

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: **MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO**, brasileira, solteira, agricultora, portador da cédula de identidade nº 560.500.269-SSP/SP e CPF nº 428.514.268-69, residente e domiciliado na Rua Epitácio Pessoa nº 392 - Bairro Novo - Cacimba de Dentro/PB.

OUTORGADOS: **JOÃO FERREIRA FURTADO NETO**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob os nº 6.489 e **POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA**, estabelecidos profissionalmente 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 03 de maio de 2019.


MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO
Outorgante



DECLARAÇÃO

Eu, **MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO**, brasileira, solteira, agricultora, portador da cédula de identidade nº 560.500.269-SSP/SP e CPF nº 428.514.268-69, residente e domiciliado na Rua Epitácio Pessoa nº 392 – Bairro Novo - Cacimba de Dentro/PB, Declaro, através deste signatário (art. 105 do NCPC) que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de suportar 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, 03 de maio de 2019.


MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO
Declarante





Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 21/05/2019 13:12:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052113121563500000020738812>
Número do documento: 19052113121563500000020738812

Num. 21338501 - Pág. 3

IRENE GOMES BERNARDO
RUA PRES EPTACIO PESSOA, 392 - NOVO
CACIMBA DE DENTRO / PB CEP: 581230000 (AG 67)
Classe/Suporte: RESIDENCIAL / BAIANA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 49 - 525 - 340 Referência: Jun/2017
Nº medidor: 00001151353 Emissão: 12/06/2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br/290, Km 25 - Cidade Redonda - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
(NPJ) 09 095 123/0001-40 Inst. Est. 16 016 923 0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°000 486 202
Código para Débito Automático: 00001142881

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/174288-1

Canal de contato

Jun / 2017

Apresentação

12/06/2017

Data prevista da
próxima leitura

13/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

5705959457
Inst. Est.

Faturas em atraso:

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2017
Procure a prefeitura de sua cidade ate 15/12/2017 para atualizar
seus dados no Cadastro Único e evite a perda da Tarifa Social de
Energia. Para mais informações ligue para o MDSA: 0800 707 2003.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior Atual Constante Consumo Dias

12/05/17 10890 12/06/17 10882 1 67 31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 30KWh-BR	30	0,14634	4,38
Consumo - 31 a 100KWh-BR	52	0,25807	13,04
Adm. B. Vermelha			0,73
Subsídio			12,40
ICMS			0,55
PIS			2,54
COFINS			6,09

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:

CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	6,09
JUROS DE DEMORA 05/2017	0,16
MULTA 05/2017	0,66
Devolução Subsídio	-18,98

Histórico de Consumo
(kWh)

May/17	75
Abr/17	71
Mar/17	67
Fev/17	78
Jan/17	78
Dez/16	66
Nov/16	72
Out/16	69
Sep/16	74
Agosto/16	60
Juli/16	88
Jun/16	61

	BASE DE CÁLCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	53,62	25,00	13,40
PIS	53,62	1,0319	0,55
COFINS	53,62	4,7478	2,54

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

20/06/2017 R\$ 40,48

Media dos últimos meses:
78

23e5.f118e.3c19.34fb.1855.1d75 be7d.849d.

Indicadores de Qualidade - 4/2017-Análise

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	8,47	3,43
DIG. TRIMESTRAL	12,91	NOMINAL
DIG. ANUAL	25,99	220
FIG. MENSAL	3,48	CONTRATADA
FIG. TRIMESTRAL	8,97	LIMITE INFERIOR
FIG. ANUAL	12,95	231
DMC	3,80	LIMITE INFERIOR
DIARI	12,22	Total

Discriminado	Valor (R\$)	%
Serviços de Det. da Energia/BP	8,99	17,20
Comarca de Energia	8,17	20,18
Serviço de Transmissão	0,48	1,15
Encargos Setoriais	7,52	18,23
Impostos Unicos e Encargo	22,32	55,14
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	40,48	100,00

Valor do EUUSD (Ref 4/2017) R\$7,54

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$19,96



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 207 /2017

DESCRIÇÃO:

Aos Trinta (30) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e Dezessete (2017) nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Policia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Policia Civil, comigo escrivão de Policia Civil, ai pelas 09 h55min, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO, Idade: 26 anos, nascida em 12/10/1991, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Solânea/PB Estado civil solteira, Profissão: agricultora, Filiação: José Bernardo dos Santos e Irene Gomes Bernardo, Endereço: Rua Epitácio Pessoa nº 382 Bairro Novo , Cacimba de Dentro/PB.

