

PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE(S): Rossivaldo Cassiano da Silva, brasileiro (a),
solteiro, Autônomo, inscrito no CPF sob nº
047.240.494 - 64, podendo ser intimado (a) no (a) Rua
João Soares de Oliveira, 342, Ramadinha,
Campina Grande, Paraíba, CEP: 58400-000, neste ato nomeia
e constitui como seu bastante procurador e advogado

OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de _____ - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o "alvará judicial", decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

Campina Grande - Paraíba, aos 10 de outubro de 2019.

X Rossivaldo Cassiano da Silva

Outorgante



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: _____, brasileiro (a), _____, inscrito no CPF sob nº _____, podendo ser intimado (a) no (a) Rua _____,

_____, _____, Paraíba, contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de _____ - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo, da causa, firmados na cláusula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsará, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 20% (vinte por cento) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Alagoa Nova - Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Campina Grande - Paraíba, aos 10 de outubro de 2019.

Contratante: X *Emmanuel Saraiva Ferreira*

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Rosivaldo Cassiano da Silva, brasileiro (a), solteiro,
Autônomo, inscrito no CPF sob nº 047.240.494 - 64, podendo ser
intimado (a) no (a) Rua Jose Soares de Oliveira, 342,
Ramadinha, Campina Grande, Paraíba. Declaro que não posso suportar as
despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e
de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça,
nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Campina Grande – Paraíba, aos 10 de outubro de 2019.

x Rosivaldo Cassiano da Silva

Declarante.





REGINALDO SEVERINO DA SILVA
RUA JOSE SOARES DE OLIVEIRA, 342 - RAMADINHA
CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58400000 (AG-401)



Logradouro: MONTEFÁSCIO
Cidade: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RES DENCIAL
Fone: 11-40-1105-750 Referência: Set / 2019
Vendedor: 00C3910520E Emissão: 16/05/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Ramundo Afonso, 4789 - BR 230 - KM 150 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ: 06.596.0001-95 Insc. Est. 16.003.339-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004.669.615
Cód. para Dêb. Automático: 00000301127

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	18/09/2019	18/10/2019	633.840.597-00

UC (Unidade Consumidora): 4/30112-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/09/19	Leitura 4548	Data 18/09/19 Leitura 4647	1	101

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq.	Icms(R\$)	Base Calc.	Pis(R\$)	Cofins(R\$)
3201	Consumo em kWh	101,000	0,792E40	79,99	79,99	27	19,99	79,99	0,49
3201	Adic. B. Verbal			5,93	5,93	27	1,57	5,93	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
3207	CONTROLE LUMINILICA			5,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3204	JLROS DE LORA (9/2019)			0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3205	MULTA DE C/19			1,65	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC - Código de Classificação do Item TOTAL 91,61 79,92 21,55 79,92 0,53 2,45
Taxa de Tributos 0,507330

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
106	25/09/2019	R\$ 91,61

Histórico de Consumo (kWh)

91	108	105	99	114	122	114	112	117	105	106	108
Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Maio/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20

RESERVADO AO FISCO

3b5c.70c4.0439.7215.8530.7cdb.aa6d.cdb0.

Indicadores de Qualidade 7/2019 - BORBOREMA

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIESESA	5,55	1,00	NOMINAL 120
DIESESA	11,10		
DIESESA	22,21		
FIESESA	3,30	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIESESA	6,60		
FIESESA	13,20		
DM	8,30	1,00	
DMF1	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BD	18,49	18,00
Compra de Energia	31,59	34,49
Serviço de Transmissão	3,46	3,81
Encargos Setoriais	3,72	4,05
Impostos Diretos e Encargos	36,32	39,65
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	91,61	100,00

Valor do EUSD (Ref 7/2019) R\$26,97

ATENÇÃO

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00090.0000030349.03600000278.313176280230000009161

PAGADOR: REGINALDO SEVERINO DA SILVA - CPF/CNPJ: 533.840.597-00

RUA JOSE SOARES DE OLIVEIRA, 342 - RAMADINHA - CAMPINA GRANDE / PB - CEP: 58400000

Nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
314903300002783-3	000330112201909	25/09/2019	R\$ 91,61	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 06.596.0001-95

Av. Dep. Ramundo Afonso, 4789 - BR 230 - KM 150 - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do beneficiário: 3084-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 04/12/2019 19:34:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120419341697600000025864663

