

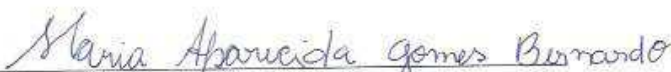
PROCURAÇÃO AD JUDICE ET EXTRA

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 "adjudicia 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





IRENE GOMES BERNARDO
RUA PRES EPITACIO PESSOA, 382 - NOVO
CACIMBA DE DENTRO / PB CEP: 58230000 (AG: 62)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 48 - 525 - 340
Nº medidor: 00091151353

Referência: Jun/2017
Emissão: 12/06/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-090
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.486.282
Código para Débito Automático: 00001742881

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: 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

5709659457
Ins. Est.

Faturas em atraso

Histórico de Consumo
(kWh)

May/17	78
Abr/17	71
Mar/17	87
Fev/17	78
Jan/17	78
Dez/16	66
Nov/16	72
Out/16	69
Set/16	74
Ago/16	60
Jul/16	68
Jun/16	61

Média dos últimos meses:
78

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 12/05/17 Leitura: 10890	Data: 12/06/17 Leitura: 10982	1	92	31

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 50kWh-BR	30	0,14634	4,39
Consumo - 31 a 100kWh-BR	62	0,25007	15,50
Adic. B. Veremeta			0,73
Subsídio			18,98
ICMS			12,40
PIS			0,55
COFINS			2,54
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			6,00
JUROS DE MOROSIDADE			0,16
MULTA 05/2017			0,05
Devolução Subsídio			-18,98

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	53,82	25,00	13,45
PIS	53,82	1,0319	0,55
COFINS	53,82	4,7406	2,54

VENCIMENTO **20/06/2017**

TOTAL A PAGAR

R\$ 40,48

23e5.f18e.3c19.34fb.1855.1d75 be7d.849d.

Indicadores de Qualidade 4/2017 - Anual

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,47	3,43
ICQ TRIMESTRAL	12,94	
ICQ ANUAL	25,98	
FIC MENSAL	3,48	2,00
FIC TRIMESTRAL	6,97	
FIC ANUAL	13,95	
DMC	3,60	3,13
DCAI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Geração de Tráfego da Energia PB	6,99	17,29
Compra de Energia	6,17	15,24
Serviço de Transmissão	0,48	1,19
Encargos Setoriais	7,52	18,58
Impostos Federais e Estaduais	22,32	55,14
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	40,48	100,00

Valor em USD (R\$ 4/2017) R\$ 7,54

ATENÇÃO

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



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



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 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 Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de Polícia Civil, aí 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

HISTORICO

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 TITAN KS, ANO MODELO 2000, COR VERMELHA, PLACA MOI 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 Barela 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

Evangolista Xavier Luna

Escrivão Ad-Hoc. Mat 137.134.0



DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013026890218
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA COD. RENAVAM RNTAC EXERCÍCIO
1 0073196135-8 00/00000000 2017

NOME

JOAO FERREIRA DE LIMA

PLACA
02440810428

PLACA
MOI3112/PB

PLACA ANT. / UF
NNVO PE

CHASSI
9C24C34181R032838

FABRICANTE
FAS/MOTOCICLOS, NAO APPLIC

COMBUSTÍVEL
GRSOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / GS 125 TITAN FS

ANO FAB. / ANO MOD.
2000 / 2000

CAP. / POT. / CIL.
2 / 124 / CI

CATEGORIA
PARTIC

COR. PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC. / COTAS
1º

TAXA L.P.V.A.
0

PARCELAMENTO / COTAS
2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) --- ICF (R\$) --- PRÊMIO TOTAL (R\$)
SEGURO F.A.G.O. 02/03/2017

OBSERVAÇÕES

SIM RESERVA DE DOMÍNIO

SOLANCA - PB 02/03/2017

31623 15339

[illegible]

SINISTRO 3180028585 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

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.

