

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES, brasileira, solteiro, RG: 3172427, portador do CIC/MI n° 400.000.558-83, residente e domiciliado na Rua Projetada, Conjunto Novo Horizonte s/n°, nesta cidade.

OUTORGADOS: JOÃO FERREIRA FURTADO NETO e POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA, brasileiros, advogados, inscritos na OAB/PB sob o n° 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.

Rosângela 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, I, XXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

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

Rosângela Santos Rodrigues
ROSANGELA SANTOS RODRIGUES
Declarante



ROSANGELA SANTOS RODRIGUES
RUA PROJETADA, 15 - NOVO HORIZONTE
CACIMBA DE CENTRO/PB CEP: 58230-000 (AG 83)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRAGEM MONOFÁSICA
Roteiro: 7-48-620-1173
Nº medidor: 0000888415

Período: Maio/2017
Emissão: 12/05/2017



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.908.163/0001-40 - Ins. Est. 19.015.923-0

Nº da Fatura/Conta de Energia Elétrica: 9000543-090
Código para Débito Automático: 90017494779

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

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 511749677-9
Canal de contato

Mai / 2017

Apresentação

12/05/2017

Data prevista da próxima leitura

12/06/2017

CPF/CNPJ/RANI

40000045993

Faturas em atraso

15/04/2017 35,33

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/17	79
Mar/17	113
Fev/17	72
Jan/17	73
Dez/16	69
Nov/16	83
Out/16	50
Set/16	68
Ago/16	80
Jul/16	44
Jun/16	64
Mai/16	49

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de junho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qua-
lificações dos faturamentos mensais dos débitos de en-
ergia elétrica e dos anos anteriores.
Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE nº 0438 de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leitura	Data	Leitura
11/04/17	1286	12/05/17	1390

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-ER	30	0,13739	4,13
Consumo 31 a 100 kWh-ER	70	0,25618	18,05
Consumo 101 a 200 kWh-ER	12	0,25618	4,25
Ad. 5 kWh-ER			1,80
SUBTOTAL			22,57
ICMS			12,90
PIS			0,79
COPIS			7,54
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			10,00
JUROS DE MORA 03/2017			0,50
MULTA 03/2017			1,08
Divulgação Subtotal			-22,57

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	79,72	27,00	15,80
PIS	79,72	1,0757	0,9
COPIS	79,72	4,3449	3,04

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

15/06/2017

R\$ 62,73

8175.ab7a e140 56be 4a3e 2377.d895.4309.

Indicadores de Qualidade 1/2017-Robus

	Limites do ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	9,47	0,00	
DI TRIMESTRAL	13,94		
DI ANUAL	26,99		
FI MENSAL	0,46	0,00	
FI TRIMESTRAL	0,57		
FI ANUAL	10,55		
DMC	3,80	0,00	
DIR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de List de Energia PB	9,08	15,28
Limite de Energia PB	13,02	20,78
Serviços Parametriz	0,06	0,06
Energia Supra	3,48	5,55
Limite de Energia	25,91	57,26
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	62,73	100,00

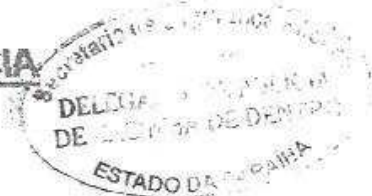
Valor do EUSC (de 1/2017) - R\$ 1,29





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

BOLETIM DE OCORRENCIA



Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº D17 /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, aí 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 9C2KC21DGRD16087, 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 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

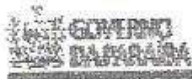
Assinatura do (a) noticiante

Evangelista Xavier Lunas

Evangelista Xavier Lunas

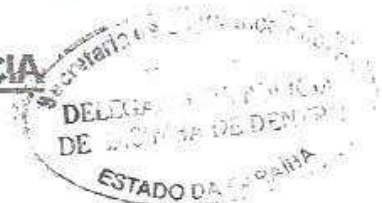
Escrivão Ad-Hoc. Mat 1373340





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª 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, aí 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 9C2KC21DGRD16D87, 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 constatada 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 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

Recebi

Evangelista Xavier Lunas

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 vítima Rosângela Santos Rodrigues portador do RG 3772427 na cidade Cacimba de Dentro e transferido para o Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga na cidade Campana Grande no dia 22 de outubro 2016.

