

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES, brasileira, solteiro, RG: 3172427, portador do CIC/MI nº 400.000.558-83, residente e domiciliado na Rua Projetada, Conjunto Novo Horizonte s/nº, nesta cidade.

OUTORGADOS: JOÃO FERREIRA FURTADO NETO e POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA, brasileiros, advogados, inscritos na OAB/PB sob o nº 6.489 e 16.689, com escritório na Rua Benjamim Gomes Maranhão, n. 56, Centro, Cacimba de Dentro/PB.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Cacimba de Dentro, em 30 de agosto de 2017.

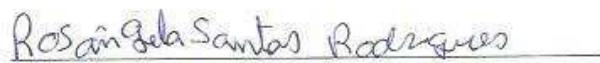
Rosangela Santos Rodrigues
ROSANGELA SANTOS RODRIGUES
- Outorgante -



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ROSANGELA SANTOS RODRIGUES**, brasileira, solteiro, RG: 3172427, portador do CIC/MF nº 400.000.558-83, residente e domiciliado na Rua Projetada, Conjunto Novo Horizonte s/nº, nesta cidade, Declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Cacimba de Dentro/PB, 30 de agosto de 2017.


ROSANGELA SANTOS RODRIGUES
Declarante





Assinado eletronicamente por: JOAO FERREIRA FURTADO NETO - 10/05/2019 14:54:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051014543265900000020509174>
Número do documento: 19051014543265900000020509174

Num. 21091907 - Pág. 3

ROSANGELA SANTOS RODRIGUES
RUA PROJETADA, 15 - NOVO HORIZONTE
CAIMBA DE DENTRO / PB CEP: 58237-070 (AG. 82)

energisa

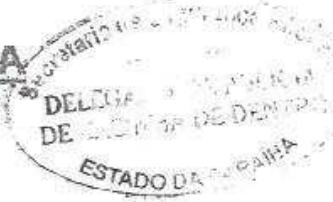
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rodovia 7 - km 120 - Bairro MONOFÁSICO, 3200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-000
Nº 109.095.183-0001-40 - Insc Est 16015 023-00
Nº 0008889815 - Emissa 11/05/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Edital-Nº000.543.280
Código para Dátilo Automático: 0001494779