Data do Pagamento				Valor da Indenização		Valor a Receber		Valor Total	
27/02/2018				R\$ 1.687,50		R\$ 0,00		R\$ 1.687,50	





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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA
CÓDIGO DO CNES: 2613409 CNPJ: 08.929.648/0001-59
ENDERECO: RUA SEVERINO CAMARA DA CUNHA
MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO ESTADO: PARAIBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Marcelo SEXO: M IDADE: 26
PO-ÍSSAO: 10.10.1991 DOCUMENTO: RG: 36.050.036
ENDERECO: Rua 1005, 2933-8 ESTADO: Paraíba UF: PB
MUNICÍPIO: Cacimba de Dentro CNES: 306.1005.2933-8
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 5703006 DATA DO ATENDIMENTO: 05.07.19
DATA DO NASCIMENTO: 10.10.1991

RAÇA / COR
☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - PARDA
☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Tratando das suas anotações de modo, que sua
letra em uma cadela, com palavras e frases
de difícil leitura, em que sua letra
seja - por fim - clara.*
As anotações, em: cadela
Realiza prática ABCDE, com a seguinte
em cima + embaixo de Tabela

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

PROCEDIMENTO - descrição

958P/SP

DIAGNÓSTICO:

CID - 10

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO

☐ 1 - PRESCRITA ☐ 2 - OBSERVAÇÃO ☐ 3 - RESIDÊNCIA
☐ 4 - APLICADA ☐ 5 - INTERNAÇÃO ☐ 6 - OUTRO HOSPITAL
☐ 7 - DE 10 ☐ 8 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2 - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3 - ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

CNS

CBO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Dr. Luciano Pontes C. Filho
Médico

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO ADMINISTRADOR - carimbo



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Alana Aparecida Gomes Moura</u>	Bairro: <u>3182</u>
End: <u>rua lagoa verde</u>	Documento de Identificação: <u>30000000</u>
Data de Nascimento: <u>23.10.91</u>	Data do Atendimento: <u>05.07.17</u> Hora: <u>03:00</u> Documento: <u>de Bento</u>
Queixa: <u>sem</u>	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"/> Fâceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocrada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

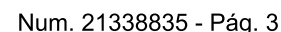
Enfermeira

REN-PB 310124

MOD. 110



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente Maurice Aparecido Gomes Barreto		Nº Prontuário	
Data da Operação 12/07/17	Enf. responsável 2	Leito 7-1	
Operador Dr. Aristóteles		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 Osteossintese			
Diagnóstico Pós-Operatório Fx colo cabeça Rádio (D) + Processo coronoide (D)			
Relatório Imediato da Patologia Ø			
Exame Radiológico no Ato Sim			
Acidente Durante a Operação Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDA sob efeito anestésico.
2) Assepsia + Antissepsia + Anestesia em Campos Estéreis.
3) Incisão em via de Koch + Dissecção por planos + Hemostasia.
4) Posicionamento da Anca JOL 5.0 pt fixação de fratura da porção coronoide (D) após redução aberta de fratura.
5) Evidenciada fratura colo de cabeça do rádio completa.
6) Osteossíntese com 02 parafusos 3,4 Herbert na 26.
7) Plastia de ligamento capsular.
8) Lavado de FO com SF 0,9%.
9) Sutura por planos.
10) Tala Axila-palmar em MSD.

Yury de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

Mod. 016

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestesia		
Paciente:	Marina Aparecida Gomes Bernardes	Idade: 25
Convênio:		Data: 12.09
Procedimento:	Trat cirúrgico e filoseal de falange de costela	
Cirurgião:	Dr Aristoteles	Anestesista:
Início:	14:00	Anestesia: bloqueio Sedocal
	Término: 15:30	

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

MOD. 1

Relatório de Operação

MOD. 103



Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

PRONTUARIO:

1463501

PAUSA CIRÚRGICA

☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- SITIO CIRÚRGICO

• PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

8 REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS

D REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS

PRÔTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO

DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO

HA QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU

QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

23

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

WPS

NÃO SE APLICA
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

NÃO SE APLICA

Assistent: A. Drenth
loc. de ontmoeten
COREN - 203250

Num. 21338844 - Pág. 1



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Maria Aparecida Gomes Batista</u>			
IDADE: <u>25</u>	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às</u> : <u>h</u>	
SETOR: <u>1010</u>		LEITO: <u></u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u></u>			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS: <u></u>	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS: <u></u>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS: <u></u>	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL: <u></u>	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input 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 checked="" 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"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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: <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 checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>pele rompida</u>		
<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 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:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRÉSCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO: <u>10</u>	ASSINATURA	
<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 CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<u>17 p</u>		
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<u>continua</u>		