Número do documento: 19120419341697600000025864663



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº07098.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 18/05/2019

Hora: 19:22:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Av. Portugal, Bodocongó, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Hiper Motel

PARTE(S)

COMUNICANTE

Nome: Reginaldo Severino da Silva%

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria das Dores Silva e Severino Marcolino da Silva

Idade: 67

Data de Nascimento: 13/03/1952

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Aposentado

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 533.840.597-00, RG nº 3305369 SSP/RJ

Endereço: Rua José Soares de Oliveira, 342, Ramadinha, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Assembléia de Deus

Telefone: (83) 98624-4517

VITIMA

Nome: Rosivaldo Cassiano da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Valdeci Cassiano da Silva e Reginaldo Severino da Silva

Idade: 37

Data de Nascimento: 21/03/1982

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Autônomo

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 047.240.494-64, RG nº 2814808 SSP/PB

Endereço: Rua José Soares de Oliveira, 342, Ramadinha, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Igreja Assembleia de Deus

Telefone: (83) 98624-4517

Procedimento Policial: 07098.01.2019.2.00.401





TESTEMUNHA

Nome: Carlos Antonio Leopoldino da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria de Lourdes Leopoldino e Pedro Severino da Silva
Idade: 45 **Data de Nascimento:** 07/05/1974 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Encanador
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 014.833.604-31, RG nº 3271247 SSDS/PB
Endereço: Rua Manoel Mota, Bodocongó, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Hiper Motel
Telefone: (83) 98895-7257

TESTEMUNHA

Nome: Maria do Socorro Souza Alves
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Gorete de Souza Alves
Idade: 43 **Data de Nascimento:** 15/11/1975 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Doméstica
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3317583 SSP/PB
Endereço: Rua Manoel Mota, Bodocongó, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Hiper Motel
Telefone: (83) 98631-1588

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Que na data, horário e local informados acima, narra o comunicante, pai da vítima, no momento em que a vítima ao cruzar a avenida, foi atropelado pelo condutor de nome Miranildo Cornélio de Araújo, que conduzia o automóvel de marca GM, modelo Astra, Ano/Modelo 2001/2001, de cor prata, de placa KJL 7709/PB, residente na rua Pedro Xavier, nº 51, bairro Severino Cabral, Campina Grande/PB; Que o condutor do veículo foi interceptado por terceiros, e que ao ser ameaçado de ser linchado, conseguiu se safar do local; Que a vítima fraturou as duas pernas, além de várias escoriações pelo corpo, como constam nos laudos médicos em anexo, tendo a vítima sido socorrida pelo Samu e encaminhada ao hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi feito atendimento médico; Que o comunicante informa que a filha do condutor do veículo, o procurou em sua residência, e que assim, conseguiu os dados do condutor do veículo; Que afirma o comunicante que as testemunhas relataram que o condutor do veículo se encontrava sob influência de bebida alcoólica; Que o comunicante afirma ter o desejo de representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Procedimento Policial: 07098.01.2019.2.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 01 de julho de 2019.

Josefa Alves de Assis
Bel.^a Josefa Alves de Assis
Delegada de Polícia Civil

JOSEFA ALVES DE ASSIS

Delegado(a) de Polícia Civil

Reginaldo Severino da Silva
REGINALDO SEVERINO DA SILVA

Noticiante

Alan Anderson C. Ramos
ALAN ANDERSON CHAVES RAMOS
Agente Operacional de Polícia Civil

Procedimento Policial: 07098.01.2019.2.00.401.





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, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570607

Vítima: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos 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.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14856855





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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190570607

Vítima: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000557883-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01797/01798 - carta_15R - INVALIDEZ





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 18/5/2019	HORA: 19:22 HRS	ID Nº: 1775830
NOME: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA		
QUEIXA: ATROPELAMENTO		
LOCAL: AV - PORTUGAL - BODOCONGÓ		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 4 de junho de 2019.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



DIAGNÓSTICO / CID:
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Camisia coral

DO: 35 - Paciente consciente e orientado, eufórico, hidratado. Refere dor no corpo todo. Ainda não foi medicado, # abdômen: global, difuso, doloroso em FIE à palpação superficial e profunda.

POSSIBIL: sem alterações.

CO: Alta da cirurgia pelo Aterciado da hipertensão.

