

PROCURAÇÃO AD-JUDICIA

OUTORGANTE: A Sra. **ROSIANE LISBOA DA SILVA**, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG sob nº 1987611 (SSP-PB), inscrita no CPF sob nº 046.242.124-44, residente e domiciliada na Rua Do Tambor, S/N, Centro na cidade de Itapororoca-PB, CEP nº 58.275-000.

OUTORGADOS: O Sr. **RAILSON SANTOS DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, portador do CPF sob nº 094.162.764-05, inscrito na OAB/PB sob nº 22.640, o Sr. **EDWARD DE CARVALHO ANDRADE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do CPF sob nº 097.037.364-32, inscrito na OAB/PB sob nº 22.299 e o Sr. **TÁSSIO PEREIRA LEITE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do CPF sob nº 059.643.154-61, inscrito na OAB/PB sob nº 24.365, todos com endereço profissional na Rua Epitácio Pessoa, sala 1, centro, Ed. Ana Teotônio na cidade de Guarabira, CEP 58.200-000.

PODERES: Pelo presente instrumento de mandato, a outorgante nomeia e constitui o outorgado, como seu advogado e procurador, a quem confere amplos e ilimitados poderes para o fôro em geral, com cláusula *ad-judicia*, afim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos da outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário, ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como, substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Guarabira-PB, 26 de junho de 2019.

Rosiane Lisboa da Silva

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ROSIANE LISBOA DA SILVA**, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG sob nº 1987611 (SSP-PB), inscrita no CPF sob nº 046.242.124-44, residente e domiciliada na Rua Do Tambor, S/N, Centro na cidade de Itapororoca-PB, CEP nº 58.275-000, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuizo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, dos benefícios da Gratuidade Judiciária, nos termos do art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

Guarabira-PB, 26 de junho de 2019.



ROSIANE LISBOA DA SILVA



ROSIANE LISÉCIA DA SILVA
RUA DO TAMBOR, S/N - CENTRO
ITAPOROROCA / PB CEP: 58275-000 (AG-14)

Logradouro: MONOFASICO
Cle/SIC: RIBS-MTC-BT / RESIDENCIAL - BAXA REINDA
Referencia: Mar/2018
Número: 06150/1019
Métrida: 00000720504

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-201, Km-25 - Custo Revertido - Cida/Pessoal/PB-CEP: 59001-600
CNPJ: 02.025.150/0001-48 / Ins. Est: 16.015.002-6
Nº de Fazenda / Conta de Energia Elétrica: 00001237-444
Cida, para Débito Automático: 00008198919

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mar / 2019	06/03/2019	04/04/2019	046.242.124-44 Isac Est

UC (Unidade Consumidora): 5/819591-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - "SEE" foi criada pela Lei nº 10.429, de 28 de maio de 2002.
Com a fatura por e-mail, você auxilia a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão.
Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lerida	Data	Lerida	
Demonstrativo				
Cód. - Descrição				
		Quantidade Tarifa/	Val. Bruta/Car. Ata. 100% (R\$) Bruta/Car. Ptar% (R\$)	
		Tributo/total R\$ (R\$) IAMS/ (R\$) Ptar/total (R\$) (R\$) (R\$)		
0801	Consumo ato 23/kWh-BR	50.000 0,704940	8,14 1,03 0 0,00 8,14 0,06 0,30	
0801	Consumo - 31 a 100% /kWh-BR	18.000 0,351380	8,22 0,00 0 0,00 8,22 0,07 0,31	
0810	Subsídio	15,84 0,00 0 0,00 15,84 0,07 0,77		
LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS				
0804	JUROS DE MORA 02/2018	0,05 0,00 0 0,00 0,05 0,00 0,00		
0805	MULTA 02/2018	0,05 0,00 0 0,00 0,05 0,00 0,00		
0806	Devolução Subsídio	-14,71 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		

CCJ: Código de Classificação do Item	TOTAL	10,87	0,00	0,00	29,18	0,20	1,38
Tarifa e/ou Tributos: Até 30kWh 0,192680 Até 100kWh 0,330380							
Media últimos meses (kWh)							
VENCIMENTO							
13/03/2019							
TOTAL A PAGAR							
R\$ 13,67							
Histórico de Consumo (kWh)							