MOD 125



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>MANO APARELDA GOMES BERNARDO</u>		IDADE: <u>25</u>	SEXO: <u>F</u>	COR:																
DATA: <u>12/07/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>130 x 80</u>	PULSO: <u>100</u>	RESPIRAÇÃO: <u>EUPNEICA</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>	PESO: <u>60kg</u>	ALTURA:																
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:																
URINA:				ASMA: <u>NÃO</u>		BRONQUITE:																
AP. RESPIRATÓRIO: <u>NÃO</u>				ELETROCARDIOGRAMA:																		
AP. CIRCULATÓRIO: <u>NÃO</u>																						
AP. DIGESTIVO: <u>SEM</u>		DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:																		
ESTADO MENTAL: <u>ORIENTADA</u>		ATARÁXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA: <u>NÃO</u>		HIPOTENSORES:																
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de cotovelo</u>				ESTADO FÍSICO: <u>7</u>		RISCO:																
ANESTESIAS ANTERIORES:																						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>MIDAZOLAM - 3mg + Fentanil - 75mcg</u>				APLICADA:	AS:	EFEITO:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGE ANESTÉSICOS</th> <th>INDICAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Satisf.:</td> <td>Excit.:</td> </tr> <tr> <td>Laringo espasmo:</td> <td>Lenta:</td> </tr> <tr> <td>Náuseas:</td> <td>Vômitos:</td> </tr> <tr> <td>Outros:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							AGE ANESTÉSICOS	INDICAÇÃO	Satisf.:	Excit.:	Laringo espasmo:	Lenta:	Náuseas:	Vômitos:	Outros:							
AGE ANESTÉSICOS	INDICAÇÃO																					
Satisf.:	Excit.:																					
Laringo espasmo:	Lenta:																					
Náuseas:	Vômitos:																					
Outros:																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>LIQUIDOS</th> <th>MANUTENÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>300ml 100 - 100 - 100 - 100</u></td> <td><u>3) Cefazolin - 2g</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>4) Dexametasona - 10mg</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>5) Ibuprofeno - 400mg</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>6) Paracetamol - 500mg</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>7) Dipirona - 2g</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>8) Lidocaína - 40mg</u></td> </tr> </tbody> </table>							LIQUIDOS	MANUTENÇÃO	<u>300ml 100 - 100 - 100 - 100</u>	<u>3) Cefazolin - 2g</u>		<u>4) Dexametasona - 10mg</u>		<u>5) Ibuprofeno - 400mg</u>		<u>6) Paracetamol - 500mg</u>		<u>7) Dipirona - 2g</u>		<u>8) Lidocaína - 40mg</u>		
LIQUIDOS	MANUTENÇÃO																					
<u>300ml 100 - 100 - 100 - 100</u>	<u>3) Cefazolin - 2g</u>																					
	<u>4) Dexametasona - 10mg</u>																					
	<u>5) Ibuprofeno - 400mg</u>																					
	<u>6) Paracetamol - 500mg</u>																					
	<u>7) Dipirona - 2g</u>																					
	<u>8) Lidocaína - 40mg</u>																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGOS</th> <th>ANESTESIA SATISF.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VP: ART. - VAL. O. PULSO O. RESPIRAÇÃO</td> <td><u>Sim</u></td> </tr> <tr> <td>AX: ANESTESIA O. OPERAÇÃO</td> <td><u>Não</u></td> </tr> </tbody> </table>							CÓDIGOS	ANESTESIA SATISF.	VP: ART. - VAL. O. PULSO O. RESPIRAÇÃO	<u>Sim</u>	AX: ANESTESIA O. OPERAÇÃO	<u>Não</u>										
CÓDIGOS	ANESTESIA SATISF.																					
VP: ART. - VAL. O. PULSO O. RESPIRAÇÃO	<u>Sim</u>																					
AX: ANESTESIA O. OPERAÇÃO	<u>Não</u>																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</th> <th>DESPERTAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Blow -> Asepsia/A-asepsia, Guiso por uso, Supraclavicular, T-3 e T-4, sem intercorrente-UPS</u></td> <td>Reflexos na SO:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Obstr.: Co.: Excit.:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Náuseas: Vômitos:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Com cânula:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Paro o Leito: Sim Não</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CONDIÇÕES:</td> </tr> </tbody> </table>							SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	DESPERTAR	<u>Blow -> Asepsia/A-asepsia, Guiso por uso, Supraclavicular, T-3 e T-4, sem intercorrente-UPS</u>	Reflexos na SO:		Obstr.: Co.: Excit.:		Náuseas: Vômitos:		Outros:		Com cânula:		Paro o Leito: Sim Não		CONDIÇÕES:
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	DESPERTAR																					
<u>Blow -> Asepsia/A-asepsia, Guiso por uso, Supraclavicular, T-3 e T-4, sem intercorrente-UPS</u>	Reflexos na SO:																					
	Obstr.: Co.: Excit.:																					
	Náuseas: Vômitos:																					
	Outros:																					
	Com cânula:																					
	Paro o Leito: Sim Não																					
	CONDIÇÕES:																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>POSICÃO</th> <th>AGENTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>DPH</u></td> <td><u>1) Lidocaína 2% / vaso - 15ml 2) Bupivacaína 0,5% / vaso - 15ml</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							POSICÃO	AGENTES	<u>DPH</u>	<u>1) Lidocaína 2% / vaso - 15ml 2) Bupivacaína 0,5% / vaso - 15ml</u>												
POSICÃO	AGENTES																					
<u>DPH</u>	<u>1) Lidocaína 2% / vaso - 15ml 2) Bupivacaína 0,5% / vaso - 15ml</u>																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TECNICA</th> <th>CÂNULAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Blow. Flexo Progresso</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							TECNICA	CÂNULAS	<u>Blow. Flexo Progresso</u>													
TECNICA	CÂNULAS																					
<u>Blow. Flexo Progresso</u>																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>OPERAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Fract. in. Fract. Cotovelo</u></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>							OPERAÇÃO	<u>Fract. in. Fract. Cotovelo</u>														
OPERAÇÃO																						
<u>Fract. in. Fract. Cotovelo</u>																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CIRURGIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Dr. Aristoteles + Dr. Wagner (12)</u></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>							CIRURGIOS	<u>Dr. Aristoteles + Dr. Wagner (12)</u>														
CIRURGIOS																						
<u>Dr. Aristoteles + Dr. Wagner (12)</u>																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANESTESISTAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Adriano Lima</u></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>							ANESTESISTAS	<u>Adriano Lima</u>														
ANESTESISTAS																						
<u>Adriano Lima</u>																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBSERVAÇÕES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Fratura de cotovelo</u></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>							OBSERVAÇÕES	<u>Fratura de cotovelo</u>														
OBSERVAÇÕES																						
<u>Fratura de cotovelo</u>																						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA																