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

Conta referente a	UC (Unidade Consumidora):	5/1749677-9																																										
Canal de contato																																												
Maio / 2017																																												
Apresentação																																												
Declaração de Quitação Anual de Débitos Conforme o previsto na Lei 12.007 de 29 de junho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora/veículos no ano de 2016 e nos anos anteriores. Esta declaração só subsiste para a comprovação do cumprimento das condições de consumo, as quais não podem ser alteradas nem nas versões de 2016 ou 2015. - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela MP 10.430, de 26 de junho de 2002.																																												
12/05/2017																																												
Data prevista da próxima leitura																																												
12/06/2017																																												
CPF/CNPJ/RANI																																												
40020056993 Insc Est																																												
Faturas em atraso																																												
19/04/2017 26,32																																												
Histórico de Consumo (kWh)																																												
<table border="1"> <tr> <td>Jan/17</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>Mar/17</td> <td>113</td> </tr> <tr> <td>Fev/17</td> <td>72</td> </tr> <tr> <td>Jan/17</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>Dez/16</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Nov/16</td> <td>83</td> </tr> <tr> <td>Out/16</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>Sep/16</td> <td>58</td> </tr> <tr> <td>Ag/16</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Jul/16</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>Jun/16</td> <td>84</td> </tr> <tr> <td>Mar/16</td> <td>49</td> </tr> </table>			Jan/17	78	Mar/17	113	Fev/17	72	Jan/17	73	Dez/16	69	Nov/16	83	Out/16	50	Sep/16	58	Ag/16	80	Jul/16	44	Jun/16	84	Mar/16	49																		
Jan/17	78																																											
Mar/17	113																																											
Fev/17	72																																											
Jan/17	73																																											
Dez/16	69																																											
Nov/16	83																																											
Out/16	50																																											
Sep/16	58																																											
Ag/16	80																																											
Jul/16	44																																											
Jun/16	84																																											
Mar/16	49																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Anterior</th> <th>Atual</th> <th>Constante</th> <th>Consumo</th> <th>Dias</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11/04/17 1286</td> <td>12/05/17 1360</td> <td></td> <td>112</td> <td>31</td> </tr> </tbody> </table>			Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	11/04/17 1286	12/05/17 1360		112	31																																
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias																																								
11/04/17 1286	12/05/17 1360		112	31																																								
Demonstrativo																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>Quantidade</th> <th>Preço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo 00200W-BR</td> <td>30</td> <td>0,19739</td> <td>4,13</td> </tr> <tr> <td>Consumo 018100W-BR</td> <td>70</td> <td>0,29638</td> <td>19,65</td> </tr> <tr> <td>Consumo 018200W-BR</td> <td>12</td> <td>0,29444</td> <td>4,25</td> </tr> <tr> <td>AC_1_E_V-1000</td> <td></td> <td></td> <td>1,89</td> </tr> <tr> <td>Subsídio</td> <td></td> <td></td> <td>22,57</td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td></td> <td></td> <td>18,85</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td></td> <td></td> <td>0,79</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td></td> <td></td> <td>7,54</td> </tr> </tbody> </table>			Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	Consumo 00200W-BR	30	0,19739	4,13	Consumo 018100W-BR	70	0,29638	19,65	Consumo 018200W-BR	12	0,29444	4,25	AC_1_E_V-1000			1,89	Subsídio			22,57	ICMS			18,85	PIS			0,79	COFINS			7,54						
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)																																									
Consumo 00200W-BR	30	0,19739	4,13																																									
Consumo 018100W-BR	70	0,29638	19,65																																									
Consumo 018200W-BR	12	0,29444	4,25																																									
AC_1_E_V-1000			1,89																																									
Subsídio			22,57																																									
ICMS			18,85																																									
PIS			0,79																																									
COFINS			7,54																																									
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA</th> <th>10,00</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JUROS DE MORA/03/2017</td> <td>0,50</td> </tr> <tr> <td>MULTA/03/2017</td> <td>1,08</td> </tr> <tr> <td>Desconto Série 00</td> <td>-22,57</td> </tr> </tbody> </table>			CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	10,00	JUROS DE MORA/03/2017	0,50	MULTA/03/2017	1,08	Desconto Série 00	-22,57																																		
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	10,00																																											
JUROS DE MORA/03/2017	0,50																																											
MULTA/03/2017	1,08																																											
Desconto Série 00	-22,57																																											
Histórico de Consumo (kWh)																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>ALÍQUOTA</th> <th>VALOR R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ICMS</td> <td>73,72</td> <td>27,00</td> <td>19,80</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td>73,72</td> <td>1,0757</td> <td>0,79</td> </tr> <tr> <td>CCFMS</td> <td>73,72</td> <td>4,8448</td> <td>3,04</td> </tr> </tbody> </table>				BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$	ICMS	73,72	27,00	19,80	PIS	73,72	1,0757	0,79	CCFMS	73,72	4,8448	3,04																										
	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$																																									
ICMS	73,72	27,00	19,80																																									
PIS	73,72	1,0757	0,79																																									
CCFMS	73,72	4,8448	3,04																																									
VENCIMENTO																																												
19/06/2017																																												
TOTAL A PAGAR																																												
R\$ 62,73																																												
8175.ab7a e140 56be 4a0e 2377.d995.4309.																																												
Indicadores de Qualidade 1/2017-Atuais																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Limites do ANEEL</th> <th>Apurado</th> <th>Límite de Tensão (V)</th> <th>Discriminação</th> <th>Valor (R\$)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DI - MENSAL</td> <td>8,47</td> <td>0,00</td> <td>1. Serviço de Energia - PB</td> <td>9,00</td> <td>15,39</td> </tr> <tr> <td>DI - TRIMESTRAL</td> <td>12,84</td> <td></td> <td>2. Serviço de Energia - PB</td> <td>13,02</td> <td>20,78</td> </tr> <tr> <td>DI - ANUAL</td> <td>25,98</td> <td></td> <td>3. Serviço de Transmissão</td> <td>0,08</td> <td>0,16</td> </tr> <tr> <td>FI - MENSAL</td> <td>3,46</td> <td>0,00</td> <td>4. Encargo Separado</td> <td>3,48</td> <td>6,56</td> </tr> <tr> <td>FI - TRIMESTRAL</td> <td>5,88</td> <td></td> <td>5. Encargo Direto e Encargo de Serviços</td> <td>25,91</td> <td>57,26</td> </tr> <tr> <td>FI - ANUAL</td> <td>12,22</td> <td></td> <td>Total</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>			Limites do ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%	DI - MENSAL	8,47	0,00	1. Serviço de Energia - PB	9,00	15,39	DI - TRIMESTRAL	12,84		2. Serviço de Energia - PB	13,02	20,78	DI - ANUAL	25,98		3. Serviço de Transmissão	0,08	0,16	FI - MENSAL	3,46	0,00	4. Encargo Separado	3,48	6,56	FI - TRIMESTRAL	5,88		5. Encargo Direto e Encargo de Serviços	25,91	57,26	FI - ANUAL	12,22		Total	0,00	0,00
Limites do ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%																																							
DI - MENSAL	8,47	0,00	1. Serviço de Energia - PB	9,00	15,39																																							
DI - TRIMESTRAL	12,84		2. Serviço de Energia - PB	13,02	20,78																																							
DI - ANUAL	25,98		3. Serviço de Transmissão	0,08	0,16																																							
FI - MENSAL	3,46	0,00	4. Encargo Separado	3,48	6,56																																							
FI - TRIMESTRAL	5,88		5. Encargo Direto e Encargo de Serviços	25,91	57,26																																							
FI - ANUAL	12,22		Total	0,00	0,00																																							
Valor do Fisco (Salvo 3/2017-451,17)																																												