15 13/03/2019 R\$ 13,67

Historico de Consumo (kWh)

51 | 82 | 51 | 52 | 52 | 29 | 23 | 42 | 45 | 46 | 51 | 43

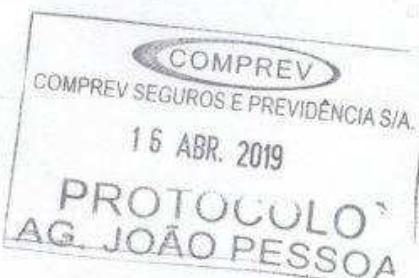
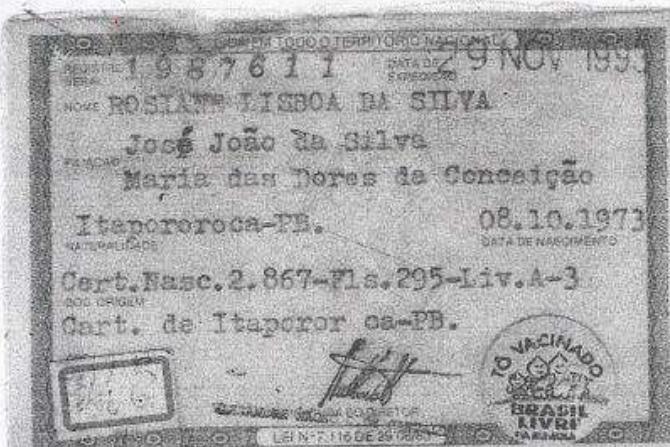
Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19

RESERVADO AO RISCO

42f8.3ea8.7b4a.243b.7b44.642a.9aa2.c1ce.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
010 MENSAL	6,15	0,00	GERADOR DE DIA: Energisa PE	4,15	30,28
010 TRIMESTRAL	12,33		Tensão de Energia PE	4,94	45,38
010 ANUAL	24,69		Serviço de Transporte	0,86	4,75
010 FENSAF	3,55	0,13	Energia Sistêmica	0,98	7,17
010 TOT. TOTAL	7,10		Imposto Difícil e Encargos	1,98	14,34
			Outros Serviços	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV SEGUROSE E PREVIDÊNCIA S/A
16 ABR. 2018
PROTOCOLO
PROTÓCOLO PESSOA
AG. 1040





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3^ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ITAPOROROCA

Natureza ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 253/2013

Aos DEZESSEIS dias do mês de SETEMBRO do ano do ano de dois mil e treze(2013) certifico em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, nesta Delegacia de Polícia Civil, do município de Itapororoca/PB, do Estado da Paraíba, em Cartório desta, onde presente o Bel. DIEGO GARCIA, Delegado de Polícia Civil neste município de Itapororoca, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra, aí por volta das: 15:40h, Compareceu, ROBENIXON LISBOA DA SILVA, brasileiro, União Estável, Guarda civil municipal, filho de Rosiane Lisboa da Silva e pai não declarado , RG 36041223 SSP/PB CPF 088724984-14 nascido em 24/08/1989 Rua do Tambor nº01 Bairro Tambor Itapororoca-PB; FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE NO DIA 14.09.2013 POR VOLTA DAS 17:20h A Sr ROSEANE LISBOA DA SILVA RG 1987611 SSP/PB CPF 046224124-44 RESIDENTE NO ENDEREÇO JÁ CITADO CAMINHAVA NA RUA MONSENHOR JOSE COUTINHO, EM CIMA DA CAUSADA QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTO QUE TINHA SE ENVOLVIDO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO ONDE O VEICULO MOTO FOI ARREMESSADO CONTRA A Sr. JÁ CITADA, E QUE APÓS O ACONTECIDO OS CONDUTORES DOS VEÍCULOS ENVOLVIDO NÃO PRESTARAM SOCORRO, E QUE A MESMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL GERAL DE ITAPOROROCA E EM SEGUIDA ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE FRATURA DE GUARABIRA, E QUE NA DATA DE HOJE FOI ENCAMINHADA PARA O TRAUMINHA EM JOÃO PESSOA. Ciente do Art. 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, e depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão que vai devidamente assinada pelo noticiante e por mim Escrivão Ad-Hoc que o digitei.

