



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO E DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE ESPERANÇA/PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE REMÍGIO/PB



ATÓRIO UNICO DE REMÍGIO
ESTADO DA PARAÍBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta
original do
reprodução



20/07/2017

Mércim Serrallhi dos Santos
ESCREVENTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 010/2017

SELO DIGITAL: AFR 48 811-5369

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Versando sobre Lesão corporal no trânsito

Hora e data do fato: Às 18:00, do dia 22 de julho de 2017.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:00, do dia 31 de julho de 2017.

Local do Ocorrido: RUA LINDOLFO DE AZEVEDO DANTAS, FREITAS, REMÍGIO/PB

COMUNICANTE: MARCOS ANDRÉ DE ALMEIDA, CONHECIDO POR 'MARCOS DO PORTÃO', do sexo masculino, nascido no dia 17/02/1978, com 39 anos de idade, ID: 2.511.186-SSP/PB, CPF: 041.784.014-40, SERRALHEIRO, filho de MANOEL ANDRÉ DE ALMEIDA e de HONORINA BATISTA DE SOUZA, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de AREIA/PB, BRASILEIRA, residente na RUA LINDOLFO DE AZEVEDO DANTAS, 51, bairro FREITAS, na cidade de REMÍGIO, PB, celular Nº 99916-9843

VÍTIMA: MAYRA SANTOS BELMINO, do sexo masculino, nascido no dia 13/06/2000, com 17 anos de idade, ID: 4.308.100-SSP/PB, CPF: 130.685.284-61, ESTUDANTE, filho de CARLOS TADEU BELMINO DE SOUZA e de GIDELMA DA SILVA SANTOS, escolaridade: MÉDIO INCOMPLETO, SOLTEIRA, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na RUA LINDOLFO DE AZEVEDO DANTAS, 51, bairro FREITAS, na cidade de REMÍGIO, PB

TESTEMUNHAS:

1 -ELIENE DOS SANTOS BANDEIRA, do sexo masculino, nascido no dia 22/09/1975, com 41 anos de idade, ID: 1.814.766-SSP/PB, CPF: 035.776.284-30, COMERCIANTE, filho de JOSÉ ISIDORIO DOS SANTOS e de JOSEFA FELIX DOS SANTOS, escolaridade: SEM INSTRUÇÃO, CASADA, natural de SERRARIA/PB, BRASILEIRO, residente na RUA LENI GARCIA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO, PB, celular Nº 998524064.

2- PEDRO JAILSON DOS SANTOS, CONHECIDO POR DODÔ, do sexo masculino, nascido no dia 29/06/1987, com 30 anos de idade, ESTUDANTE, filho de ANTOONIO MARIO DOS SANTOS e de MARIA NAZARETH DOS SANTOS, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de REMÍGIO/PB, BRASILEIRO, residente na RUA DESEMBARGADOR DR. SEMEÃO CANANEIA, 77, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO, PB, celular Nº 99969-8983.

MJL



ACUSADO: PAULO JOSÉ DE ARAUJO FERNANDES, CONHECIDO POR "PAULO LOLO", do sexo masculino, nascido no dia 02/03/1995, com 22 anos de idade, ID: 4.027.056-SSP/PB, CPF: 701.762.794-66, PINTOR, filho de PEDRO FERNANDES e de MARIA DO CARMO PAULINO DE ARAUJO, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, SOLTEIRO, natural de VITÓRIA ST ANTÃO/PE, BRASILEIRO, residente na SITIO FURNAS, bairro ZONA RURAL, na cidade de AREIA, PB

HISTÓRICO: QUE no dia e hora supramencionados o comunicante conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA / POP 100, CATEGORIA PARTICULAR, de cor PRETA, CATEGORIA PARTICULAR, ANO:FAB/MOD :2008/2009, PLACA: MON 1205/PB, CHASSI: 9C2HB02109R008206, RENAVAL: 0098895905-4, cujo documento encontra-se licenciado em nome de ALEXANDRE MATIAS DE LIMA, tendo como carona, a sua enteada, MAYRA SANTOS BELMINO, de 17 anos de idade, quando ao sair de sua residência foi colhido pelo veículo RENAULT/SANDERO EXP 16HH , ANO: 2013/2013, DE COR VERMELHA, PLACA: OFY-7756/PB, pertencente a pessoa de JOSÉ RENATO SOUZA PAULINO; QUE posteriormente tomou conhecimento de que quem conduzia o referido veículo era a pessoa conhecida por PAULO LOLO, amigo de RENATO; QUE após colidir com a motocicleta PAULO saiu com o veículo em disparada e não socorreu a vítima; QUE o comunicante não sofreu nenhuma lesão, entretanto MAYRA, que estava como carona, ao cair, sofreu lesões na perna esquerda e na face; QUE a vítima foi socorrida para o Hospital de Traumas na cidade de Campina Grande/PB, onde foi cirurgiada e permaneceu internada até o dia 24/07/2017; QUE posteriormente o comunicante procurou RENATO para lhe pedir que informasse quem era a pessoa que conduzia o veículo SANDERO na ocasião do acidente, mas RENATO se negou a informar, apenas disse que não sabe dirigir e que não estava dirigindo o seu veículo no momento da colisão. QUE O COMUNICANTE EXPRESSA O DESEJO DE REPRESENTAR CRIMINALMENTE EM DESFAVOR DE PAULO JOSÉ DE ARAUJO FERNANDES, CONHECIDO POR "PAULO LOLO".