BOLETIM DE OCORRENCIA



Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 017 /2017

DESCRIÇÃO:

Aos vinte e quatro (24) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, *comigo* escrivão de Polícia Civil, ai pelas 11:51, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES, Idade: 30 anos, nascido em 07/09/1986, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Solânea/PB, Estado Civil: solteira, Profissão: agricultora, Filiação: Orlando Vino Rodrigues e Josefa Santos Rodrigues, Endereço: Rua Projetada nº 15 Conjunto novo Horizonte, Cacimba de Dentro/PB.

RG:3172427 SSP/PB

CPF: 400.000.558.83

HISTÓRICO

Noticiou: QUE no dia 22 de outubro do ano de 2016, por volta das 19:00 horas, estava conduzindo uma motocicleta de marca HONDA CG 160 EX, PLACA OET 2181/PB, COR VERMELHA, ANO MODELO 2015/2016, CHASSI 9C2KC21DGR015087, Que se encontra em nome de JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS, Que estava com destino a sua residência (noticiante) quando estava na rua Cap Pedro Moreira em frente a escola Antônio Gomes uma outra motocicleta colidiu com a noticiante vindo a cair ambas as motos, o condutor da outra moto levantou e evadiu-se do local não procurando saber a gravidade física da noticiante; Que a noticiante foi socorrida pelo SAMU cidade de Solânea/PB, para o Hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB onde foi constada que a noticiante tinha quebrado FEMUR E A MANDIBULA, e que ficou internada durante 25 dias (período 22/10/2016 a 17/11/2016); Que apresenta como testemunhas Reginaldo Francelino Bezerra portador da RG nº 1248792 SSP/PB, Residente a Rua Alfredo Barela nº 51 Centro Cacimba de Dentro/PB e Jefferson Francisco dos Santos portador da RG 3521505 SSP/PB RESIDENTE A Rua José Casado nº 51 Centro, Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 24 de Janeiro de 2017

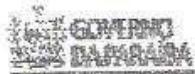
Rosângela Santos Rodrigues

Assinatura do (a) noticiante

Rosângela

Evangelista Xavier Lins
Escrivão Ad-Hoc. Mat 1373340





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21º DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE CACIMBA
DE DENTRO/PB

BOLETIM DE OCORRENCIA



Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 017 /2017

DESCRIÇÃO:

Aos vinte e quatro (24) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, *comigo escrivão de Polícia Civil, ai pelas 11:51, compareceu o (a) Senhor (a)*

Nome: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES, Idade: 30 anos, nascido em 07/09/1986, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Solânea/PB, Estado Civil solteira, Profissão: agricultora, Filiação: Orlando Vino Rodrigues e Josefa Santos Rodrigues, Endereço: Rua Projetada nº 15 Conjunto novo Horizonte, Cacimba de Dentro/PB.