Itapororoca 16 de Setembro de 2013.

Noticiante Robenixon Lisboa da Silva

Antonio Sinfrônio da Silva Neto
Escrivão Ad-Hoc



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190279822 **Vítima: ROSIANE LISBOA DA SILVA**

Data do Acidente: 14/09/2013 **Cobertura: DAMS**

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIANE LISBOA DA SILVA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

PROSFRA



GUARABIRA - PARAÍBA

FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 08615018

Nome: ROELANE LIMA DA SILVA
Sexo: Feminino Naturalidade: SANTOS DA SILVA
Data de Nascimento: 08/10/13
Endereço: R. BOFAR, 1000, S. JOSÉ DO RIO POCO
Fone: Documento: RG 1.987.611
Responsável: JOSE JOSÉ DA SILVA (PAI)
Endereço: R. D. JOSÉ DA CAPEGA, 100
Fone: CPF: 046.942.394-44



CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apto. 101 Leito _____
Categoria P/lt. 1 2 A.I.H.N. _____
Data da Entrada 04/05/2018 Hora da Entrada 10:38

Cuidáis
Repcionista

Dr. JAILSON DA SILVA
Médico Plantonista

CRM 7618

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Internado para Diagnóstica
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do
tratamento em regime ambulatorial.

ta 05/05/2018

Dr. Tenistólio de Almeida Roberto Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7618 CPF: 031.136.054-82

MÉDICO - CRM



Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome:	Edilson Lisboa de Oliveira	Matrícula:	311 086
Idade:	20	Categoria:	III
Sexo:	M	Profissão:	Agente de Transporte
Est. Civil:	S	Naturalidade:	Guarabira
Residência:	ST. NOBRE	Data:	15/09/2019
H.D.A.	Edilson Lisboa de Oliveira	RG:	16553782/16300091
Varilite com hispérice e cicatriz com secreção. Dor no local.			
Diag. Clínico:	Varilite com hispérice e cicatriz com secreção. Dor no local.		
Diag. Radiológico:	Varilite com hispérice e cicatriz com secreção.		
Tratamento:	Tentativa de descolarizar o joelho.		



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA
AV: RUI BARBOSA – 240 – CENTRO- GUARABIRA-PB
FONE: (83) 3271 – 1156

RECIBO..... R\$ 3.000,00

Recebi da Sra. ROSIANE LISBOA DA SILVA, a importância líquida de R\$ 3.000,00 (Três Mil Reais), ref. a tratamento médico cirúrgico realizado na pessoa da mesma.

Para maior clareza, firmo o presente recibo, dando plena e total quitação.

Guarabira, 04 de Maio 2018.

09.239.906/0001-38
Pronto Socorro de Fraturas
de Guarabira (tua Protag)
Av. Rui Barbosa, 240
Centro - Cep. 58.200-000
Guarabira - Paraíba



Nome do Paciente: Rosiane Lisboa da Silva
Convênio: Particular
Diagnóstico: Pseudoartrose da Tibia
Procedimento: Internamento Cirúrgico
Data do Internamento: 04/05/2018
Data da Alta: 05/05/2018
Prontuário ou ficha Ambulatorial: 086/2018

Honorários Médicos

Cirurgião	01	R\$	1.056,72	R\$	1.056,72
Auxiliar	01	R\$	193,04	R\$	193,04
Anestesista	01	R\$	387,00	R\$	387,00
Sub-Total.....		R\$		R\$	1.636,76

Diária de Apartamento 01 R\$ 150,00 R\$ 150,00

Exame Radiológico

Raio x da Perna	02	RS	40,00	RS	80,00
Tala Gessada M. Inferior	01	RS	45,00	RS	45,00
Fixador Externo	01	RS	850,00	RS	850,00

09.239.906/0001-38
Dr. Pronto Socorro de Fraturas
de Guarabira Ltda. Prostfrag
Av. Rui Barbosa, 240
Centro - Cep: 58.200-000
Guarabira - Paraíba



Nomenclatura	Medicamento de Sala e Enfermaria	
Quantidade	valor Unitário	Valor Total