Solânea, 21 de novembro de 2016.

Fábio da Costa Lima
ENFERMEIRO
COREN-PB: 281.436



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 Lider 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

< >



7762,50

Ficha de Acolhimento

Nome:	Rafaela Maria Simões Rodrigues		
End:	Bairro: Central de		
Data de Nascimento:	Documento de Identificação: 2016		
Queixa:	Acidente	Data do Atend.: 22/05/16	Hora: 20 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:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Moch	

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

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

NO SANGUE DO MAGALHÃES

PAZES

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

251.263

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒

Fem. ☐

9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor + deformidade constante em
coto (B)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cromioplastia e elasm. A 20/11

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Frat. de tíbia (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERVENÇÃO DO SANGUE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CH) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SENT

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - USOP

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

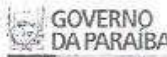
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Rosângela Santos Rodrigues - DM.??</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI 01	LEITE 01	CONVÊNIO SCS	IDADE 37 anos	REGISTRO 1343038		
CIRURGIA <i>Red. Pielite + fixações</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. Daniel + Dr. Paulo</i>			
ANESTESIA <i>Genal</i>			ANESTESIA <i>Dr. Marcos</i>			
INSTRUMENTADORA Rosana	DATA 15-11-16	INÍCIO 08:45	FIM 09:40			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp	Catet. p/ Oxo		Catgut cromado Sertix	
02	Atropina amp	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	<i>Gimono amp. Propofol</i>	Compressa Pequena	01	Catgut Simples Sertix	
	Dofantina amp	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº	01	Catgut Simples Sertix	20
	Fentanyl ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pozzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercalina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
03	Protigmine amp	Esparrapado Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/ml	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
01	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	02	Mononylon 3.0	
	Thionembital ml	Intracath Adulto		Mononylon	
01	Tracum amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flechocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigenio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poitiflix			
	Raemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuplanon amp.	Sonda toley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Gentamicina 1g	Sonda Nasogástrica		<i>Material usado de qualidade</i>	
02	<i>Tenoxicam</i>	Sonda Uretral nº			
01	<i>Mauvecham</i>	Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
01	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
02	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	<i>Latex</i>			
	Agulha p/ raque nº	<i>Latex</i>			
0.5	Alcool de Enfermagem 70%	<i>Latex</i>			

<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
---	--



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Amazônia e Romão</i>		IDADE: <i>30</i>	SEXO: <i>F</i>	COR:	
DATA: <i>15/11/16</i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>120/80</i>	PULSO: <i>50</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESSOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: <i>Fratura múltipla de maxilar</i>					ESTADO FÍSICO		
LESÕES ANTERIORES					RISCO		
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LÍQUIDOS				MANUTENÇÃO <i>20 - 08:15 - 40</i> <i>30 - 08:20 - 40</i> <i>40 - 08:25 - 40</i> <i>50 - 08:30 - 40</i> <i>60 - 08:35 - 40</i> <i>70 - 08:40 - 40</i> <i>80 - 08:45 - 40</i> <i>90 - 08:50 - 40</i> <i>100 - 08:55 - 40</i> ANESTESIA SENSE: Sim _____ Não _____ Não por quê? _____			
CCO/GC VR ARTERIAL O PULSO O RESPIRAÇÃO AX ANESTESIA O OPERAÇÃO				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>I - Inib - 08:15h</i> <i>Ten - 08:20h</i>						
POSIÇÃO	<i>Operatório - 1/4 - 1/2 - 1/4 - 1/2 - 1/4 - 1/2</i>						
AGENTES	<i>Propofol - 20 - 1/4 - 1/2 - 1/4 - 1/2 - 1/4 - 1/2</i>						
TÉCNICA	<i>Intubação</i>			CÂNULAS			
OPERAÇÃO	<i>RCO - Claveira + RCO - Claveira + RCO - Claveira</i>						