AUTORIDADE

MARIA DO SOCORRO DA SILVA

COMUNICANTE

Marcos André de Almeida
MARCOS ANDRÉ DE ALMEIDA

ESCRIVÃO

JOSENILDO NICOLAU DA COSTA "AD-HOC"





99589166



JOSE ANTONIO DOS SANTOS
RUA UNOLFO AZEVEDO DANTAS, 71 / R. LUIZ FAUSTINO - CENTRO
REMIGIO / PB CEP: 58360000 (AG 71)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-220, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 59071-060
Roteiro: 12 - 73 - 285 - 4480 Referência: Jul / 2017
Nº medidor: 00090670745 Emissão: 20/07/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.182.100/01-40 Insc. Est. 16.015.822-40
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.912.747
Código para Débito Automático: 00008136475

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

Conta referente a Jul / 2017 Apresentação 20/07/2017 Data prevista da próxima leitura 22/08/2017 CPF / CNPJ / RANI 58633596415 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/813647-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Prezado Cliente:
A partir deste mês, as contas contarão com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, alíquotas, tarifa e composição da fatura. O valor da tarifa, passou a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 21/08/17	Data 20/07/17			
Leitura 15509	Leitura 15611	1	102	29

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alig.	ICMS(R\$)	Base Calc.	PIS(R\$)	COFINS(R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,213690	6,41	6,41	27	1,73	6,41	0,05	0,23
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,368300	25,84	25,84	27	6,92	25,84	0,20	0,95
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	2,000	0,549470	1,09	1,09	27	0,28	1,09	0,01	0,04
0801	Adic. B Amarela			1,09	1,09	27	0,28	1,09	0,01	0,04
0810	Subsídio			32,82	32,82	27	8,81	32,82	0,28	1,21

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB. ILM. PUBLICA	9,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2017	0,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2017	1,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio	-22,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 55,86 55,86 13,04 55,86 0,59 2,47

Média últimos meses (kWh) 137 **VENCIMENTO 27/07/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 55,86**

Histórico de Consumo (kWh)
Jun/17 | 139 | 140 | 159 | 128 | 128 | 183 | 153 | 140 | 104 | 110 | 110
Jun/17 | Mar/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16 | Set/16 | Ago/16 | Jul/16

RESERVADO A RECD
faec.fbcd.95c3.1297.8ref.1781.c2ec.e9cc.

Indicadores de Qualidade				5/2017 - Esperança	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)
DIC MENSAL	0,09	NOMINAL	220	Serviço de Dist. da Energia/PB	8,64
DIC TRIMESTRAL	1,00	CONTRATADA	202	Compra de Energia	11,13
DIC ANUAL	0,09	LIMITE INFERIOR	202	Serviço de Transmissão	0,59
DIC MENSAL	0,09	LIMITE SUPERIOR	231	Encargos Setoriais	3,11
DIC TRIMESTRAL	1,00			Impostos Diretos e Encargos	32,29
DIC ANUAL	0,09			Outros Serviços	0,00
DIC MENSAL	0,09			Total	55,86
DIC TRIMESTRAL	1,00				100,00
DIC ANUAL	0,09				

Valor do EUSD (Ref. 5/2017) R\$ 18,83

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$22,34.
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

PARAIBA

Roteiro: 12 - 73 - 285 - 4480
Matrícula: 813647-2017-07-2

VENCIMENTO 27/07/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 55,86

83610000000-6 55860054000-6 08136472017-7 07200730019-6



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MON1205**2017****ALEXANDRE MATIA**[Imprimir Consulta](#)**MON1205**Último Licenciamento: **2017**Proprietário: **ALEXANDRE MATIA**Placa: **MON1205**Combustível: **GASOLINA**Marca/Modelo: **HONDA/POP100**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**Ano de Fabricação: **2008**Ano Modelo: **2009**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **PRETA**Vencimento Licenciamento: **31/07/2017**

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: **PICUI**Situação: **EM CIRCULACAO**Data da Consulta: **30/10/2017****PASSA / MOTOCICLET****GASOLINA****HONDA/POP100****2008 2009****PARTICULAR PRETA****31/07/2017****PICUI****30/10/2017**

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OFY7756

2017

JOSE RENATO SOU

Imprimir Consulta

OFY7756

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: JOSE RENATO SOU

Placa: OFY7756

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: RENAULT/SANDERO EXP
16HP

PASSA / AUTOMOVEL

ALCO/GASOL

RENAULT/SANDERO EXP
16HP

2013 2013

Espécie/Tipo: PASSA / AUTOMOVEL

Ano de Fabricação: 2013

Ano Modelo: 2013

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 31/08/2017

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: REMIGIO

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 30/10/2017

PARTICULAR VERMELHA

31/08/2017

ALIENACAO FIDUCIARIA

REMIGIO

30/10/2017



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **GIDELMA DA SILVA SANTOS**
Nº Sinistro: **3170631898**
Vítima: **MAYRA SANTOS BELMINO**
Data do Acidente: **22/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170631898**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 0089300894 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1209673





(7)



Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

 (/Pages A A O)
/Acessibilidade.aspx)

(/Pages

/Atalhos-

de Teclado.aspx)

Documentos Despesas
Médicas (/Pages
/Documentacao-
Despesas-
Medicas.aspx)
Documentos Invalidez
Permanente (/Pages
/Documentacao-
Invalidez-
Permanente.aspx)
Documento Morte
(/Pages
/Documentacao-
Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-
Indispensaveis-
Para-Pedir-
a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages
/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos
Efetuados (/Pages
/Consulta-
a-Pagamentos-
Efetuados.aspx)
Informações Gerais
(/Pages/Informacoes-
Gerais-Sobre-

- DECLARAÇÃO INCL. CONF. 11
- OUTRO-VÍTIMA
- CIRCULAR
- AUTORIZAÇÃO DE PAG. 11

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170631898 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MAYRA SANTOS BELMINO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624**BENEFICIÁRIO MAYRA SANTOS BELMINO****CPF/CNPJ:** 13068528461**Posição em 01-02-2018 18:50:36**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os.