RG:3172427 SSP/PB

CPF: 400.000.558.83

HISTORICO

Noticiou: QUE no dia 22 de outubro do ano de 2016, por volta das 19:00 horas, estava conduzindo uma motocicleta de marca HONDA CG 160 EX, PLACA OET 2181/PB, COR VERMELHA, ANO MODELO 2015/2016, CHASSI 9C2KC210GRD16087, Que se encontra em nome de JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS, Que estava com destino a sua residência (noticiante) quando estava na rua Cap Pedro Moreira em frente a escola Antônio Gomes uma outra motocicleta colidiu com a noticiante vindo a cair ambas as motos, o condutor da outra moto levantou e evadiu-se do local não procurando saber a gravidade física da noticiante; Que a noticiante foi socorrida pelo SAMU cidade de Solânea/PB, para o Hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB onde foi constada que a noticiante tinha quebrado FEMUR E A MANDIBULA, e que ficou internada durante 25 dias (periodo 22/10/2016 a 17/11/2016); Que apresenta como testemunhas Reginaldo Francelino Bezerra portador da RG nº 1248792 SSP/PB, Residente a Rua Alfredo Barela nº sn Centro Cacimba de Dentro/PB e Jefferson Francisco dos Santos portador da RG 3521505 SSP/PB RESIDENTE A Rua José Casado nº sn Centro ,Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 24 de Janeiro de 2017

Rosângela Santos Rodrigues

Assinatura do (a) noticiante

Rebeca Neves

Evangelista Xavier Lusaão
Escrivão Ad-Hoc Mat 1373340





PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que foi prestado atendimento PRÉ- HOSPITALAR pelo SAMU do município de Solânea- PB, a vitima Rosangela Santos Rodrigues portador do RG 3112427 na cidade Carimbeu do Dendê e transferido para o Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga na cidade Campina Grande no dia 22 de outubro 2016.

Solânea, 21 de outubro de 2016.

Fábio da Costa Lima
ENFERMEIRO
COREN-PB: 281.436

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fábio da Costa Lima'.



SINISTRO 3170209412 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROSANGELA SANTOS RODRIGUES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ROSANGELA SANTOS RODRIGUES

CPF/CNPJ: 40000055883

Posição em 25-08-2017 09:18:40

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 5.737,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/08/2017	R\$ 5.737,50	R\$ 0,00	R\$ 5.737,50

« »

7762,90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

BENATRAN

RESUMO INFORMATIVO
AJUSTE DE VALORES DE VENCIMENTO DE CARGA APENAS
TRANSITÓRIAS QUANDO SE GERA DPAVAT

PB Nº 012236013045

BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
CÓD. REG. PRT - 20162500000019-1
1 0107455700-7 00/00000000 2016

JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

03595628478 SAC DPVAT 0800 022 1204

03595626478
03595626478
03595626478

2016-06/01/2016

PLACA



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Bento Melo		Bairro:	Centro	
End:					
Data de Nascimento:			Documento de Identificação:	RG	
Queixa:	Dor de cabeça		Data do Atend.:	20/05/19	Hora: 20:00 Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:	Frequência cardíaca:		
Dosagem de HGT:	Temperatura axilar:		
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Mach	Mucosas:	<input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida

MOD. 110

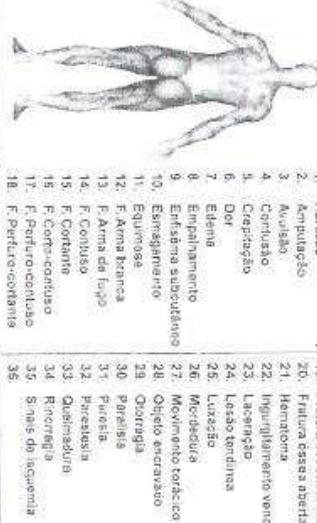
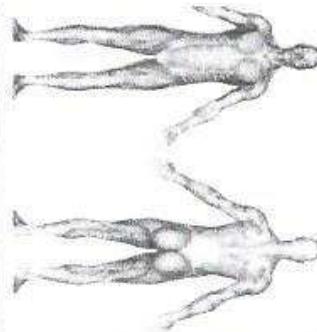
Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