Pov. Digermante	120ml	R\$ 0,10	R\$ 12,00
Pov. Tópico	180ml	R\$ 0,08	R\$ 14,00
Diclofenaco amp	04 amp	R\$ 2,81	R\$ 11,24
Cefalotina amp	04 amp	R\$ 5,55	R\$ 22,20
Soro Fisiológico	02 unid	R\$ 2,96	R\$ 5,92
Soro Glicosado	01 unid	R\$ 3,33	R\$ 3,33
Neocaina 5%	01 amp	R\$ 14,00	R\$ 14,00
Efortil amp	01 amp	R\$ 5,98	R\$ 5,98
		SUB-TOTAL	R\$ 88,67

Material de Sala e Enfermaria

Equipo	01	R\$ 0,63	R\$ 0,63
Scalp	02	R\$ 0,49	R\$ 0,98
Mononaylon	02 unid	R\$ 6,70	R\$ 13,40
Luvas	04 pares	R\$ 1,00	R\$ 4,00
Lâmina de bisturi	01 unid	R\$ 0,41	R\$ 0,41
Seringa desc. 05cc	04 unid	R\$ 0,65	R\$ 2,60
Seringa desc. 10cc	05 unid	R\$ 0,85	R\$ 4,25
Máscara desc.	04 unid	R\$ 0,40	R\$ 1,60
Gorro desc.	04 unid	R\$ 0,35	R\$ 1,40
		SUB-TOTAL	R\$ 29,27
Curativos	02	R\$ 11,06	R\$ 22,12
Taxa de Sala de Cirurgia		R\$ 98,18	R\$ 98,18
TOTAL GERAL			R\$ 3.000,00
(Três Mil Reais).			

Guarabira, 04 de Maio de 2018.

09.239.906/0001-38
 Pronto Socorro de Fraturas
 de Guarabira Ltda. Profrag
 Av. Rui Barbosa, 240
 Centro - Cep: 58.200-000
 Guarabira - Paraíba



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA
Av. Rui Barbosa,240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		Relatório de Cirurgia	
Data da Operação	Pessôa Lisboa da Silva	Nº Prontuário	
Operador	24/05/18	Enf.	Leito
Auxiliar		1º Auxiliar	
estetica		3º Auxiliar	Instrumentador
Diagnóstico Pré-Operatório		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pós-Operatório		Prótese - artrose da + m	
Local de Operação			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			
Período			
Ensaio			
Indicação			
Mobilização			
Injeção			
Cirurgia			
Sutura			
Linfocistos			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos - Visceral

Dr. em DOM sob anestesia
anestesia + anti sepsis
ferros de corpos estranhos
pedras e argila do solo fundo mar
exos de roedor sinal de Elyman
pedras de ortofirose p/ alongamento
entra por pleno
anestesia
Mx controle

1998-01-01 1998-01-01 1998-01-01

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 APP

16 ABR. 2019

16 APR 1988

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Tomistólogos de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-SP 2611 / CREF 15747 / RQE-5245

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Walter Sampaio da Cunha Categ: 1
Condição do Parto: Normal Início: 12h00 Term.: 14h00
Médico: Dr. J. B. Sampaio Auxiliar: W. Sampaio
Anestesista: W. Sampaio Tipo de Anestesia: Monodose
Tipo de Cirurgia: Ressecção da úlcera



**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS
DE GUARABIRA
COMISSÃO DE CONT. DE INFEC. HOSPITALAR**

CONTROLE DE INFECÇÃO

NAME DO PACIENTE

Raquel Oliveira

076/11

ICO

DADE	SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<i>curva</i>	ENF.	LEITO	DATA DE ADMISSÃO	DATA DA ALTA
------	------	---	--------------	------	-------	------------------	--------------

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

para cura de ferida

CIRURGIA REALIZADA

curva curva

DATA

04-5-11

TEMPO

1hr

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS

- | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> LIMPA | <input type="checkbox"/> PEQUENA | <input type="checkbox"/> ELETTIVA | <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO |
| <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA | <input type="checkbox"/> MÉDIA | <input type="checkbox"/> URGÊNCIA | <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO CURATIVO |
| <input type="checkbox"/> CONTAMINADA | <input type="checkbox"/> GRANDE | <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> INFECTADA | | | |