01/02/2018 17:53



[o-Pagamento.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Declaração
Circular SUSEP
445/12

Beneficiário

Não
ConformeEDUARDO DE
LIMA
NASCIMENTO

Autorização de
pagamento

Representante

Não
ConformeGIDELMA DA
SILVA SANTOS

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Exigência Documental	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	

ASSINE NOSSA
NEWSLETTER

Nome

E-mail

AC

Cidade

Enviar



Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulte a Pagamentos (/Pages/Consultar-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Autoatendimento (/Seguro-DPVAT/autoatendimento)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

Assine nossa Newsletter

Nome

E-mail

Cidade

AC

Enviar

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GIDELMA DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3170631898**
Vitima: **MAYRA SANTOS BELMINO**
Data do Acidente: **22/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170631898**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12888290

Pag. 00509/00510 - carta_16 - INVALIDEZ



DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARANTE: MAYRA SANTOS BELMINO, brasileira, solteira, agricultora, inscrita no RG nº 4.308.100 — SSP-PB e portadora do CPF nº 130.685.284-61, residente e domiciliada na Lindolfo Azevedo Dantas, nº 71, Remígio — PB, CEP: 58.398-000, Fone: (83) 9 9958-9166.

DECLARO com base no Artigo 98 do Novo CPC, que: "sou pobre perante a Lei, e não dispondo de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família."

DECLARO, ainda, ser conhecedora das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeita caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Remígio, 02 de Janeiro de 2019.

Mayra Santos Belmino
Declarante





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
Secretaria Municipal de Saúde
SAMU



Rua: Dr. Luiz Bronzeado, S/N – Centro – Remígio - PB

REMIGIO, 22/08/2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU – Remígio - PB. Prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente MAYRA SANTOS BELMINO, vítima de acidente automobilístico, atendido no dia 22 de JULHO de 2017. O mesmo foi encaminhado ao Hospital de Trauma de Campina Grande-pb.


ISAAC EMANOEL DIAS FERREIRA
Coordenador do SAMU-REMIGIO
CPF: 082.683.904-50
Coren- PB: 267661





ORG.: DARLEI
Serviços e Acessórios
Rua Manoel Tobias Vitorio, 10
Fone: (83) 9809-4418
Centro - Remigio - PB

NOTA DE CONFERÊNCIA

Data 26/04/14

Cliente: _____

End.: _____

Placa: _____

Fone: _____

Quant.	Descrição	Unit.	Valor
03	ESTRIBO POR		35,00
03	PARRA DE AMPLIFICADOR		130,00
01	GUARDAR DA MOTO		50,00
02	MANEJA		16,00
01	RETOGUIDOR		17,00
03	CABEÇOTE		65,00
03	ILUMINADO		35,00
01	LUBR. T-2. PAR		100,00
01	DISC. COMP. PAR		50,00
03	BALANÇO		152,00
TOTAL			602,00

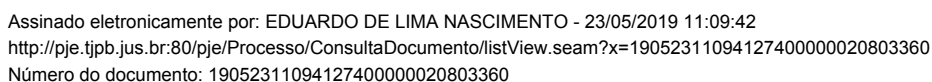
Gráfica Costa - 83 3361-1284

ASSINATURA _____



1 P-01

1 P-01



Dra. Valdegilma Rossana Daniel Oliveira
Cirurgiã-Dentista - Ortodontista
CRO-PB 2720 - CPF: 854.181.294-49
Rua Francisco Machado, 120 - Lagoa Parque
Centro - 58398-000 - Remígio - PB
Fone: (83) 9626.9697 - Cel.: (83) 9360.3644



R\$ # 1.000,00 #

Recebi(emos) de Epidelma da Silva Santos
CPF 043.834.104-05
a importância de Um mil reais

referente a primeira parcela de tratamento odontológico
realizado em Dayra Santos Belmino
Remígio, 31 de agosto de 20 17

Assinatura Dra. Valdegilma R. D. Oliveira
CIRURGIÁ-DENTISTA
CRO/PB 2720

Dra. Valdegilma Rossana Daniel Oliveira
Cirurgiã-Dentista - Ortodontista
CRO-PB 2720 - CPF: 854.181.294-49
Rua Francisco Machado, 120 - Lagoa Parque
Centro - 58398-000 - Remígio - PB
Fone: (83) 9626.9697 - Cel.: (83) 9360.3644



R\$ # 1.000,00 #

Recebi(emos) de Epidelma da Silva Santos
CPF 043.834.104-05
a importância de Um mil reais

referente a Tratamento odontológico realizado em
Dayra Santos Belmino - 2ª parcela.
Remígio, 19 de outubro de 20 17

Assinatura Dra. Valdegilma R. D. Oliveira
CIRURGIÁ-DENTISTA
CRO/PB 2720



PROMEDIL - PRODUTOS MÉDICOS LTDA.

Produtos Médicos, Hospitalares, Cadeiras de Rodas e Higiênicas, Muletas, Bengalas, Bastões, Meias Compressivas, etc.