Medico Thiago da S. Peixoto
MEDICO RESIDENTE
CIRURGIA
CRM 9568/PB

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs

() Centro cirúrgico

() Internação (Setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Prof. Bernardino da Silva

10.1.1.148/projelehticgl/impreclassi.php?conar=1900128&dataatend=2019-05-18&braatend=20:34:20

HTCG-Painel Administrativo

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ordena
André de M. Del
e de ferir de um mag
ex fessio e de qm
foi prime
Sr. Agos encerra de
na indagação pelo
ordem do unvers
de ferir

Sr. Cesar Castro
Fisiologia

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia y Traumatología
CRMPE-0987 CRMRN-8320

ver

Desafrar vintna de etropionomente
Ao exama ECG = 12/1 HR
TCC 1 S/ alteração grado
OP = AIB de 12/1
Ao condado da D12/12/12

[Handwritten signature]

SERVIÇOS REALIZADOS;

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDAIDE


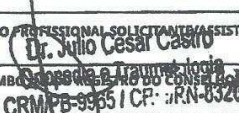
2/3



19/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da Internação: 19/05/2019 Hora: 00:58:41

 Sistema Único da 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 - N° DO PRONTUÁRIO	
ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA		1900260	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		21/03/1982	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Masc <input checked="" type="checkbox"/> H Fem <input type="checkbox"/> B		VALENCIA CASSIANO DA SILVA	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)	
83 987979405		JOSE SOARES DE OLIVEIRA, 342, RAMADINHA	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL	
Campina Grande		250400	
15 - UF		16 - CEP	
PB		58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Acidente de moto. Dor e edema em fêmur D			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Cirurgia			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Exame físico e radiográfico			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Fratura prox D			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	
		02	
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		706509310860293	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
JULIO CESAR RIBEIRO DE CA		19/05/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO		33 - N° DO BILHETE	
 Dr. Julio Cesar Castro Especialista em Traumatologia CRM-PB 9965 / CP: JRN-0520			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CAREMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			





Evolução de enfermagem da Ala Intensiva II

NOME: Rozivaldo Carrasco da Silva DATA: 22/05/19
IDADE: 37 PRONTUÁRIO: 1300260 ENFERMARIA: 6-3
CLIENTE: () CLÍNICO () CIRÚRGICO DIAGNÓSTICO MÉDICO/CIRURGIA:

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Estado geral: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Letárgico
Resposta a estímulos: ☒ Verbais ☐ Não responsivo
☒ Cooperativo ☐ Reativo

ATIVIDADE FÍSICA

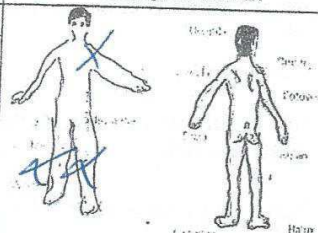
Mobilidade Física: ☒ Deambula ☐ Deambula c/ ajuda ☒ Acamado ☐ Atrofia de membros ☐ Deficiência Física

INTEGRIDADE FÍSICA

Pele e mucosas:

☒ Hidratadas ☐ Desidratadas ☐ Normocoradas ☐ Hipocoradas ☐ Ictéricas

Presença de Lesões:



SONO E REPOUSO

☐ Preservados ☐ Sonolento

Higiene corporal:

☐ preservada ☐ prejudicada

OXIGENAÇÃO

☒ Eupneia ☐ Taquipneia ☐ Traqueostomia ☐ Murmúrios vesiculares ☐ Cianose
Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Tosse ☐ Ruídos adventícios: ☐ Expectoração

HIDRATAÇÃO

☒ Hidratada ☐ Desidratada
Ingestão hídrica ml/dia
Edema
Restrição hídrica ml/dia

NUTRIÇÃO

Aceitação alimentar: ☐ Boa ☐ Regular ☒ Ruim
Estado Nutricional: ☐ Normal ☒ Obeso ☐ Desnutrido ☐ Emagrecido
Dieta Zero ☐

ELIMINAÇÃO

Diurese: () Ausente ☒ Presente
() Oligúria
() Uso de diuréticos
Características: ☒ Ausente ☒ Presente
Características: 03 dias
() Náusea () Vômito

REGULAÇÃO VASCULAR

☒ Normocardia ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia
Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso

REGULAÇÃO TÉRMICA

☒ Normotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Hipotérmico

SENSOPERCEÇÃO - DOR

Localização:

