Avaliar a evolução da doença.			
29. Avaliar a evolução da doença.			
30. Avaliar a evolução da doença.			
31. Avaliar a evolução da doença.			
32. Avaliar a evolução da doença.			
33. Avaliar a evolução da doença.			
34. Avaliar a evolução da doença.			
35. Avaliar a evolução da doença.			
36. Avaliar a evolução da doença.			
37. Avaliar a evolução da doença.			
38. Avaliar a evolução da doença.			
39. Avaliar a evolução da doença.			
40. Avaliar a evolução da doença.			
41. Avaliar a evolução da doença.			
42. Avaliar a evolução da doença.			
43. Avaliar a evolução da doença.			
44. Avaliar a evolução da doença.			
45. Avaliar a evolução da doença.			
46. Avaliar a evolução da doença.			
47. Avaliar a evolução da doença.			
48. Avaliar a evolução da doença.			
49. Avaliar a evolução da doença.			
50. Avaliar a evolução da doença.			
51. Avaliar a evolução da doença.			
52. Avaliar a evolução da doença.			
53. Avaliar a evolução da doença.			
54. Avaliar a evolução da doença.			
55. Avaliar a evolução da doença.			
56. Avaliar a evolução da doença.			
57. Avaliar a evolução da doença.			
58. Avaliar a evolução da doença.			
59. Avaliar a evolução da doença.			
60. Avaliar a evolução da doença.			
61. Avaliar a evolução da doença.			
62. Avaliar a evolução da doença.			
63. Avaliar a evolução da doença.			
64. Avaliar a evolução da doença.			
65. Avaliar a evolução da doença.			
66. Avaliar a evolução da doença.			
67. Avaliar a evolução da doença.			
68. Avaliar a evolução da doença.			
69. Avaliar a evolução da doença.			
70. Avaliar a evolução da doença.			
71. Avaliar a evolução da doença.			
72. Avaliar a evolução da doença.			
73. Avaliar a evolução da doença.			
74. Avaliar a evolução da doença.			
75. Avaliar a evolução da doença.			
76. Avaliar a evolução da doença.			
77. Avaliar a evolução da doença.			
78. Avaliar a evolução da doença.			
79. Avaliar a evolução da doença.			
80. Avaliar a evolução da doença.			
81. Avaliar a evolução da doença.			
82. Avaliar a evolução da doença.			
83. Avaliar a evolução da doença.			
84. Avaliar a evolução da doença.			
85. Avaliar a evolução da doença.			
86. Avaliar a evolução da doença.			
87. Avaliar a evolução da doença.			
88. Avaliar a evolução da doença.			
89. Avaliar a evolução da doença.			
90. Avaliar a evolução da doença.			
91. Avaliar a evolução da doença.			
92. Avaliar a evolução da doença.			
93. Avaliar a evolução da doença.			
94. Avaliar a evolução da doença.			
95. Avaliar a evolução da doença.			
96. Avaliar a evolução da doença.			
97. Avaliar a evolução da doença.			
98. Avaliar a evolução da doença.			
99. Avaliar a evolução da doença.			
100. Avaliar a evolução da doença.			

Carimbo e assinatura do Enfermeiro: 
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:
LOCAL ASSINADO: CHAMADA ELETRÔNICA, por 07/01/2019

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Unana até hoje da filha	Alojamento	1	Leito	2	Convênio	
----------	-------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria José Pereira da Silva Registro: Leito: 3 Setor: Atual

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (-4) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outros:

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

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

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

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

Chis:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % Vmin () Traqueostomia () Ayrol/Tubo T

() VMNI () VMJ TOT nº Comissura lab al nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídas () D () E

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cilió



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M^a Jacy Registro: Leito: 3-1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: Local: Ques:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torpescido ☐ Comatoso ☐ Outros:
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Heterorregentes ☐ Mioticas ☐ Midriáticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local

Linguagem: ☐ Qual? ☐ Disfonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disartria

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi ☐ Imín ☐ Traqueostomia ☐ Ayres/Tubo T

☐ VMNI ☐ VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH₂O

☒ Eupnéia ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Outros:

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☐ Diminuído ☐ D ☐ E

Ruidos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros:

Tosse: ☐ Improdutiva ☐ Produtiva Expectoração: ☐ Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de torax: ☐ D ☐ E ☐ Selo d'água

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

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SaO₂ Data / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ☐ Visão ☐ Audição ☐ Tato ☐ Olfato ☐ Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo ☐ Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Chale



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wesley Rocha Registro: _____ Letra: 3-J Setor/Atividade: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mídricas () Midríases

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

Linguagem: () Qual? () Distúrbio () Afasia () Disfasia () Disortria

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi _____ % _____ l/min () Traqueostomia () Ayres/Tubo T