Insc. Est.: 16.020.089-0 - CNPJ 08.328.684/0001-67

Av. Floriano Peixoto, 139 - Centro - Fone: (0**83) 3321-9037 - Fax: (0**83) 3341-2281

E-mail: promedil@yahoo.com.br - CEP 58400-165 - Campina Grande - Paraíba

PEDIDO DE COMPRA		Data 25/07/17				
CLIENTE <u>GIBELMA</u>						
ENDEREÇO						
CIDADE <u>C. GRANDE</u>		ESTADO	FONE			
CNPJ		INSC. ESTADUAL				
CONDIÇÕES						
QUANT.	PRODUTOS E APRESENTAÇÕES	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL			
01	APARATELA PLASTICO	20,00	20,00			
FATO						
				TOTAL R\$		20,00
				VENDEDOR		CLIENTE

CAMPINAS: (03) 3085-3801 - 110 Telões 50x2 - 08/2016



rede VIA CLIENTE
 PRODUTOS
 AV. DA FLORIANÓPOLIS
 CREDITO PARCELADO ESTABELECE
 TOTAL:
 PARCELAS:
 HIPERCARD
 AUTO: 093041

ARD
 08328684-0001-67
 CAMPINA GRANDE
 R\$ 110,00
 03 A R\$ 36,67
 31-05-17 - 11/05-18

PRODUTOS MÉDICOS LTDA.

talares, Cadeiras de Rodas e Higiênicas, Muletas,
 Bastões, Meias Compressivas, etc.
 020.089-0 - CNPJ 08.328.684/0001-67
 entro - Fone: (0**83) 3321-9037 - Fax: (0**83) 3341-2281
 com.br - CEP 58400-165 - Campina Grande - Paraíba

BO DE COMPRA Data **31/08/17**

ENDEREÇO		ESTADO	fone
CIDADE Campina		INSC. ESTADUAL	
CNPJ			
CONDIÇÕES			
QUANT.	PRODUTOS E APRESENTAÇÕES	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
02	MULETAS CAVABOLSE GLC LILAS	55,00	110,00
FAC / CARTÃO HIPERCARD 3 x 36,67			
TOTAL R\$			110,00
VENDEDOR		CLIENTE	

CAMP/GRAP: (83) 3084-8801 - 150 Telêx 8022 - 09/2016



RECIBO

Recebi (emos) de Mayra Santos Belmino

Inscrita no CPF: 130.685.284-61 e RG: 4308300

A quantia de R\$ 260,00

(Duzentos e sessenta reais),

Correspondente, a realização de exames e consulta

E para Clareza firmo (amos) O presente na cidade de Remígio – PB, nesta data.

Centro Médico Eximagem

CNPJ: 07.536.979/0001-66

Centro Médico
Eximagem
Pago

Centro Médico
Eximagem
RECEPCAO
11/08/19





CARTÓRIO ÚNICO DE REMIÇÃO
ESTADO DA PARAÍBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original. dou fé F.m Test? 4MSS
e verdade.

Remigio 26/10/2017

4MSS
Mércia Mª Serafim dos Santos
ESCREVENTE

SELO DIGITAL: PPR 488JJ-5369
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.308.100	DATA DE EXPEDIÇÃO	05/02/2015
NOME	MAYRA SANTOS BELMINO		
FILIAÇÃO	CARLOS TADEU BELMINO DE SOUZA GIDELMA DA SILVA SANTOS		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	13/06/2000
DOC ORIGEM	NASC.N.16647 FLS.258 LIV.A18 CARTORIO REMÍGIO-PB		
CPF	130.685.284-61		

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116-DE 29/08/83

CARTORIO UNICO DE REMÍGIO
ESTADO DA PARAÍBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original. dou fé F.m Test. MSS
de verdade.

Remígio 26/10/2017

MSS
Mércia Mª Serafim dos Santos
ESCREVENTE

"SELO DIGITAL: APR 48811-369
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-150

Mayra Santos Belmino
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





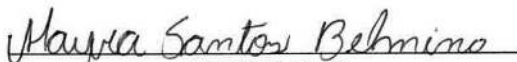
**INSTRUMENTO PARTICULAR DE
MANDATO JUDICIAL**

MANDANTE: **MAYRA SANTOS BELMINO**, brasileira, solteira, agricultora, inscrita no RG nº 4.308.100 — SSP-PB e portadora do CPF nº 130.685.284-61, residente e domiciliada na Lindolfo Azevedo Dantas, nº 71, Remígio — PB, CEP: 58.398-000, Fone: (83) 9 9958-9166.

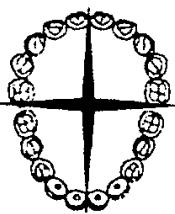
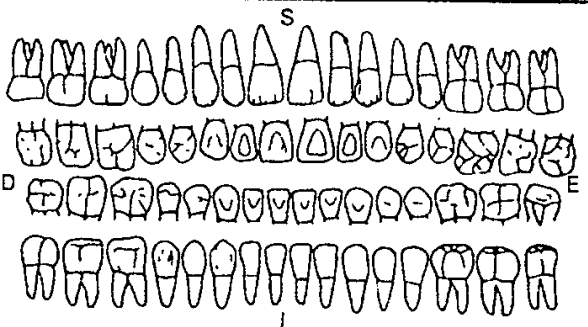
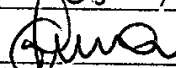
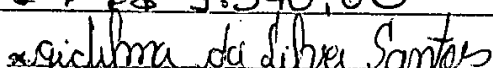
MANDATÁRIO: **MOIZANIEL VITÓRIO DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 11.435 e **EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 17.980, **RONALDO GONÇALVES DANIEL**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 22.856 e **TATIANE DE ARAÚJO SILVA LIMA**, brasileira, casada, advogada, inscrita regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 26.259 com escritório profissional na Rua Bento Vitorio, nº 123, Centro, Remígio/PB, CEP: 58398-000, onde receberá as comunicações dos atos processuais.

OUTORGA: Poderes para o **FORO** em geral, aqueles especificados no art. 105 do Código de Processo Civil, para fé dos seus graus atuar em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito, as competentes ações ou a defende-lo nas adversas, seguindo uma e outras até final decisão, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber, dar quitação, agindo conjuntamente, podendo substabelecerem no presente mandato, com ou sem reservas de poderes.