Assinado eletronicamente por: JOAO FERREIRA FURTADO NETO - 10/05/2019 14:54:35

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051014543501800000020509183

Número do documento: 19051014543501800000020509183



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Rosângela Santos Rodrigues			
Data da Operação	15-12-16	Enf.	Leito
Operador	Isuel Cavalcante	1º Auxiliar	Isuel Simões
2º Auxiliar		3º Auxiliar	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fract. Art. Man. + Círculos		
Tipo de Operação			
Art. Círculos Man. + Inoculante Círculos			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
não houve			
Exame Radiológico no Ato			
não houve			
Acidente Durante a Operação			
não houve			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
- Acesso intra e extra bucal
- Intra os sequeiros incontinentes e fraturas nos círculos
- Colocação de pontos IMF
- Bólson muscular Mandibular
- Acesso externo art. E
- Drenagem dos planos, sequeiro da fratura e fixação com 02mm unipolares e 10 p.c
- Sutura
- Curativo

Dr. Isuel Cavalcante



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				30 10 16	
NOME:	Rosângela Santos Rodrigues				
IDADE:	30	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:
SETOR:	Amarela		LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	NORMOPOTENSO	HIPERTENSO		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE	INCONSCIENTE	ORIENTADO		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO	TAQUIPÊNICO	EUPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL	POLÚRIA	OLIGÚRIA		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA	CISTOSTOMIA	ANÚRIA		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	DEÂMBULA	DEÂMBULA C/ APOIO	ACAMADO		
ESTADO NUTRICIONAL:	TETRAPLEGIA	HEMIAPLEGIA	PARESIA		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA			CD/FR: excesso de mudo		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR: proced. invasivo		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NAUSEA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DEFICIT NO AUTO CUIDADO			CD/FR: ao diagnóstico		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR: NIE prejudicada		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>			CD/FR:		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
CORRENTES			FR: FATOR RELACIONADO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO		ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS			10 18		J
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A DL/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 AERIAS					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°					
<input type="checkbox"/> MANUTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO					





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Rosângela Santos Rodrigues IDADE: 39 SEXO: _____

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: anagorise

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

(☒) Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico: _____ () Outros

Medicamentos em uso () Não * () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RAR RT 83 RAR

83 b.p.m P.A.: 120/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: língua seca

Abdômen - Comentários: ligado no RAO RAO

Membros inferiores - Comentários: SI oculto

5 - E.C.G.: ritmo sinusal

em dentro dos limites da normalidade

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)





GOVERNO
DA PARAÍBA

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:	Polangele Santos Rodrigues				
IDADE:	30	SEXO:	M	DATA DE NASCIMENTO:	1 / 8 / 50 h
SETOR:	Amarela		LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:	Choro Zepcam	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	NORMOPOTENSO	HIPERTENSO		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE	INCONSCIENTE	ORIENTADO		
SISTEMA RESPIRATORIO:	DISPNEICO	TAQUIPNEICO	EUPNEICO	BRADIPNEICO	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL	POLÚRIA	OLIGÚRIA	SVD	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA	CISTOSTOMIA	ANÚRIA		
	DEÂMBULA	DEÂMBULA C/ APOIO	ACAMADO	S/ DEFICITE MOTOR	
	TETRAPLEGIA	HEMIAPLEGIA	PARESIA	RESTRITO NO PEITO	
ST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO	SNG	SNE		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO	DESNUTRIDO	OBESO	CAQUETICO	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:	excesso de urina			
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:	Proced. invasivo			
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:	PIE Prejudicado			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	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.		10 18			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/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 AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Nome do Paciente <i>Rosângela Santos</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>14/11/16</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Figueira</i>	1º Auxiliar <i>J. Paulo</i>		
2º Auxiliar <i>Hellinor</i>	3º Auxiliar <i>Wagner</i>	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fx. dist. fêmur</i>		<i>(E)</i>	
Tipo de Operação <i>Osteomíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>p. mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>pt em DPH sob efeito anestésico</i>
2) <i>anestesia + autonepssia</i>
3) <i>campos cirúrgicos</i>
4) <i>Incrisq. em face lateral de coxa esq. y acesso sub vasto por plano + hemostasia.</i>
5) <i>Revisão e cureta do foco de fratura + osteomíntese y placa DCP longa 10 fms + 8 parafusos corticais</i>
6) <i>lavado de FO y 5FO, 4% + fixação de novo succo</i>
7) <i>Revisão de hemostasia + sutura por plano</i>
8) <i>curativo</i>