() VMI () VMI TOT n° _____ Comissura labial n° _____ FIO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

(X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outras: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente () Diminuído () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo (*) Risco de queda Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria José Bello da Silva Registro: Leto 03/03 Sexo: F Idade: 50 Anos

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90 bpm; FR: 20 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 90 bpm; SPO2: 98 %
HGT: 1,60 m; Peso: 60 Kg; Altura: 1,60 m; Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outros:
GLASGOW(3-15): 15 Oligos (Sedação/Anestesia):
Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>5 () E>4 () Fotorreagentes () Bilaterais () Unilaterais
Mobilidade Física: () Preservada () Parosia () Rígida () Parostenia ()
Linguagem: () Qual? () Distúrbio () Afasia () Disfasia () Disartria
Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % 21 Fimil () Tranqueostomia () Agre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT n° 1 Camisinha labial n° 1 FIO2 % 21 PEEP cmH2O 0
(X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () D () E
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoratória: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Obs: Dreno de tórax: () D () E () S () Subcutâneo
Data da inserção do dreno: 03/03 Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH 7,38 PCO2 35 PO2 100 HCO3 22 EB -2 SpO2 98 Data 03/03 Hora 14:00

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agresivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Fibrilante () Chale.





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
M ^o José Roberto			
Data da Operação	29/06/16	Enf.	Leito
Operador	Paulo Guilherme	1º Auxiliar	Wagner
2º Auxiliar	Hallison	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	fx. distal de ulna (E)		
Tipo de Operação	Osteossíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório	O.M.M.		
Relatório Imediato da Patologia	f		
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 Visceral

- 1- Pct em DSH sob infiltração anestésica
- 2- Anestesia + antiseptização
- 3- Campos antérgicos.
- 4- Incisão em J-Late lateral de (E) por planos + hemostase + aproximação de por de fratura via subvastal;
- 5- Redução cirúrgica do fco. fraturário + osteossíntese com placa DCP - 12 furos + parafusos
- 6- Lavagem de ferida q/ STORIL
- 7- Aproxim. de chmo. de succão.
- 8- Sutura por planos + curativo de hemostase
- 9- Curativo

Hallison Barros de Almeida
Cirurgião de Traumatologia
Data: 29/06/16

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Maria José Rocha da Silva Idade: 30
 Convênio: SUS - 1309193 Data: 29/06/16
 Procedimento: Tratamento cirúrgico da fratura diafísaria de fêmur E

Cirurgião: Dr. Bruno Bulhões Auxiliar: D. Wagner Anestesista: Dra. Andréia
 Início: 10:15 Término: 12:15 Anestesia: Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
12:40	—	85	99%	[Assinatura]	+	+
14:00	—	89	99%	[Assinatura]	+	+
14:30	—	120	99%	[Assinatura]	+	+

Medicamentos / Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MOD 103



TM Cirúrgica

Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP: 53.020-230 | E-mail: tncirurgica@hotmail.com | Nº 1017
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

Placa larga 4.5 DCP 125

01

Parafusos Corticais 4.5 x 32

02

" " 4.5 x 34

02

" " 4.5 x 36

02

" " 4.5 x 40

02

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

29/06/2016

Dr. JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO

OBSERVAÇÕES

Q. 4.5 Sim PLS.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura



[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Asplenium + Platanus
Secura (Amst.) 1821/1822





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: *Yana Jara Rocha da Silva* Idade: *30 anos*
 Convênio: _____ Data: *19/08/16*
 Procedimento: *Exatidão cirurgia de Tatu e fêmur e joelho flutuante*
 Cirurgião: *Dr. Elias* Auxiliar: _____ Anestesista: *Dr. Lucas*
 Início: *20:30* Término: *22:00* Anestesia: *Neurolept*

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
20:30		84	98%		-	Sondada
21:00		94	96%	<i>Lucas</i>	+	Consciente
21:15		90	96%	<i>Lucas + Fabiana</i>	+	"
21:30		83	97%	<i>Lucas</i>	+	"
21:45		81	97%	<i>Lucas</i>	+	"
22:00		80	97%	<i>Lucas</i>	+	"
22:15		76	97%	<i>Lucas</i>	+	+
22:30		70	97%	<i>Lucas</i>	+	+
22:45		82	96%	<i>Lucas</i>	+	+
23:00		92	98%	<i>Lucas</i>	+	+
23:15		97	97%	<i>Lucas</i>	+	+

Medicamentos / Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MOD. 160





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação	19/06/16	Enf.	Leito.
Operador	J. G. de A. Filho	1º Auxiliar	Dr. Alvimar
2º Auxiliar		3º Auxiliar	
Anestesia		Instrumentador	
Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Exatidão Cup. de Fígado			
Exatidão de Fígado			
Tipo de Operação			
Exatidão de Fígado			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