Remígio, 02 de Janeiro de 2019.


MANDANTE



	
RADIOGRAFIAS 87654321 12345678 87654321 12345678	
ORÇAMENTO (Válido por <u>30</u> dias)	
Ilmo(a) Sr. (a) <u>Mayra Santos Belmino</u> Endereço _____	
Dias de tratamento: 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º ☐ Sáb. ☐ Horário _____	
SERVIÇO A EXECUTAR	IMPORTÂNCIA R\$
06 Restauração resina anterior 1	480,00
02 Restauração resina anterior 3	240,00
02 Restauração resina pré-molar	240,00
01 Endodontia lateral	300,00
02 Endodontia central	600,00
01 Nucleo fibra	240,00
01 Coroa E Max	1.900,00
01 Aparelho ortodôntico autoligado	500,00
12 consulta mensal ortodôntica	840,00
QUEIRA APRESENTAR ESTE ORÇAMENTO NA PRÓXIMA CONSULTA	
TOTAL R\$ 5.370,00	
IMPORTANTE: Os tratamentos serão iniciados mediante o pagamento de 50% (ou o que for combinado) e, concluídos quando totalmente pagos. Data <u>22/08/17</u>  Cirurgião Dentista	PLANO DE PAGAMENTOS A vista R\$ 5.100,00 4 x R\$ 1.000,00 1 x R\$ 1.370,00  Autorização do Paciente pelos trabalhos a serem executados

99589166

 GOVERNO DA PARAÍBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
 DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

 SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Mayra Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 22/07/17

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura luxação 1º 2º 3º

PROCEDIMENTO: Redução, imobilização, curativo

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Luiz M. Mendes



Dra. Valdegilma Rossana Daniel Oliveira
Cirurgiã-Dentista - Ortodontista
CRO-PB 2720 - CPF: 854.181.294-49
Rua Francisco Machado, 120 - Lagoa Parque
Centro - 58398-000 - Remígio - PB
Fone: (83) 9626.9697 - Cel.: (83) 9360.3644



RS
1.000,00

Recebi(emos) de Epidelma da Silva Santos

CPF 043.834.104-05

a importância de Um mil reais

referente a Primeira parcela de tratamento odontológico
realizado em Dayra Santos Belmino

Remígio, 31 de agosto de 20 17

Assinatura Dra. Valdegilma R. D. Oliveira
CIRURGIÃ-DENTISTA
CRO/PB 2720

Dra. Valdegilma Rossana Daniel Oliveira
Cirurgiã-Dentista - Ortodontista
CRO-PB 2720 - CPF: 854.181.294-49
Rua Francisco Machado, 120 - Lagoa Parque
Centro - 58398-000 - Remígio - PB
Fone: (83) 9626.9697 - Cel.: (83) 9360.3644



RS
1.000,00

Recebi(emos) de Epidelma da Silva Santos

CPF 043.834.104-05

a importância de Um mil reais

referente a Tratamento odontológico realizado em
Dayra Santos Belmino - 2ª parcela.

Remígio, 19 de outubro de 20 17

Assinatura Dra. Valdegilma R. D. Oliveira
CIRURGIÃ-DENTISTA
CRO/PB 2720



PROMEDIL - PRODUTOS MÉDICOS LTDA.

Produtos Médicos, Hospitalares, Cadeiras de Rodas e Higiênicas, Muletas, Bengalas, Bastões, Meias Compressivas, etc.

Insc. Est.: 16.020.089-0 - CNPJ 08.328.684/0001-67

Av. Floriano Peixoto, 139 - Centro - Fone: (0**83) 3321-9037 - Fax: (0**83) 3341-2281

E-mail: promedil@yahoo.com.br - CEP 58400-165 - Campina Grande - Paraíba

PEDIDO DE COMPRA				Data 25/07/17				
CLIENTE <u>GIBELTA</u>								
ENDEREÇO								
CIDADE <u>C. GRANDE</u>		ESTADO	FONE					
CNPJ		INSC. ESTADUAL						
CONDIÇÕES								
QUANT.	PRODUTOS E APRESENTAÇÕES	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL					
01	APARATEIRA PLASTICO	20,00	20,00					
FUGA								
		TOTAL R\$	20,00					
VENDEDOR <u>[Assinatura]</u>		CLIENTE						

CAMPINA GRANDE - (83) 3088-8801 - 180 Telêx 5022 - 08/2016



Org.: SELMA

Insc. Estadual 16.200.531-8 - CNPJ 15.696.484/0001-22

Rua José Laureano, 12-A - Centro - Fone (83) 3364-1800 - CEP 58398-000 - Remigio - PB.

Date: 24.07.17

End.;

Font:

Cidade:

Est. 1

IDELGRÁFICA ALENILDO (83) 3361-1798

77 77

ASSINATURA



rede

VIA CLIENTE

PROVEDOR: 08328524-0001-67
 AV. NAL. FLORIAN. PETZ 100
 CREDITO PARCELADO ESTABELECE
 TOTAL: R\$ 110,00
 PARCELAS: 03 X R\$ 36,67
 HIPERCARD: 1472
 AUTO: 0955041

ARD

PRODUTOS MÉDICOS LTDA.

talares, Cadeiras de Rodas e Higiênicas, Muletas,
 Bastões, Meias Compressivas, etc.