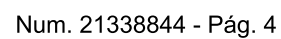
MCO. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRP8



✓

Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Exames de Raios
(Lux Esqueléticos)

Paciente: Mina Aparecida Gomes Diniz, 25 Alojamento: 7-1 Convênio: 7-1

Data: 12/4 1 DIETA LIVRE após Prescrição Médica

D-0 2 SRL 1500ML EV P/24H

D-1 3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H

4 GENTAMICINA 240MG + 100ML SG 5% EV 1X DIA

5 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H

6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H

7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN

8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM

9 CLEXANE 40MG SC 1X DIA (5mg/ml)

10 SSV+CCGG

11 Curativo Jélie

12 Estender Demolico

13

Ymy de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 11907

Ymy de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 11907

Obs: Se estiver falar na consulta
de retorno.

13/4 Alta Hospitalar e retorno
ambulatorial em 3 dias

+ Afis + Aris pl art +
Arts no tron de tela entre

do retorno. + fisioterapia

Evolução Médica
#ORTOPEDIA

1.º DH

Rec. evoluf. sl quiron

col. Vm
de Curativo hof.

Ymy de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 11.907

Pos

Parar submisso a proce-
dimento cirurgico ortopedico
em interconexão
No momento em vaza.

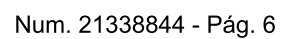
Ad. Vm
pl controle

Ymy de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 11907



42

Dr. S. H. Herbert
Osteopath, 11th and Colburn
Chicago, Ill. 5523





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





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



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

PROCESSO Nº 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



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA GOMES BERNARDO**

Nº Sinistro: **3180028585**

Vítima: **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

Pag. 01513101514 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Nº 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



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



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