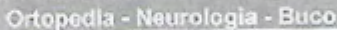
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1	Exatidão de Fígado
2	Exatidão de Fígado
3	Exatidão de Fígado
4	Exatidão de Fígado
5	Exatidão de Fígado
6	Exatidão de Fígado
7	Exatidão de Fígado
8	Exatidão de Fígado
9	Exatidão de Fígado
10	Exatidão de Fígado
11	Exatidão de Fígado
12	Exatidão de Fígado
13	Exatidão de Fígado
14	Exatidão de Fígado
15	Exatidão de Fígado
16	Exatidão de Fígado
17	Exatidão de Fígado
18	Exatidão de Fígado
19	Exatidão de Fígado
20	Exatidão de Fígado
21	Exatidão de Fígado
22	Exatidão de Fígado
23	Exatidão de Fígado
24	Exatidão de Fígado
25	Exatidão de Fígado
26	Exatidão de Fígado
27	Exatidão de Fígado
28	Exatidão de Fígado
29	Exatidão de Fígado
30	Exatidão de Fígado
31	Exatidão de Fígado
32	Exatidão de Fígado
33	Exatidão de Fígado
34	Exatidão de Fígado
35	Exatidão de Fígado
36	Exatidão de Fígado
37	Exatidão de Fígado
38	Exatidão de Fígado
39	Exatidão de Fígado
40	Exatidão de Fígado
41	Exatidão de Fígado
42	Exatidão de Fígado
43	Exatidão de Fígado
44	Exatidão de Fígado
45	Exatidão de Fígado
46	Exatidão de Fígado
47	Exatidão de Fígado
48	Exatidão de Fígado
49	Exatidão de Fígado
50	Exatidão de Fígado
51	Exatidão de Fígado
52	Exatidão de Fígado
53	Exatidão de Fígado
54	Exatidão de Fígado
55	Exatidão de Fígado
56	Exatidão de Fígado
57	Exatidão de Fígado
58	Exatidão de Fígado
59	Exatidão de Fígado
60	Exatidão de Fígado
61	Exatidão de Fígado
62	Exatidão de Fígado
63	Exatidão de Fígado
64	Exatidão de Fígado
65	Exatidão de Fígado
66	Exatidão de Fígado
67	Exatidão de Fígado
68	Exatidão de Fígado
69	Exatidão de Fígado
70	Exatidão de Fígado
71	Exatidão de Fígado
72	Exatidão de Fígado
73	Exatidão de Fígado
74	Exatidão de Fígado
75	Exatidão de Fígado
76	Exatidão de Fígado
77	Exatidão de Fígado
78	Exatidão de Fígado
79	Exatidão de Fígado
80	Exatidão de Fígado
81	Exatidão de Fígado
82	Exatidão de Fígado
83	Exatidão de Fígado
84	Exatidão de Fígado
85	Exatidão de Fígado
86	Exatidão de Fígado
87	Exatidão de Fígado
88	Exatidão de Fígado
89	Exatidão de Fígado
90	Exatidão de Fígado
91	Exatidão de Fígado
92	Exatidão de Fígado
93	Exatidão de Fígado
94	Exatidão de Fígado
95	Exatidão de Fígado
96	Exatidão de Fígado
97	Exatidão de Fígado
98	Exatidão de Fígado
99	Exatidão de Fígado
100	Exatidão de Fígado

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



[illegible]