020.089-0 - CNPJ 08.328.684/0001-67
 entro - Fone: (0**83) 3321-9037 - Fax: (0**83) 3341-2281
 com.br - CEP 58400-165 - Campina Grande - Paraíba

BO DE COMPRA

Data 31/08/17

ENDEREÇO		ESTADO	fone
CIDADE <i>Campina</i>		INSC. ESTADUAL	
CNPJ			
CONDIÇÕES			
QUANT.	PRODUTOS E APRESENTAÇÕES	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
02	MULETAS CAMAROSE GLC LILAS	55,00	110,00
<i>FAZ / CAMAROSE</i> <i>HIPERCARD</i> <i>3 X 36,67</i>			
TOTAL R\$			110,00
VENDEDOR <i>[Assinatura]</i>		CLIENTE	

CAMP/GRAF: (83) 3085-5001 - 130 Tópicos Ed.2 - 06/2016



RECIBO

Recebi (emos) de Mayra Santos Belmino

Inscrita no CPF: 130.685.284-61 e RG: 4308300

A quantia de R\$ 260,00

(Duzentos e sessenta reais),

Correspondente, a realização de exames e consulta

E para Clareza firmo (amos) O presente na cidade de Remígio – PB, nesta data.

Centro Médico Eximagem

CNPJ: 07.536.979/0001-66

Centro Médico
Eximagem
Pago

Centro Médico
Eximagem
RECEPCAO
11/08/14





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Maryna Santa Belém

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 572 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23 / 07 / 17 A 24 / 07 / 17 NECESSITANDO DE
02 - NUNCA DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 24 / 7 / 17

Eduardo Braga Moura
Ass. do Médico ORTOFONICISTA
CRM Nº. _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): MAYRA SANTOS BELMINO

Dr(a): JULIO CESAR CASTRO

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000348255

Data: 23-07-2017 12:08

Idade: 0 dia

RG: NÃO INFORMADO

Origem: CLINICA CIRURGICA

Destino: ENF 07 - L.04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 23/07/2017 12:32]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.68 milhões/mm ³	
Hemoglobina.....	12,0 g/dL	10,0 à 18,0 g/dL
Hematócrito.....	36 %	27,7 à 58,4 %
V.C.M.....	98 fL	86,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	33 pg	31,0 à 37,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	30,2 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	12.000 /mm ³	4.300 à 19.300 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	360
Segmentados.....	80,0	9.600
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	15,0	1.800
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	240
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	191.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 23/07/2017 13:44 - Página 1 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Melania Silva de Aguiar Registro: Leito: 2-3 Setor Atual: cardio II

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICORRACIONAIS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: () Corada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente segue aguardando cirurgia.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: 23/07/17	HORA: 17:15 h
Luana Karla Almeida Silva ENFERMEIRA CORE-009 438.413	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	MAYRA SANTOS BELMIRO
DATA DO EXAME:	22/07/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Pequena quantidade de líquido livre em escavação pélvica, achado não necessariamente patológico em pacientes na menacme. Correlacionar com dados clínicos e laboratoriais e, à critério clínico, prosseguir investigação com TC de abdômen com contraste.

Não identificamos sinais de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

** Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.*

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB 6101



Data da internação: 22/07/2017 Hora: 20:58:14

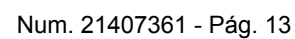
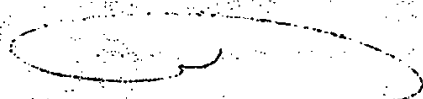
Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE MAYRA SANTOS BELMINO				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1473013	
7 - CARTÃO DO SUS 706001895472540		8 - DATA DE NASCIMENTO 13/06/2000		9 - SEXO Masc ☐ Fem ☒	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL GIDELMA DA SILVA SANTOS				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83 99589166	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) LINDOLFO DE AZEVEDO, 51, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Remígio		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 251270		15 - UF PB	
				16 - CEP 58398000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de queda de moto, evoluiu com dor no abd. e edema					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fractura de fêmur					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Radiografia de fêmur					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fractura de fêmur		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Amiotomia Cirúrgica				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016296973832	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 22/07/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Eduardo de Lima Nascimento Medicina e Traumatologia	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

2547 2500

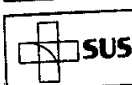
התעוררתי בלילה



Data da internação: 22/07/2017 Hora: 20:58:14

 SUS 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		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
MAYRA SANTOS BELMINO		1473013	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
706001895472540	13/06/2000	Masc ☐ Fem ☒	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
GIDELMA DA SILVA SANTOS		83 99589166	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
LINDOLFO DE AZEVEDO, 51, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
Remígio		251270	PB
		16 - CEP	
		58398000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente vítima de queda de moto envolvida com dor no braço @ e edema			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Agravamento Clínico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Exames realizados - Ex. Físico			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Fratura de braço @			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Agravamento Clínico			
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	
	02	(X) CNS () CPF	
		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		98001629673832	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
JOSE RENNA GOMES DA SILVA		22/07/2017	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		12.1111 - 103 003	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
		Mascul. ☐ 1 Femin. ☐ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
		37 - QTDE	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

MOD. 017





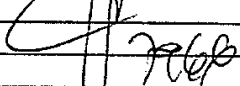


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Márcia Santos Belmino	Idade:	17
Convênio:	SUS	Data:	23/07/17
Procedimento:	Fratura Tornozelo		
Cirurgião:	Dr. José Carlos	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Felix
Início:	03:30	Término:	0:05.
		Anestesia:	Raque

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

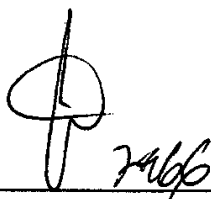
Relatório de Operação

MOD. 103



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		6



Assinatura do anestesista



Nome do Paciente <i>Mayra Santos Barreto</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>R. Luiz Jovane</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Ra</i>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura luxação de 4º e 5º</i>			
Tipo de Operação <i>Redução aberta + Fixação externa</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