EQUIPE CIRÚRGICA

curva curva

CIRURGÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

ANESTESIA:

RAIOS X SIM NÃO TÉCNICO:

<input type="checkbox"/> ORIGEM DA INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> CLÍNICA CIRÚRGICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA PEDIÁTRICA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> HOSPITAL →	<input type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/> U.T.I.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> COMUNITÁRIA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> D.I.C	<input type="checkbox"/>	

LOCAL DA INFECÇÃO

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> CUTÂNEA NÃO CIRÚRGICA | <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL | <input type="checkbox"/> SEPTICEMIA | <input type="checkbox"/> INTRA ABDOMINAL |
| <input type="checkbox"/> CUTÂNEA CIRÚRGICA | <input type="checkbox"/> URINÁRIA | <input type="checkbox"/> ÓSSEA | <input type="checkbox"/> OUTRAS |
| <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA | <input type="checkbox"/> GENITAL | <input type="checkbox"/> SISTEMA NERVOSO | |

PROCEDIMENTOS USADOS

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> CATETER. VESICAL | <input type="checkbox"/> CATETER. VENOSO | <input type="checkbox"/> CATETER. ARTERIAL | <input type="checkbox"/> ANTI-NEOPLASICA |
| <input type="checkbox"/> PUNÇÃO LIQUÓRICA | <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA | <input type="checkbox"/> TORACOCENTESE | <input type="checkbox"/> CISTOSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> RESPIRADORES | <input type="checkbox"/> DIÁLISE PERITONIAL | <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE | <input type="checkbox"/> TEMPO ÚTIL |
| <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA | <input type="checkbox"/> TRANSFUSÃO | <input type="checkbox"/> ALIM. PARENTERAL PROLONGADA | |

BACTERIOLOGIA	DIRETO:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	CULTURA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
MATERIAL COLHIDO	DATA	RESULTADOS			ANTIBIOGRAMA	

ANTIBIÓTICOS USADOS	DATA INÍCIO	DATA TÉRMINO	JUSTIFICATIVA DA TROCA DE ANTIBIÓTICOS
			<p>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 15 ABR. 2019 PROTOCOLO⁷ AG. JOÃO PESSOA</p>





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

FOLHA DE ANESTESIA

DENGANE LISBOA DA SILVA										DATA			
ESTADO CIVIL		SOLT. <input type="checkbox"/> CAS. <input type="checkbox"/> VIU. <input type="checkbox"/> DESQ. <input type="checkbox"/>		SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		COR BR <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/>		PROFISSÃO		IDADE			
AV. (Rua) ENDEREÇO													
HOSPITAL													
G.I.H		C.P		INSC		MATRÍCULA		CATEGORIA					
DIAGNÓSTICO													
OPERAÇÃO REALIZADA TRAT COR DE FRAT TONZEZ													
CIRURGIÃO AUXILIAR													
HORA													
A G E N T E S 29													
PRESSÃO ARTERIAL													
PESO		PULSO		TEMPERATURA		RESPIRAÇÃO		ESTADO GERAL					
RISCO CIRURGICO		B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		GRUPO SANGUÍNEO							
EXAMES COMPLEMENTARES													
CÓDIGO Anestesia X 220 Operação @ 200 Intub. T 180 Endotr. 180 Pres. V 140 Sistóli pres. A 120 Distol 100 Pulso ♀ 80 Resp. RA 60 Assist. 40 Resp. RE 40 Expon. 20 Resp. contr. 20													
PREANESTÉSICO RAI													
HORA													
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input checked="" type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. DE PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. DE NERVOS <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>													
TÉCNICA													
INÍCIO		TERMINO		DURAÇÃO		MATERIAL GASTO COM O ATO ANESTÉSICO							
1 5900		1380		7		8							
2 Coca				9		10							
3 Anestes				11		12							
4 Dimor 02				13		14							
OSSERVAÇÕES													
US		US+20%		R\$		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 16 ABR. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA							
ASSINATURA													

Estado da Paraíba
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Roseane Lins da Silva
Enfermaria: _____ Leito: _____
Data: 01/05/18