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 SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2. CNES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>2</td><td>8</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>				2	3	6	2	8	5	6
2	3	6	2	8	5	6								
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4. CNES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>2</td><td>8</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>				2	3	6	2	8	5	6
2	3	6	2	8	5	6								
Identificação do Paciente														
5. NOME DO PACIENTE WILSON MAGALHÃES				6. NÚMERO PRONTUÁRIO 221.763										
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											8. DATA DE NASCIMENTO / /			
9. SEXO Masc. 1 Fem 2				10. NOME DA MAE DO RESPONSÁVEL 										
11. TELEFONE DE CONTATO 				12. ENDERECO (RUA N° BAIRRO) Brasília - Centro										
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Brasília - Centro				14. COD. IBGE/MUNICÍPIO Brasília										
15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor + deformidade antebraço e cotovelo (5)				16. CEP 										
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO														
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS (DIAGNÓSTICAS) (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 														
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 														
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS (DIAGNÓSTICAS) (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 														
20. DIAGNÓSTICO INICIAL Fract. de Tornozelo		21. CID 10 PRINCIPAL C07		22. CID 10 SECUNDÁRIO 		23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 								
PROCEDIMENTO SOLICITADO														
24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 				25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 										
26. CLÍNICA out		27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO 		28. DOCUMENTO 1 CNS		29. N° DOCUMENTO (CNS/CFP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 10357031160000								
30. NÚMERO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 		31. DATA DA SOLICITAÇÃO 12/05/16		32. ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO FERREIRA FURTADO NETO		33. NÚMERO REGISTRO (O CONSELHO) CRM-PB								
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)														
33. () ACIDENTE DE TRÂNSITO () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		34. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO		35. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR		36. () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO								
37. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO		38. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR		39. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO		40. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR								
41. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO		42. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR		43. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO		44. () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR								
AUTORIZAÇÃO														
45. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 				46. COD. ORGÃO EMISSOR 										
47. N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				48. N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR										

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Rosanele Santos Rodrigues - DR. 22

QI	LEITE 01	CONVÉNIO SCS	IDADE 37 anos	REGISTRO 1343038	 <p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</p>	
CIRURGIA Dr. José Luiz + Dr. Carlos			CIRURGIÃO Dr. José Luiz + Dr. Carlos			
ANESTESIA Geral			ANESTESIA Dr. Wilson			
INSTRUMENTADORA Rosane	DATA 15-11-16	INICIO 09:45	FIM 09:40			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
02	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxo		Catgut cromado Sertix		
02	Alropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimorf amp. <i>Proptotol</i>	Compressa Pequena	03	Catgut Simples 4,0		
	Dofantina amp.	Colanoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº	07	Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercalina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
03	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
03	Protigmine amp.	Espanadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
04	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
04	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca		
	Rapifen amp.	H.O. ml	02	Mononylon 3,0		
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon		
01	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	04		Prolene Sertix		
01	Áqua Desliliada amp.	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
02	Decardon amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.	Luvas 7,0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.	Luvas 7,5		Vicryl Sertix		
	Flechocord amp.	Luvas 8,0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.	Luvas 8,5				
	Glicose amp.	Oxigênio l/m				
	Glucos de Cálcio amp.	Poliflux				
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml				
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr. 500 ml		
01	Lasix amp.	Saco coletor <i>of lux</i>		SG Gelado fr. 500 ml		
02	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr. 500 ml		
03	Plasal amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr. 500 ml		
	Prolamina	Seringa desc. 50 ml		SG fr. 500 ml		
	Revivan amp.	Sonda				
	Stiplanorramp.	Sonda folley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE		
02	Catapressa 1g <i>of bolina</i>	Sonda Nasogástrica		<i>Material usado de avulso</i>		
02	Tensilcan	Sonda Uretral nº				
03	Neurodilat	Steridrem ml				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Tomeirinha				
01	Agulha desc. 25 x 7	Vaseline ml				
02	Agulha desc. 28 x 28 25x8	Celcon 18		EQUIPAMENTOS		
	Agulha desc. 3 x 4,5	Lates		(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxímetro de Pulso	(<input type="checkbox"/>) Foco Auxiliar	
	Agulha p/ raque nº	Latax		(<input type="checkbox"/>) Serra	(<input checked="" type="checkbox"/>) Eletrocautério	
05	Alcool de Enfarragem 70%	Sal Cremolito				