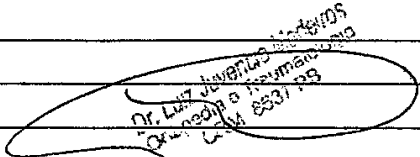
1. Pesquisa e Antissepsia

2. Pesquisa campos cirúrgicos

3. Drenagem incisional e/ou aberta

4. Pesquisa de orifícios externos tipo Delta

5. Curativo local



Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:				GOVERNO DA PARAIBA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE				HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
QI		LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
01			S.O.S.	17a	1472973
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
Res. Cirúrgica com			Dr. Fereñcio		
Pincelagem externa de natureza			ANESTESIA		
ANESTESIA			Dr. Felício		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
09/12/17		22/07/17	23:30	00:05	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimor. amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolanina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Merceina amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Mononylon
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Protene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Protene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Protene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Protene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocordil amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemace ml		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	Qtd.	Bio Imorteseleprotes
	Stuplanon amp.		Sonda tolley		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Katex		
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº 25				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
			() Serra	() Eletrocautério	
			() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo	
			() Foco Elétrico	() Cardiomonitor	
			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL		



 No Smoking Smoking is prohibited in this area.	 No Open Flame Open flames are prohibited in this area.	 No Food or Drink Food and drink are prohibited in this area.	 No Pets Pets are prohibited in this area.	 No Alcohol Alcohol is prohibited in this area.	 No Firearms Firearms are prohibited in this area.	 No Weapons Weapons are prohibited in this area.	 No Drugs Drugs are prohibited in this area.	 No Gambling Gambling is prohibited in this area.	 No Prostitution Prostitution is prohibited in this area.	 No Pornography Pornography is prohibited in this area.	 No Obscenity Obscenity is prohibited in this area.	 No Nudity Nudity is prohibited in this area.	 No Public Intoxication Public intoxication is prohibited in this area.	 No Disorderly Conduct Disorderly conduct is prohibited in this area.	 No Harassment Harassment is prohibited in this area.	 No Stalking Stalking is prohibited in this area.
---	--	---	--	---	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

212
212
20

titelid — 10
 nulle verbruikt — 10
 210

acid

10 October 1964
Dear Sir

infolge der

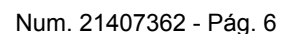
23 Dec 1944

22

12m

2/10/20

- ref m ^{the} ~~John~~ ^{John} ~~ward~~ ^{ward}
 - ~~ward~~ ^{ward} ~~ward~~ ^{ward}



HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO																																																																																																																																																																																																					
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>MAYRA SANTOS BELMINO</u>				IDADE		SEXO <u>F</u>	COPIA <u>P</u>																																																																																																																																																																																																				
DATA <u>10/04/14</u>		PRESSÃO ARTERIAL <u>110x70</u>		PULSO <u>90</u>		RESPIRAÇÃO <u>16x4</u>		TEMPERATURA																																																																																																																																																																																																					
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA																																																																																																																																																																																																					
		URINA																																																																																																																																																																																																											
AP. RESPIRATÓRIO								ASMA <u>N</u>																																																																																																																																																																																																					
AP. CIRCULATORIO <u>PEMOD ESTABEL</u>								ELETROCARDIOGRAMA <u>YES</u>																																																																																																																																																																																																					
AP. DIGESTIVO <u>URGÊNCIA</u>				DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO																																																																																																																																																																																																					
ESTADO MENTAL <u>bons c</u>				ATARÁXICOS		CORTICÓIDES		ALERGIA <u>NEGA</u>																																																																																																																																																																																																					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>FRAT. EXOSTO TORNOZELO</u>								ESTADO FÍSICO <u>Pt2</u>																																																																																																																																																																																																					
ANESTESIAS ANTERIORES																																																																																																																																																																																																													
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA		EFEITO																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</td> <td colspan="10"><u>60g Propofol</u></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS</td> <td colspan="10"><u>500ml</u> <u>1000ml</u></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CÓNICOS</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">VP. ARTERIAL - O - O - RESPIRAÇÃO</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">POSICÃO <u>2000</u></td> </tr> <tr> <td colspan="10">AGENTES <u>NEGA HIP. O2. 15mg + MORFINA 0,08mg</u></td> </tr> <tr> <td colspan="10">TÉCNICA <u>PRON</u></td> </tr> <tr> <td colspan="10">OPERAÇÃO <u>REDUÇÃO + FIXAÇÃO FRAT. TORNOZELO 650</u></td> </tr> <tr> <td colspan="10">CIRURGIÕES <u>JUVENCO</u></td> </tr> <tr> <td colspan="10">ANESTESISTAS <u>PELUS SANTOS 1600</u></td> </tr> <tr> <td colspan="10">OBSERVAÇÕES</td> </tr> </table>										AGENTES ANESTÉSICOS	<u>60g Propofol</u>																				LÍQUIDOS	<u>500ml</u> <u>1000ml</u>																				CÓNICOS																					VP. ARTERIAL - O - O - RESPIRAÇÃO																					AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO																					SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																					POSICÃO <u>2000</u>										AGENTES <u>NEGA HIP. O2. 15mg + MORFINA 0,08mg</u>										TÉCNICA <u>PRON</u>										OPERAÇÃO <u>REDUÇÃO + FIXAÇÃO FRAT. TORNOZELO 650</u>										CIRURGIÕES <u>JUVENCO</u>										ANESTESISTAS <u>PELUS SANTOS 1600</u>										OBSERVAÇÕES									
AGENTES ANESTÉSICOS	<u>60g Propofol</u>																																																																																																																																																																																																												
LÍQUIDOS	<u>500ml</u> <u>1000ml</u>																																																																																																																																																																																																												
CÓNICOS																																																																																																																																																																																																													
VP. ARTERIAL - O - O - RESPIRAÇÃO																																																																																																																																																																																																													
AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO																																																																																																																																																																																																													
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																																													
POSICÃO <u>2000</u>																																																																																																																																																																																																													
AGENTES <u>NEGA HIP. O2. 15mg + MORFINA 0,08mg</u>																																																																																																																																																																																																													
TÉCNICA <u>PRON</u>																																																																																																																																																																																																													
OPERAÇÃO <u>REDUÇÃO + FIXAÇÃO FRAT. TORNOZELO 650</u>																																																																																																																																																																																																													
CIRURGIÕES <u>JUVENCO</u>																																																																																																																																																																																																													
ANESTESISTAS <u>PELUS SANTOS 1600</u>																																																																																																																																																																																																													
OBSERVAÇÕES																																																																																																																																																																																																													
INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO <u>0,31/min</u> <u>0,650L 187</u> <u>0,01mg/kg</u> <u>0,01mg/kg</u> <u>0,01mg/kg</u> <u>0,01mg/kg</u> <u>0,01mg/kg</u> ANESTESIA SATISF. <u>Sim</u> Não Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:																																																																																																																																																																																																													
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.																																																																																																																																																																																																													
PERDA SANGÜÍNEA																																																																																																																																																																																																													