Tipo de Dieta: 2000 Aceitando? Sim Não Pouco
Paciente em Venoclise? Sim Não Punção Periférica Subclávia Dissecção Venosa
Estado Geral do Paciente: Estável Regular Comprometido Grave Outros
Sinais Vitais: PA: 130/80 Tem: 37°C Pulso: _____ Respiração: _____

Pacientes faz uso de: S.F.V. Sim Não Irrigação Sim Não
 Supra Pélvica - Diurese _____ ml
 Sonda Nasogástrica - Aberta Fechada Díbito da S.N.G. _____ ml.
Realizando curativo? Sim Não Limpo Com secreção
OBS: _____
Paciente aceitou medicação Sim Não Faltou medicação
Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitida em Clínica Cirurgica para
realizar cirurgia de um profundo processo entorpecente
introdução de gases e cuidados.

Carimbo e assinatura do Técnico/ Auxiliar: 100 Turno: 24 horas

Estado da Paraíba
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Roseane Lins da Silva
Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: 01/05/18

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? Sim Não Pouco

Paciente em Venoclise? Sim Não Punção Periférica Subclávia Dissecção Venosa

Estado Geral do Paciente: Estável Regular Comprometido Grave Outros

Sinais Vitais: PA: 100/80 Tem: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Pacientes faz uso de: S.F.V. Sim Não Irrigação Sim Não
 Supra Pélvica - Diurese _____ ml
 Sonda Nasogástrica - Aberto Fechada Díbito da S.N.G. _____ ml.

Realizando curativo? Sim Não Limpo Com secreção
OBS: _____

Paciente aceitou medicação Sim Não Faltou medicação
Justificativa: _____



INTERCORRÊNCIAS:

Paciente em Pós operatório refere-se dor
maior intensidade medulada e ófite
naquele medula e não desce os cuidados.

Carimbo e assinatura do Técnico/ Auxiliar: 100

Turno: 24 horas



ESTADO DA PARAÍBA
PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

**NOME-
SETOR:**

Positive negative and

**NAME
STATION**

LEITTO.



ESTADO DA PARAÍBA
PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Nome do paciente: Wagner Souza Enfermeira: D. C.
Leito: 2 Localização: 2
Idade: 21

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

	DATA
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	<u>03/04/2019</u>
<input type="checkbox"/> adaptação prejudicada	
<input type="checkbox"/> ansiedade	
<input type="checkbox"/> risco de aspiração	
<input type="checkbox"/> déficit de autocuidado alimentação	
<input type="checkbox"/> confusão	
<input type="checkbox"/> constipação	
<input type="checkbox"/> baixa autoestima situacional	
<input type="checkbox"/> comunicação verbal prejudicada	
<input type="checkbox"/> débito cardíaco diminuído	
<input type="checkbox"/> deglutição prejudicada	
<input type="checkbox"/> diarreia	
<input type="checkbox"/> eliminação urinária prejudicada	
<input type="checkbox"/> deambulação prejudicada	
<input type="checkbox"/> dor	
<input type="checkbox"/> hipotermia	
<input type="checkbox"/> hipertermia	
<input type="checkbox"/> risco de infecção	
<input type="checkbox"/> projeção infeliz	
<input type="checkbox"/> mobilidade física prejudicada	
<input type="checkbox"/> náusea e/ou vômito	
<input type="checkbox"/> medo	
<input type="checkbox"/> nutrição prejudicada	
<input type="checkbox"/> padrão respiratório eneфтiz	
<input type="checkbox"/> sono e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos.	
<input type="checkbox"/> volume de líquido deficiente	
<input type="checkbox"/> risco de desequilíbrio de volume de líquido	
<input type="checkbox"/> volume excessivo de líquido	
<input type="checkbox"/> OUTROS:	
<i>Diarréia</i>	

Evolução:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Enfermeiro (COREN)

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

ENFERMEIRO (A):

SAE

Nome: *Rogério Souza am*
Leito N°: *0* Número do Cartão do SUS: *44* Idade: *44* Sexo: ()M ()
Peso: _____ Altura: _____ MMC: _____

SSVV

Pulso: *68* bpm P.A: *110 x 72* mmHg FR: *IRPM*
Temperatura: *36,5* °C
Antecedentes: () Has () DM () Infarto () Tabagismo () Alcoolismo Outros _____
Doença Atual _____