Nome do Paciente		Nº Prontuário
<i>Resenilda Santos Rodrigues</i>		
Data da Operação	15-13-16	Enf. Leito
Operador	<i>Isauei Cavalcante</i>	<i>1º Auxiliar</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fract. Art. Man. + Cintos.</i>	
Tipo de Operação	<i>Art. Cavalante Man. + Fratura Cintos.</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>3 mm</i>	
Relatório Imediato da Patologia	<i>nenhuma</i>	
Exame Radiológico no Ato	<i>nenhuma</i>	
Acidente Durante a Operação	<i>nenhuma</i>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<ul style="list-style-type: none"> - Acesso intra e extra ósseo - Intro pal retoque inoperante e fraturas - nos cintos - Cifras 04 parafusos IMF - Bônus nro 06 Man Brux - Acesso externo curto - avulsos do plato, reunião da fratura - fixada com 02 mm injetada e sk p. c - Sutura - Curativo
 Dr. Isauei P. Cavalcante





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			30/10/10		
NOME:	Rosangela Santos Rodrigues		as 9:00 h		
IDADE:	20	SEXO: M F	DATA DE NASCIMENTO:		
SETOR:	Anamita		LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALÉRGIAS:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTINUA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS: <i>diáspora de pressão</i>		
PRESENÇA DE ESCARRA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLURIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>		
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	DEÁMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTEATINAL (DIETA):	VOZ <input type="checkbox"/>	HEMIPLÉGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITais:	PA: <input type="text"/>	T: <input type="text"/>	FR: <input type="text"/>	FC: <input type="text"/>	
PESO: <input type="text"/>					
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>excesso de muco</i>				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>proced. invasivo</i>				
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL	CD/FR:				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
NAUZEA	CD/FR:				
DOR AGUDA	DOR CRÔNICA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
DEFÍCIT NO AUTO CUIDADO	ALIMENTAR-SE <input checked="" type="checkbox"/>	PARA BANHO <input checked="" type="checkbox"/>	CD/FR: <i>os diagnósticos</i>		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <i>NIE prejudicado</i>				
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
	FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais. <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. <input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAIS. <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°		10 18			
EXAMES A DESEJO DO PACIENTE E LATERALIZADA MELHORADA RECOMENDADO					



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Edson de Souza Rodrigues IDADE: 39 SEXO: _____

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Sincopse
<input type="checkbox"/> Dispneia de esforço	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Pequena
<input type="checkbox"/> Palpitações	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Oropneia
<input type="checkbox"/> Dor Precordial	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Expectoração
Relacionada (<input type="checkbox"/> Esforço	<input type="checkbox"/> Tipica	<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Emoções (<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Pós-prandial

Comentários: infarto

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Insut. Cardiaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana	
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> insuf. Renal	<input type="checkbox"/> Aguda	<input type="checkbox"/> Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

<input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: _____	<input type="checkbox"/> Tabagismo
<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Sedentarismo
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Cirúrgico: _____	

Medicamentos em uso Não * Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RRR 2T 83 PAP

83 b.p.m P.A.: 122/82 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: laringe seca

Abdômen - Comentários: figado no PTO RUBO

Membros inferiores - Comentários: 100%

5 - E.C.G.: línha 844001
em Dentro das linhas de monitorizar

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)





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			24 10 16	
NOME: <i>Palpante Santos Ferreira</i>	IDADE: 30	SEXO: M	DATA DE NASCIMENTO: às 8:50h	
SETOR: Amarela			LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTINUA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS: <i>chora se piora</i>	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>	
ST. GAS. RÓINTERINAL (DIETA):	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	S/ DEFÍCITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
DADOS VITais:	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	
			RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
PA:	T:	FR:	FC:	
ESTADO NUTRICIONAL:				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITais:	PA:	T:	FR:	FC:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				PESO:
RISCO DE QUEDA		CD/FR: <i>excesso de urina</i>		
RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:		
RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR: <i>proced invasivo</i>		
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:		
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:		
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:		
RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:		
NÁUSEA		CD/FR:		
DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA		CD/FR:		
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:		
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:		
DEFÍCIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR: <i>ITE Prejudicado</i>		
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:		
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:		
		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
		FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		APRAZAMENTO		ASSINATURA
PREScrição DE ENFERMAGEM		10 18		<i>jl</i>
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.				
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR				
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA				
INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA				
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ)				
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS				
POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°				
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO				