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 560500269 SSP/SP

CPF: 428.514.268-6

HISTÓRICO

Noticiou: Que no dia 05 de Julho de 2017, por volta das 19:30 horas , estava como passageira em uma motocicleta de marca HONDA CG 125 TITASN KS,ANO MODELO 2000.COR VERMELHA, PLACA MOJ 3112/PB,CHASSI 9C2JC3010YR032688 ;Que se encontra em nome de JOÃO FERREIRA DE LIMA ;Que vinha da cidade de Solânea/PB (rodovia PB 111) com o Sr REGINALDO FRANCELINO BEZERRA e na proximidade do Ginásio de esporte Antônio Mariz um cachorro atravessou na frente da motocicleta e o Sr Reginaldo bateu no cachorro perdeu o controle da moto e caiu juntamente com a noticiante; Que o Sr Reginaldo não sofreu nenhuma escoriações e a noticiante foi socorrida por populares para o hospital da cidade de Cacimba de Dentro/PB. Que em seguida foi transferida para o hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB, onde passou 08 dias internado e passou por cirurgia no braço direito ; Que apresenta como testemunhas o Sr Daniel Fernando Rodrigues Pereira Dantas, portador da RG 3952521 SSP/PB residente na Rua Epitácio Pessoa sn Bairro Novo ,Cacimba de Dentro/PB e a Sr. Reginaldo Francelino Bezerra, portadora da RG nº 1248792 SSP/PB Residente a rua Alfredo Barreto sn Centro Cacimba de Dentro/PB. Que não deseja representar contra o sr Reginaldo. 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, 30 Outubro de 2017

Maria Aparecida Gomes Bernardo
Assinatura do (a) noticiante

Evangelista Xavier Luna
Assinatura do Escrivão Ad-Hoc Mat 137.134.0





Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 21/05/2019 13:12:18
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905211312170880000020738817
Número de documento: 1005211312170880000020738817

Num. 21238506 Pág. 2

Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 21/05/2019 13:12:18
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905211312170880000020738817
Número de documento: 1005211312170880000020738817

SINISTRO 3180028585 - Resultado de consulta por beneficiário

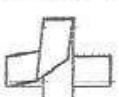
VÍTIMA MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE I
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO
CPF/CNPJ: 42851426869

Posição em 03-05-2019 11:17:35

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

27/02/2018 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50





SUS
Sistema
Único
de Saúde

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO
HOSPITAL MATERNIDADE
ISABEL MOREIRA DE SOUZA

CÓDIGO DO CNES: 2613409
ENDERECO: RUA SEVERINO CÂMARA DA CUNHA
MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA
CNPJ: 08.929.648/0001-59
ESTADO: PARÁ
UF: PB

NOME: PACIENTE

POSISSÃO: SEXO: F IDADE: 26
ENDERECO: DOCUMENTO: RG: 36.030.026
MUNICÍPIO: ESTADO: RN
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: CNS: 3405 26111.8010
DATA DO NASCIMENTO: 10.11.91 DATA DO ATENDIMENTO: 03.09.11

RACA / COR
1 - 1 - BRANCA
1 - 2 - PRETA
1 - 3 - PARDAS
1 - 4 - AMARELA
1 - 5 - INDÍGENA
1 - 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Trabalho que gera suor em excesso, com sinal
claro, amarelo colorido, com frequência grande.
Leveira: Pessoas fumaça em excesso, devido
excesso - fumaça forte, excessiva.*

AJ: excesso forte, excesso, excesso.

Pessoas fumadoras ABCDE, excesso de fumar.

em casa + excesso de trabalho.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

MEDICAÇÃO:

PRESCRITA

APLICADA

CID: 10

OBSERVAÇÃO

INTERNACAO

OUTRO HOSPITAL

OUTROS

SERVÍCIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -
2 -
3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS: *Dr. Juliano Pontes C. Filho*
CBO: *CRM: 26111.8010*
OUÇO/BEM/ABACATO

DIAGNÓSTICO:

CID: 10

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

OUTRO HOSPITAL

OUTROS

RESULTADOS:

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO ADMINISTRADOR - carimbo



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

Ficha de Acolhimento

Nome: João Pedro Pires Documento de Identificação: 332
End: Rua das Rosas Documento: Se Série
Data de Nascimento: 25-10-91 Data do Atend.: 05.05.17 Hora: 23:00

Queixa: Dor () Sim () Não

Acidente de trabalho?