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO - 23/05/2019 11:09:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052311094585400000020803366>
 Número do documento: 19052311094585400000020803366

Num. 21407362 - Pág. 7

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreament	7907
-------------	------

Hospital: de Emergência e Trauma de J. Gama Código:

Código:
Procedimiento: Act. de Plani. de P. de la T. Cód. Procedimiento:

Paciente: Wagner de Aguiar Almeida

Data da Cirurgia: 02/04/11 - Nº prontuário: 142235 Convênio:

Cirurgião: Dr. J. J. J. J. Código: 1234 () Reposição () Calxa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 2458 - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br





Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Agilidade da Sítia Sênior

() Transfêrencia a outro SETOR ou HOSPITAL

() Internação (setor)

() Permissão Médica

() Alta hospitalar / () Permissão Médica

() Permissão Cirúrgica

SERVÍÇOS REALIZADOS:

4. N. 20; 29 22/07/17

Ponte adossado com huaia de ocident
como x morto (excess no morto sem capote)
Refere semelhante opo. truncho. degra. perdo o do
consumo entre outros unai do alamo

As exercise: Colours are 1875! rem def'n. focus
opponents

TC insufo: Lnc, levando brônquitos abertas, melho e
gras maisoads, sem lesão intra ou extra-axial,
sem lesão haversianiga.

✓: Albo do WCEH / ocenionych

BMF Parasetta ultima de munda
22/03/17 de munda, operando Xaman
de fura 7' fura ante-cantura
na superficialis ⑤, commissura
labial ⑥, primum dento-abdomen
na dento 11/25, primum
coronaria de 12.

Col Sutura de finos;
Odontomintzes e/ fio de aço;
Odontomintzes unicos permanentes
W. 45. Linj
Alto 3mf;

Roberto Pinheiro
Cirurgia Buco - Maxilo - Facial
CRP-PE 4389

H1CG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

22/07/2017



TERNO
PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Mayra Santos, 77	2	38	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/7	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO 5F 99% 1500ml EV	18h 18h 24h	
	4 DIPIRONA 2ML EV 6/6H	12h 18h 24h 06h	
	5 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	06h	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		BEG. estavel Sem intercorrências D. urese + Excreções +
	7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	8 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N		
	9 CLEXANE 40 UI- SC 1x/DIA	20h	#CD: VPM Tentativa de n2
	10 SSVV + CCGG		Alz ortopedica
	11 Alz ortopedica		2 placas fix 2p soluab RX
			Dr. Eduardo Braga Moraes Ortopedia - Traumatologia CRM-PB 6558
24/07	18 Curativo TNZ		24/07/17 Paciente evolui ADME / A33 Curativo diário
07	19 Não pinar M.F.		At. Amb. Inovação
17	Alta		Ata
			Dr. Eduardo Braga Moraes Ortopedia - Traumatologia CRM-PB 6558



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23.07 17	8:00	30.5	80	20	100/60		2- Evolui a R612 conste, com tola, abundante na face, com ao não vivia desde ontem a noite. Tudo isso, 53 VV - segue as curvas da enfermagem	Ata nada 2005 106
23.07	21:57				190x60		paciente sem intoxicação e segue aos cui- dados de enfer- magem	meio 20 calor
							2 1 2005 106	
							45 - 2005 5015M	
							4 1 2005	



Diagnóstico

② 226
226

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alimentação	Leito	Convênio
WANDA SANTOS	2a. marino		

[illegible]

[illegible]

NOME: MAYRA SANTOS BELMINO

DATA: 11.08.17

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO AP E PERFIL

Controle radiológico pós-operatório de redução de fratura.

Dr. EVALDO DE SOUSA NÓBREGA
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem
Médico CRM - PE 5227

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente MAYRA SANTOS BELMINO		Nome da Vítima MAYRA SANTOS BELMINO	CPF da Vítima 13068528461
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Inválidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docτος. Entregues e Observações *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML; *DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *PROCURAÇÃO; *PROTOCOLE DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTS; *CIRCULAR SUSEP.	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☒ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☒ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 22/11/2017





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Remígio

0800352-63.2019.8.15.0551

DESPACHO

Defiro a Gratuidade da Justiça (CPC, art. 98, §1º). Anotações de estilo.

Entendo por incabível a designação da audiência de conciliação a que se refere o artigo 334, do CPC, haja vista que, nos casos como o do presente processo, a parte ré se recusa a realizar qualquer tipo de acordo, sem a anterior realização de perícia médica, para avaliar a situação física da parte autora.

Assim, cite-se o réu para, querendo, apresentar resposta à inicial, no prazo de 30 (trinta) dias.

Remígio, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito