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Rosângela Santos Rodrigues DN: 22-10-+?					GOVERNO DA PARAÍBA	
QI	LEITE Soro 06	CONVÉNIO SUS	IDADE ?	REGISTRO 1343038	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
CIRURGIA Teto cirúrgico desequilíbrio de fêmur			CIRURGIA a Fidis da. 1005 Paulo + a negra			
ANESTESIA Racini			ANESTESIA J. Konolim			
INSTRUMENTADORA 14.11.16		DATA 14.11.16		INÍCIO 14:00	FIM 17:30	CÓDIGO
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia Catet. p/ Oxi.	Qtd.	FIOS	
01	Adrenalina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Atropina amp.		Compressa Grande	02	Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.		Compressa Pequena		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp.		Colonoide		Catgut Simples	
01	Dolantina amp.		Dreno de Black nº 10		Catgut Simples Sertix	
01	Eframe ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fenogam-amp.		Dreno Penrose nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Pozzer nº		Cera p/ osso	
01	Inova ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
01	Mitocaina paraceta % ml		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	Nubatin amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
01	Pavulon amp.		Espiradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
01	Protigmine amp.		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
01	Protocolo l/m		Gase Pacote c/ 10 unidades	02	Fila cardíaca	
01	Quelicin ml		H.0. ml	02	Mononylon 3-0	
01	Rapifen amp.		Intracath Adulto		Mononylon	
01	Thionemoutal ml		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
01	Tivacium amp.		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Aqua Desidratada amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
01	Dipirona amp.	01	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
01	Flavonolone cloridr		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
01	Fenacetina amp.		Luvas 8.5 p/ anastomose			
01	Glucosamina amp.		Oxigênio l/m			
01	Glicose amp.		Polifix			
01	Glicôn de Cálcio amp.	01	PVPI Degemante 2%	Qtd.	SOROS	
01	Haemacol ml.		PVPI Tópico ml		SG Normotérmico fr 500 ml	
01	Heparema ml.		Sabão Antisséptico		SG Gelado fr 500 ml	
01	Kanakion amp.		Saco medo 01 lito		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Lasix amp.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Ringr fr 500 ml	
01	Medrotinazol		Seringa desc. 20 ml	03	SE fr 500 ml - 02	
01	Plastil. amp.		Seringa desc. 05 ml			
01	Pro-Jamina		Sonda			
01	Revivan amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Silutaneon amp.		Sonda Nasogástrica			
01	Cetulolina 1g		Sonda Uretral nº			
01	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Stenoderm ml			
01	Agu. h. desc. 25 x 7		Torneirinha			
01	Agu. h. desc. 28 x 28		Vaseline ml			
01	Agu. h. desc. 3 x 4.5		Gelcon 18			
01	Agu. h. p/ Iaque nº 36	05	Latex			
01	Alcool de Enfermagem 70%				EQUIPAMENTOS	
01					(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxímetro de Pulso	
01					(<input type="checkbox"/>) Foco Auxiliar	
01					(<input type="checkbox"/>) Seringa	
01					(<input checked="" type="checkbox"/>) Eletrocautério	
01					(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxigenímetro	

Nome do Paciente	Rosane de Souza	Nº Prontuário
Data da Operação	14/11/16	Enf. Leito
Operador	Dr. Fidus	1º Auxiliar J. Paulo
2º Auxiliar Hellinor	3º Auxiliar Wagner	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fractura tibial (C)	
Tipo de Operação Osteomíctese		
Diagnóstico Pós-Operatório	O mesmo	
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	Wau	
Acidente Durante a Operação	Nas	

Descrição da Operação

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

- 1) Pd em SOH sob efeito anestésico
- 2) anestesia + anorexia
- 3) campo cirúrgico
- 4) Incisão em face lateral da coxa esq. c/ acesso vascular por planos + hemostasia.
- 5) Ressecção envolvendo osso de fratura + osteomíctese c/ placar DCP larga 10 fios + 8 parafusos corticais
- 6) Lavado de FQ c/ 500,5% + fixad, dreno succo
- 7) Reversão de hemostasia + sutura por planos
- 8) Curativo