Nº 1040

PEDIDO DE FATURAMENTO

NONE DO HOSPITAL

C. DADF

HOSPITAL DE TREVISA

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE _____

C. G. Wise

Nº DE PRESENTAÇÃO

MARIA JOSE ROSA DA SILVA
CÓD. PROCEDIMENTO

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVENIC

PROCEDIMIENTO REALIZADO

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1.000	1.000	kg	1.000,00	1.000,00
2.000	2.000	kg	2.000,00	2.000,00
3.000	3.000	kg	3.000,00	3.000,00
4.000	4.000	kg	4.000,00	4.000,00
5.000	5.000	kg	5.000,00	5.000,00
6.000	6.000	kg	6.000,00	6.000,00
7.000	7.000	kg	7.000,00	7.000,00
8.000	8.000	kg	8.000,00	8.000,00
9.000	9.000	kg	9.000,00	9.000,00
10.000	10.000	kg	10.000,00	10.000,00
11.000	11.000	kg	11.000,00	11.000,00
12.000	12.000	kg	12.000,00	12.000,00
13.000	13.000	kg	13.000,00	13.000,00
14.000	14.000	kg	14.000,00	14.000,00
15.000	15.000	kg	15.000,00	15.000,00
16.000	16.000	kg	16.000,00	16.000,00
17.000	17.000	kg	17.000,00	17.000,00
18.000	18.000	kg	18.000,00	18.000,00
19.000	19.000	kg	19.000,00	19.000,00
20.000	20.000	kg	20.000,00	20.000,00
21.000	21.000	kg	21.000,00	21.000,00
22.000	22.000	kg	22.000,00	22.000,00
23.000	23.000	kg	23.000,00	23.000,00
24.000	24.000	kg	24.000,00	24.000,00
25.000	25.000	kg	25.000,00	25.000,00
26.000	26.000	kg	26.000,00	26.000,00
27.000	27.000	kg	27.000,00	27.000,00
28.000	28.000	kg	28.000,00	28.000,00
29.000	29.000	kg	29.000,00	29.000,00
30.000	30.000	kg	30.000,00	30.000,00
31.000	31.000	kg	31.000,00	31.000,00
32.000	32.000	kg	32.000,00	32.000,00
33.000	33.000	kg	33.000,00	33.000,00
34.000	34.000	kg	34.000,00	34.000,00
35.000	35.000	kg	35.000,00	35.000,00
36.000	36.000	kg	36.000,00	36.000,00
37.000	37.000	kg	37.000,00	37.000,00
38.000	38.000	kg	38.000,00	38.000,00
39.000	39.000	kg	39.000,00	39.000,00
40.000	40.000	kg	40.000,00	40.000,00
41.000	41.000	kg	41.000,00	41.000,00
42.000	42.000	kg	42.000,00	42.000,00
43.000	43.000	kg	43.000,00	43.000,00
44.000	44.000	kg	44.000,00	44.000,00
45.000	45.000	kg	45.000,00	45.000,00
46.000	46.000	kg	46.000,00	46.000,00
47.000	47.000	kg	47.000,00	47.000,00
48.000	48.000	kg	48.000,00	48.000,00
49.000	49.000	kg	49.000,00	49.000,00
50.000	50.000	kg	50.000,00	50.000,00
51.000	51.000	kg	51.000,00	51.000,00
52.000	52.000	kg	52.000,00	52.000,00
53.000	53.000	kg	53.000,00	53.000,00
54.000	54.000	kg	54.000,00	54.000,00
55.000	55.000	kg	55.000,00	55.000,00
56.000	56.000	kg	56.000,00	56.000,00
57.000	57.000	kg	57.000,00	57.000,00
58.000	58.000	kg	58.000,00	58.000,00
59.000	59.000	kg	59.000,00	59.000,00
60.000	60.000	kg	60.000,00	60.

PRODUTO

REF

QUANT.

CÓD. ROMB.

Fixation extends further

02



Read The Engineering Approach Starter
CIBA SPN 500 020612



5

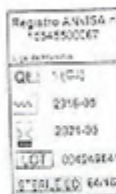
REF 5051.10.A

FIXADOR EXTERNO
FIXADOR EXTERNO ESTATICO PARA CORTES REQUISITOS E LONGOS
FIXO MAXI DUPLO
STATICO EXTERNAL FIXATOR - DOUBLE FIX MAXI
FIXADOR EXTERNO ESTATICO - FIXO MAXI DUPLO
5 STEVIA DI 4 SESSAOES EXTERNA STATICO
CARTÃO: Size: Jato

Camacho, Sosa, Jasso

[illegible]

7-699328 747381



PROIBIDO
REPROCESSAR

DATA DA UTILIZAÇÃO

INFLUÊNCIA DA UCMÔNEIAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

19/06/2016

De Lias

fraction (x, y) =

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Ami





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

22 de maio de 2019

Proferir despacho/decisão.

Marcos Coelho de Salles

Juiz Corregedor





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

1ª VARA DA COMARCA DE CUITÉ

Processo nº 0800023-57.2019.8.15.0161

Autor: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

A inicial preenche os requisitos do arts. 319 e 320 do CPC/2015 em preliminar análise, não sendo caso de emenda ou indeferimento, reclamando, portanto, o prosseguimento do feito.

Defiro a gratuidade processual, sem prejuízo de impugnação (art. 98, do CPC/2015).

Deixo de designar audiência de conciliação (art. 334, CPC/2015) em razão da parte demanda não oferecer proposta de conciliação sem prévio laudo médico.

Cite(m)-se o(s) réu(s) com as advertências de que deverá apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, CPC) e que sua omissão importará em revelia (art. 344, CPC).

Cuité/PB, 1 de agosto de 2019

IANO MIRANDA DOS ANJOS

Juiz de Direito