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente

Frequência respiratória:

Temperatura axilar:

Presão arterial:

Mucosas: () Normocorada () Pálida

Dosagem de HGT:

Mod. 1.0

Estratificação

{ () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

F.C.M. Barroso

Assinatura e Cárимbo do profissional

{ () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	Maria Alpareida Gomes Bernardo			DN
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
		505	25	1463501
CIRURGIA	Trat. Cirurg. Cláss.	CIRURGIÃO	Dr. Wagner	
de Fistula de estreitamento		Desintobes		
ANESTESIA		ANESTESIA	Dr. Yvone	
bloqueio + sedação de Raimundo			Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM	
Gustavo	12-07-17	14:00	15:30	CÓDIGO
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qty.	FIOS	
	Adrenalinamp.	01	Bolsa Colostoma Calel. p/ Óxg.	Calgut cromado Sertix
	Atropina amp.	06	Catet. De Urinar Sist. Fech.	Calgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande C/5unid	Calgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena	Calgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide	Calgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno	Calgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº	Calgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso
	Inova ml	01	Dreno Pezzer nº	Ethibond 2
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas	Fio de Algodão Sertix
	Nubain amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sutupak
	Protigmine amp.	15	Esparradrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak
	Protocolo l/m		Furacim ml	Fita cardíaca
	Quelicin ml	06	Gase Pacote c/ 10 unidades	Mononylon
	Rapifen amp		H2O ml	Mononylon
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Prolene Sertix
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix
02	Dipirona amp.	04	Luvas 7.0	Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5	Vicryl Sertix
	Flobicortid amp.	09	Luvas 8.0	Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5	Vicryl Sertix
	Glicose amp.	TC	Oxigênio l/m	2 L
	Glúcon de Cálcio amp.		PVPI Degemente ml	
	Haemaccel ml.		PPG 1% ml	SOROS
	Heparema ml.		Sabão Antiséptico	SG Normotérmico fr 500 ml p/ lavar
	Kanakinamp.		Saco coletor	SG Gelado fr 500 ml
01	Ranitidina	01	Seringa desc. 10 ml	SG Hipertermico fr 500 ml
	Medrotinazol.		Seringa desc. 20 ml	SG Ringr fr 500 ml
01	Prostastano	02	Seringa desc. 05 ml	SG fr 500 ml
	Prolamina	01	Sonda	
01	Roxanadina		Sonda Foley	ORTSESE E PRÓTESE
01	Subtenon amp		Sonda Nasogástrica	1
	Cefalotina 1g		Sonda Uretral nº	
02	etoxazolim		Steridrem ml	
02	Tilitalol 20mg		Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Vaseline ml	
01	Aiguila desc. 25 x 7 x 12	01	Gelcon 10	
	Aiguila desc. 28 x 28		Latese	
	Aiguila desc. 3 x 4,5	05	cerasol	
	Aiguila p/ raque nº			
015	Alcool de Enfermagem			
	Alcool Iodado ml			
02	Ataduras de Crepon	15		
03	Ataduras de Gessada	15		
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml	04		
DIS-017				
	IOL IMPLANTES LTDA.			EQUIPAMENTOS
	Modelo Comercial:			
	PF. ANCORA-IOL 5,0		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	MM2 FIBER		<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Código: 400350000020		<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxicapiógralo
	Loja: 01926/17		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
	ANVISA: 10223680071		<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
			CIRURGIANTE RESPONSÁVEL	Abdulai



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

Nome do Paciente	Nº Prontuário		
Márcia Aparecida Gomes Bonombô			
Data da Operação	12/07/17	Enf. <u>01</u> Operador 2	Leito 7-1
Operador	Dr. Amilton Lemos	1º Auxiliar Dr. Wagner	
2º Auxiliar	Dr. Yury	3º Auxiliar -	Instrumentador Gustavo
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fx cotovelo (D)		
Tipo de Operação Osteossíntese.			
Diagnóstico Pós-Operatório	Fx colo cabeça radio (D) + processo coronoide (P)		
Relatório Imediato da Patologia	O		
Exame Radiológico no Ato	Sim		
Acidente Durante a Operação	Né		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- (1) Paciente em ORT na opção anestésico.
- (2) Aspirina + Antisепtico + Álcool em campos estériles.
- (3) Injeção em via de Koch + Dissecção por planos + Hemostasia.
- (4) Passagem de Ancora 30L 5-0 # fixação de fratura da prama coronaide (C) após redução ombro da fratura.
- (5) Enderezando fratura colo da cabeça da nad. completa.
- (6) Osteossíntese c/ 02 parafusos de Herbert n° 26.
- (7) Plastiar de ligamento capsular.
- (8) Caudado de fio c/ SF D. 9%.
- (9) Sutura em planos.
- (10) Talo: Axilo-palmar em MSD.