FOLHA DE TRAJAMINHO E VOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Residência	Setor	Alojamento:	Leito	Convênio
Residencial São	Leitos	2-2		

Assinado eletronicamente por: JOAO FERREIRA FURTADO NETO - 10/05/2019 14:54:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051014543621500000020509184>
Número do documento: 19051014543621500000020509184

Num. 21091917 - Pág. 5





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM



ENFERMEIRA
COREN - RJ - 2005

COREN - PB, 280.649

ASSINATURA NO ENFERMEIR

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA

FR FATOR RELACIONADO

ASSINATURA (NO ENFERMERO) RESPONSABLE

APRAZAMENTO

ASSINATURA

PREScrição DE ENFERMAGEM	AfrAziMento
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais	12/12 h/s
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA	
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.	
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIéNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).	
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AéREAS	
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.	



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cacimba de Dentro**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800059-29.2019.8.15.0831

DESPACHO

Vistos, etc.

INTIME-SE o autor, por intermédio do seu advogado, para apresentar, em 15 (quinze) dias, o requerimento administrativo, sob pena de indeferimento da inicial.

CACIMBA DE DENTRO, 17 de maio de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: RUSIO LIMA DE MELO - 21/05/2019 09:18:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052109183137000000020660662>
Número do documento: 19052109183137000000020660662

Num. 21254238 - Pág. 1



Vara Única de Cacimba de Dentro

Rua Capitão Pedro Moreira, S/N, Centro, CACIMBA DE DENTRO - PB - CEP: 58230-000

()

Nº do processo: 0800059-29.2019.8.15.0831

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

O MM. Juiz de Direito da vara supra manda ao ao oficial de justiça, a quem este for entregue, que em cumprimento a este, intime o(a) advogado(a) para manifestar-se no processo acima.

Prazo: 15 dias

Despacho:

INTIME-SE o autor, por intermédio do seu advogado, para apresentar, em 15 (quinze) dias, o requerimento administrativo, sob pena de indeferimento da inicial.

Advogado: JOAO FERREIRA FURTADO NETO OAB: PB6489 Endereço: desconhecido

CACIMBA DE DENTRO, em 23 de maio de 2019.

De ordem, VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA
Mat. 4767390



Assinado eletronicamente por: VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA - 23/05/2019 15:03:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052315032835700000020813169>
Número do documento: 19052315032835700000020813169

Num. 21418003 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE CACIMBA DE DENTRO-PB.

PROCESSO N° 0800059-29.2019.815.0831

ROSANGELA SANTOS RODRIGUES, assaz qualificada nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DPVAT**, que promove em desfavor de **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**, processo *ut supra*, vem à presença de Vossa Excelência, com o axiomático respeito, trazer aos autos o requerimento administrativo da autora, em consonância com despacho ID: 21254238.

Documento segue em anexo.

Nestes termos,

Pede DEFERIMENTO.

Cacimba de Dentro-PB, 04 de junho de 2019.

JOÃO FERREIRA FURTADO NETO

OAB/PB 6.489



POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA

OAB/PB 16.689



Assinado eletronicamente por: JOAO FERREIRA FURTADO NETO - 04/06/2019 12:40:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060412401271600000021079479>
Número do documento: 19060412401271600000021079479

Num. 21698890 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10851440

A/C: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170209412 ASL-0141659/17
Vitima: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES
Data Acidente: 22/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11585491

A/C: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES

Simistro: 3170209412 ASL-0141659/17
Vitima: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES
Data Acidente: 22/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES

Valor: R\$ 5.737,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 00000049147-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.737,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital
100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cacimba de Dentro**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800059-29.2019.8.15.0831

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade judiciária.

Em que pese o contido no art. 334, do CPC, tem-se que a prática forense tem revelado que as seguradoras do Consórcio DPVAT demandadas não costumam promover autocomposição.

Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, III, c/c art. 231, ambos do CPC), apresente resposta.

CACIMBA DE DENTRO, 5 de agosto de 2019.

Juiz(a) de Direito