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
fx mandibular
fx femoral

Revisão de

Alojamento: 7-2

Leito

Convênio

Prescrição Médica

1. Dieta Rápidas 1300 calorias
2. SRL 1500ml EV/24h
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h
4. Tilactil 20mg + AD EV 12/12h SN
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Cleaxe 40mg SC/dia
9. SSV + CCG

Revisão de 02-CH

Evolução Médica

Revisão, Manuseio

ANU: ON

CP 10h

ABCC 14/11
300mls 15/11

1. Manuseio mandibular por
laço de CNEC 01 na
Hospital de emergência e
trauma de mandíbula e
maxila que a do ferimento de
CC de causa de natureza de
por ferimento mandibular de

10:30 - Atividade
autônoma para
Alimentação

Dr. João Paulo Oliveira Neto
CRM-PB 9551

Dr. João Paulo Oliveira Neto
CRM-PB 9551

DIAGNÓSTICO

B. manch-bula

Re: Primer ②

FABRIL DE FRAGMENTAÇÃO E VOZES AO

Prescrição Médica	Horário	Convenção	Evolução Médica
1. Dieta Pastosa (líquida)			
2. SRL 1500ml EV/24h			
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h			
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h S/N			
5. Omeprazol 40mg EV/jejum			
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN			
7. Nauseid on 01 FA + AD EV 8/8h SN			
8. Clexane 40mg SC/dia			
9. SSVV + CCGG			





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Rosângela Santos Rodrigues</u>									
IDADE: <u>30</u>		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		DATA DE NASCIMENTO: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		às <u> </u> h			
SETOR: <u>Ortopedia</u>				LEITO: <u> </u>					
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fr. fíb. a.</u>									
ALERGIAS:		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA:		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA:		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>		HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>		ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPNEICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>		EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>		BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):		NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>		OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>	
		DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>		ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:		DEÂMBULA <input type="checkbox"/>		DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>		ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
		TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>		HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>		PARESIA <input type="checkbox"/>		RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (D/ETA):		VO <input checked="" type="checkbox"/>		SNG <input type="checkbox"/>		SNE <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: <u> </u>	T: <u> </u>	FR: <u> </u>	FC: <u> </u>	PESO: <u> </u>			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA						CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO						CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO						CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal						CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL						CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA						<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO						CD/FR:			
<input type="checkbox"/> NÁUSEA						CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA						<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ						CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA						CD/FR: <u>Referente a patologia</u>			
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO						<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA						CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA						CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO						CD/FR:			
<input type="checkbox"/>						CD/FR:			
<input type="checkbox"/>						CD/FR:			
<input type="checkbox"/>						CD/FR:			
<u> </u> Lúcia Cristiane Oliveira Silveira ENFERMEIRA COREN - PP. 260.348						CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						APRAZAMENTO		ASSINATURA	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM <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 CATÉTER DE O ₂ A DL/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 AÉREAS <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45° <input type="checkbox"/> MANTER A CARGA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO						<u>12/12hs</u>			





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





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



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

PROCESSO Nº 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



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº: 10851440

A/C: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170209412 ASL-0141659/17
Vítima: 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 início 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

Pag. 00103/00104 - carta_01



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11585491

A/C: ROSANGELA SANTOS RODRIGUES

Sinistro: 3170209412 ASL-0141659/17
Vítima: 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 autonômica, 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

Pag. 01733/01734 - carta_15R





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