Yury de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Folha de Sala - Recuperação Pos Anestésica	
Paciente:	Maria Aparecida Gomes Bernardo
Idade:	25 c.
Convênio:	
Data:	12.07
Procedimento:	Trat. com o profissional de enfermagem
Cirurgião:	Dr. Aristides
Auxiliar:	
Anestesista:	
Início:	14:00
Término:	15:30
Anestesia:	bloqueo sedocal.

Observações:		
		Circulante
Assinatura Arrestista		MOD. 10
	<i>Relatório de Operação</i>	

Assinatura Anestesista

Circulante

Page 10

Relatório de Operação





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOOME:	Maria Josefa de Souza Barreto					
IDADE:	25	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h		
SETOR:	LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:						
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	HIPOTÉNso <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:	DISPÉNICO <input checked="" type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input 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. RÓNTENTINAL: (DIETA)	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:	T:	FR:	FC:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>pela respi.</i>					
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL	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 checked="" 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:					
<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:					
<i>Assinatura do Enfermeiro Responsável</i> <i>20/05/2018</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
	FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					ASSINATURA	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO			
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<i>10</i>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER 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 AÉREAS.						
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR Hiperemia).			<i>MT</i>			
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.						
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			<i>contus.</i>			

MOD 125



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA,E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Maria Amélia Gomes Ferreira</i>			IDADE <i>25</i>	SEXO <i>F</i>	COR:	
DATA <i>12/07/17</i>	PRESSÃO ARTERIAL <i>130 x 80</i>	PULSO <i>100</i>	RESPIRAÇÃO <i>EUP-Eico</i>	TEMPERATURA <i>36,5°C</i>	PESO <i>60kg</i>	ALTURA		
	TIPO SANGUÍNEO URINA	HEMOCÍTAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
AP. RESPIRATORIO <i>N/D</i>					ASMA <i>NEGA</i>	BRÔNQUITE		
AP. CIRCULATORIO <i>N/D</i>					ELETROCARDIOGRAMA			
AP DIGESTIVO <i>SEGUIM OK</i>		DENTES	PESCOÇO		AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL <i>Orientada</i>		ATARÁXICOS	CORTICOIDES		ALERGIA <i>NEGA</i>	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de colo de tiro</i>				ESTADO FÍSICO <i>T</i>	RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTESICA <i>Midozolam - 3mg + Fentanil - 75mcg</i>		APLICADA	AS.	EFEITO				
AGE- SÍNCRONOS LÍQUIDOS	0°	INDUÇÃO						
	<i>Metformina 1500ml</i>	Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	Laringo espasmo: _____	Lenta: _____	Náuseas: _____ Vômitos: _____	
CÓDIGOS VP, AP, PULSO O, RESPIRAÇÃO AX, ANESTESIA O, OPERAÇÃO	260	MANUTENÇÃO						
	240	<i>Glucagon 20ml - 100ml - 100ml - 100ml</i>	220	<i>Glycero x metabasa - 100ml</i>	200	<i>Ondutinor - 40ml</i>	180	<i>Midazolam - 50mg</i>
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	160	<i>Dipirona - 2g</i>	140	<i>Bicarbonato - 40ml</i>	120	<i>Paracetamol - 2g</i>	100	<i>Salbutamol - 200mcg</i>
	80	<i>Metformina 1500ml</i>	60	<i>Atropina - 0,5mg</i>	40	<i>Glucagon 20ml - 100ml - 100ml - 100ml</i>	20	<i>Glucagon 20ml - 100ml - 100ml - 100ml</i>
POSição AGENTES TECNICA OPERAÇÃO CIRURGIOS ANESTESISTAS OBSERVAÇÕES	<i>Sim - Não</i>							
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, 60kg → Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		ANESTESIA SATISFAZENTE Sim _____ Não _____						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		Não, por quê? _____						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		DESPERTAR						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		Reflexos na SO: _____						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		Náuseas: _____ Vômitos: _____						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		Outros: _____						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		Com cânula: _____						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		Para o Leito Sim _____ Não _____						
Síntese Anestesia / Análgesia, Guiazo para uso, superclavicular, Injetar (1) + (2), sem gástricos resfriados		CONDIÇÕES: _____						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.		PERDA SANGUÍNEA						