ALIMENTAÇÃO/DIETA

Aceitou () Não aceitou () Aceitou parcialmente () Amamenta ()
SNG: */ / /* SNE: */ / /*

ELIMINAÇÕES

Vesicais: () Presentes () Ausentes () com traços de sangue

SVD: */ /*

SVA: */ /*

REPOUSO

() Isônia () dificuldade de conciliar/ manter sono () Sono preservado

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

16 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSO

ACESSO

() Scalp data: *02/04/18*

CONDICÃO DE PULSÃO

AVALIAÇÃO DA DOR EM ESCALA:

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Local da dor: _____

CONDUTA TERAPÉUTICA

anexo

PROCEDIMENTOS:

(Medicação (Curativo (Sondagem (Nebulização (Outros

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

1. *SSS*

2. *anexo*

3. *anexo*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

anexo

MAMANGUAPE

Rua Marquês de Herval, S/N, Centro, MAMANGUAPE - PB - CEP: 58287-000

2^a Vara Mista de Mamanguape

0802232-80.2019.8.15.0231

AUTOR: ROSIANE LISBOA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

1. Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98, do CPC.
2. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo de designar audiência de conciliação** (CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM), após oportuna a análise da conveniência e, especialmente, considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo e não há nulidade sem prejuízo.

Avolumam-se em todas as unidades judiciárias pedidos de cobrança de indenização pelos danos pessoais sofridos em decorrência de acidente com veículo automotor de via terrestre mediante seguro DPVAT e, não obstante, as seguradoras apenas realizam acordos com os segurados após perícia médica. Não por outro motivo, inúmeros mutirões de seguro DPVAT já foram criados pelo TJPB na tentativa de agilizar a resolução das demandas.

3. **Cite-se a parte Ré para contestar** o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

4. Transcorrido o prazo concedido para a defesa e sendo esta apresentada com (I) preliminares¹, (II) defesa indireta de mérito² ou (III) juntada de documentos³, fale a parte autora, no prazo de 15 dias, permitindo-lhe a produção de prova (itens I, II e III), ou a impugnação correspondente (item III).

5. Sendo necessária a realização de perícia médica e não tendo sido apresentados os quesitos, intimem-se as partes para, no prazo comum de cinco dias, apresentar a quesitação e, querendo, indicar assistente técnico.

6. Após, faça-se conclusão para apreciação de eventuais preliminares e nomeação do perito, se for o caso.

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado/carta.

17 de julho de 2019

JUIZ(A) DE DIREITO

Endereço para intimação/citação/notificação dos(a/s) promovido(a/s)/impetrado(a/s):



Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

1 CPC - Art. 351. Se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no [art. 337](#), o juiz determinará a oitiva do autor no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe a produção de prova. **Art. 337.** Incumbe ao réu, antes de discutir o mérito, alegar: I - inexistência ou nulidade da citação; II - incompetência absoluta e relativa; III - incorreção do valor da causa; IV - inépcia da petição inicial; V – perempção; VI – litispendência; VII - coisa julgada; VIII – conexão; IX - incapacidade da parte, defeito de representação ou falta de autorização; X - convenção de arbitragem; XI - ausência de legitimidade ou de interesse processual; XII - falta de caução ou de outra prestação que a lei exige como preliminar; XIII - indevida concessão do benefício de gratuidade de justiça.

2 CPC - Art. 350. Se o réu alegar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, este será ouvido no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova.

3 CPC - Art. 437. O réu manifestar-se-á na contestação sobre os documentos anexados à inicial, e o autor manifestar-se-á na réplica sobre os documentos anexados à contestação. § 1º Sempre que uma das partes requerer a juntada de documento aos autos, o juiz ouvirá, a seu respeito, a outra parte, que disporá do prazo de 15 (quinze) dias para adotar qualquer das posturas indicadas no [art. 436](#). **Art. 436.** A parte, intimada a falar sobre documento constante dos autos, poderá: I - impugnar a admissibilidade da prova documental; II - impugnar sua autenticidade; III - suscitar sua falsidade, com ou sem deflagração do incidente de arguição de falsidade; IV - manifestar-se sobre seu conteúdo.