MOD. 06B

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente: Mauri Oliveira

Alojamento: ok Leito 6 Convênio ok de Comodato

Evolução Médica

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/05/2019	1. Dieta <u>lact</u>	10:00	<u>Ok, Muito doloroso.</u>
	2. SRL 1500ml EV/24h	10:30	<u>Ok</u>
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h	10:30	<u>Ok</u>
	4. Zofenil 20mg + AD EV 12/12h	10:30	<u>Ok</u>
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	10:30	<u>Ok</u>
	6. Tramal 1000mg + 1000ml SF 0,9% EV 8/8h SN	10:30	<u>Ok</u>
	7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	10:30	<u>Ok</u>
	8. Clexane 40mg SC/dia	10:30	<u>Ok</u>
	9. SSWV + CCGG	10:30	<u>Ok</u>

*Dr. Herbert Pereira
S.º da Trauma e Coluna
Dr. Ademar Góis*

*Dr. Herbert Pereira
S.º da Trauma e Coluna
Dr. Ademar Góis*





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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800074-95.2019.8.15.0831

DESPACHO

Vistos, etc.

INTIME-SE a parte autora, por intermédio do seu advogado, para juntar aos autos, no prazo de 15 (quinze) dias, o requerimento administrativo prévio perante a seguradora, sob pena de indeferimento da inicial.

CACIMBA DE DENTRO, 4 de junho de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: RUSIO LIMA DE MELO - 05/06/2019 18:21:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060518210046600000021072786>
Número do documento: 19060518210046600000021072786

Num. 21692084 - 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: 0800074-95.2019.8.15.0831

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 cumprir o despacho id 21692084.

Advogado: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA OAB: PB16689 Endereço: desconhecido

CACIMBA DE DENTRO, em 6 de junho de 2019.

De ordem, VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA
Mat. 4767390



Assinado eletronicamente por: VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA - 06/06/2019 09:58:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060609584205400000021170414>
Número do documento: 19060609584205400000021170414

Num. 21794346 - Pág. 1

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

PROCESSO N° 0800067-06.2019.815.0831

MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO, 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: 21692084.

Documento segue em anexo.

Nestes termos,

Pede DEFERIMENTO.

Cacimba de Dentro-PB, 26 de junho de 2019.

JOÃO FERREIRA FURTADO NETO

OAB/PB 6.489



POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA

OAB/PB 16.689



Assinado eletronicamente por: POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA - 26/06/2019 20:10:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062620102484700000021609255>
Número do documento: 19062620102484700000021609255

Num. 22260650 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO

Nº Sinistro: 3180028585
Vitima: MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO
Data do Acidente: 05/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180028585**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12248540





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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800074-95.2019.8.15.0831

DESPACHO

Vistos, etc.

Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, 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 NCPC), apresente resposta.

CACIMBA DE DENTRO, 1 de agosto de 2019.

Juiz(a) de Direito





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
Vara Única de Cacimba de Dentro**

PROCESSO N° 0800074-95.2019.8.15.0831

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Endereço: R SENADOR DANTAS, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

CACIMBA DE DENTRO-PB, 4 de agosto de 2019.

VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA
Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA - 04/08/2019 11:35:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080411354367300000022527665>
Número do documento: 19080411354367300000022527665

Num. 23235039 - Pág. 1

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

19052113121305100000020738810



Assinado eletronicamente por: VIVIANY CHRISTINE RODRIGUES DA SILVA - 04/08/2019 11:35:43
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080411354367300000022527665](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080411354367300000022527665)
Número do documento: 19080411354367300000022527665

Num. 23235039 - Pág. 2

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins, que deixei de cumprir o presente mandado em virtude de não localizar cujo
ENDEREÇO É DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - RJ.

13 de agosto de 2019

DEJOCES FERREIRA SALES - Oficial de Justiça



Assinado eletronicamente por: DEJOCES FERREIRA SALES - 13/08/2019 12:25:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081312250347400000022737961>
Número do documento: 19081312250347400000022737961

Num. 23457581 - Pág. 1