EVA:



USO DE DISPOSITIVOS:

☒ AVP: MST Data: 22/05/19
() CVC: Data:
() Dissecção: Data:
() CTI: Data:

() SNG - Data:
() SOG - Data:
() SNE - Data:
() GTT - Data:

() Cateter de O₂ l/min
() Máscara de Venturi %
() VNI () TQT
() Ventilação Mecânica

() SVA Data:
() SVD Data:
() Dreno Data:
() Ostomia

Intervenções

Enfermeiro(a)/COREN:

Érika de Souza Miranda
COREN-PB 102681-ENF





GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Unidade 2		
NOME:	Rivaldo Cassiano da Silva		
PROCEDIMENTO:	FX bilatovar		
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:LOCAL: ASD	GELCO Nº:	20	AVC <input type="checkbox"/> JEJU <input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input checked="" type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PB CEP: 58.432-809

Email: chiefarhttraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

PARAÍBA, 04 DE 12 DE 2019



MA

CONTROLE CIRÚRGICO

Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0543

Paciente: Rozivaldo Cassiano da Silva
Hospital: de Trauma e C. Grande
Médico: Dr. Andre + Dr. Everlan
Data da Cirurgia: 29/05/19 Procedimento: Frnt. Bi-Lateral Platô
Prontuário: 1900260 Convênio: _____
Instrumentadora(O): Ana + Thiago Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
02	Placas em L esquerda com 12 furos 4,5	
01	Placa em L direita com 12 furos 4,5	
01	Placa em L direita com 10 furos 4,5	
16	Parafusos corticais 4,5 3 1 2 4 3 1 1 1 30 32 34 36 38 42 52 70	
06	Parafusos esponjosos 6,5 4 2 80 85 Rosca 38	

Recife, 29 de 05 de 2019

Circulante

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9990

Médico Responsável



HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: Ronaldo C de Almeida		IDADE: 07		SEXO: M		COR: A	
DATA: 29/05/19		PRESSÃO ARTERIAL: 110x70		PULSO: 80		RESPIRAÇÃO: 12		TEMPERATURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:		HEMÁCIAS:		HEMOGLOBINA:		HEMATÓCRITO:		GLICEMIA:	
		URINA:						URÉIA:	
								OUTROS:	
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				ATARAXICOS		CORTICOIDES		ALERGIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO				HIPOTENSORES		ALERGIA		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES						ESTADO FÍSICO			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA AS		EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS		INDUÇÃO							
		Satisf.: Excit.: Tosse:							
		Laringo espasmo: Lenta:							
		Náuseas: Vômitos:							
		Outros:							
LÍQUIDOS		MANUTENÇÃO							
		Procedimento - 2m							
		Injeção - 0,1m							
		Clorpromazina - 0,2g							
		Clonidina - 0,1g							
		Atropina - 0,5							
		Procaina - 1%							
		Morfina - 0,6							
		Tiletal - 40							
		Etomidato - 0,1							
		ANESTESIA SATISF.: Sim Não							
		Não, por quê?							
CÓDIGOS		DESPERTAR							
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO		Reflexos na SO:							
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		Obstr.: Co.: Excit:							
		Náuseas: Vômitos:							
		Outros:							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		Com cânula:							
		Paro o Leito Sim Não							
		CONDIÇÕES:							
POSICÃO									
AGENTES									
TÉCNICA		(CÂNULAS)							
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA			

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



29/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 29/05/2019

NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 140530

DATA DA CIRURGIA: 29/05/2019

Número do Atendimento: 1900260 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data da Internação: 19/05/2019

Atendimento:1900260

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:OSTEOSSINTESE

Data da Cirurgia:29/05/2019

Equipe:

Cirurgião:ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:ROBERIO MARINHO ALVES

Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:NÃO

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NÃO OCORREU

Descrição da Operação:1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL EM PERNA ESQUERDA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DA PERNA ESQUERDA+ FIXAÇÃO COM PLACA EM PONTE + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA

5 - INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL EM PERNA DIREITA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

6 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DA PERNA DIREITA+ FIXAÇÃO COM PLACA EM PONTE + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA

7 - LAVADO DE FO COM SF

8 - SUTURA POR PLANOS

9 - CURATIVOS

10 - À URPA

Data 29/05/2019

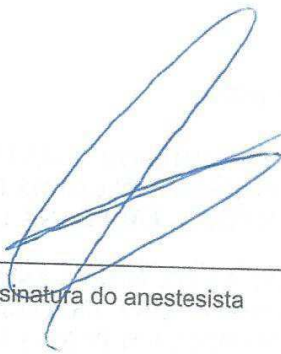

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825
Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo





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:		


Assinatura do anestesista



CHECKLIST DE

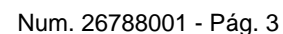


CARRO DE ANESTESIA TESTADO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
LARINGOSCÓPIO MONITOR MULTIPARÂMÉTRICO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FALTA DE EQUIPAMENTO/MEDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM QUAL? <input type="checkbox"/> NÃO	
ANESTESISTA RESPONSÁVEL		



c: limpa

Mitena



Assinatura Anestesiista	
Circulante	
Observações:	

[illegible]

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Condição
14:00	79x39	90	97%	Swati	—	Condição
14:30	138x89	56	90%	Swati	—	Condição
15:00	103x52	56	96%	Swati	—	Condição
15:30	100x60	95	97%	Swati	—	Condição

Paciente:	Roberto da Silva	Idade:	37 a
Convênio:	245	Data:	29.05.19
Procedimento:	Artroscopia de joelho		
Cirurgião:	Dr. Roberto		
Auxiliar:	Dr. Roberto		
Anestesiista:	Dr. Roberto		
Início:	11:45	Término:	13:50
Anestesia	Propofol		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARAIBA





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

PACIENTE:	ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA
DATA DO EXAME:	18/05/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pericárdico ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

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

DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683



01/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

NOME : Everlan Da Silva Meira
Data: 01/06/2019
CNPJ: 08.778.268/0038-52

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Botim de Emergência (B.E) - Modelo 03

GOVERNO
DA PARAIBA



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data da Internação: 19/05/2019 Data da Alta: 01/06/2019

Registro: 1900260

Tempo de Permanência: 18036

Diagnóstico Inicial: 0408050551

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAMES LABORATORIAIS + RAIO-X

Cirurgia: RAFI Data: 29/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesia:

Medicamentos: ATB+ANALGÉSICO+ AINE

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS COM MELHORA DO SEU QUADRO

Orientações: CUIDADOS COM A HIGIENIZAÇÃO DA FERIDA+ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS+ FISIOTERAPIA

Dieta: DIETA LIVRE

Medicações para Casa:: XARELTO + CIPROFLOXACINO + LOXONIN

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de: ORTOPEDIA em: 15/06/2019 para retirada de pontos

ao Ambulatório de: ORTOPEDIA em: para revisão RepousoOdiás

10.1.1.148/projeção/impresumoailla.php?conta=1900260

1/2





18/05/2019



do paciente ou responsável (quando necessário)

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4.700 - Mairim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 18/05/2019

Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA Idade: 037 N° ATEND: 1900128

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 18/05/2019 HORA: 20:34:20

ESPECIALIDADE: **CLINICA**

MOTIVO: ATROPELAMENTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: POR CARRO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (SIM (X) NÃO HAS (SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA (SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NÃO S
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPICASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor										pior dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HTO3-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO			

OBS: SAMU CG
ENFERMEIRO COREN
acolhimento

Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 04/12/2019 19:34:25

01/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 01/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME : Everlan Da Silva Meira



**GOVERNO
DA PARAIBA**



**GOVERNO
DA PARAIBA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ROSIVALDO CASSIANO DA SILVA

Data da Internação: 19/05/2019

Data da Alta: 01/06/2019

Registro: 1900260

Tempo de Permanência: -18036

Diagnóstico Inicial: 0408050551

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAMES LABORATORIAIS + RAIOS-X

Cirurgia: RAFI

Data: 29/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: ATB+ANALGÉSICO+ AINE

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS COM MELHORA DO SEU QUADRO

Orientações: CUIDADOS COM A HIGIENIZAÇÃO DA FERIDA + ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS + FISIOTERAPIA

Dieta: DIETA LIVRE

Medicações para Casa: XARELTO + CIPROFLOXACINO + LOXONIN

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : ORTOPEDIA em : 15/06/2019 para retirada de pontos

ao Ambulatório de : ORTOPEDIA em: para revisão Repouso 0 dias

10 1 1 148/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1900260

1/2

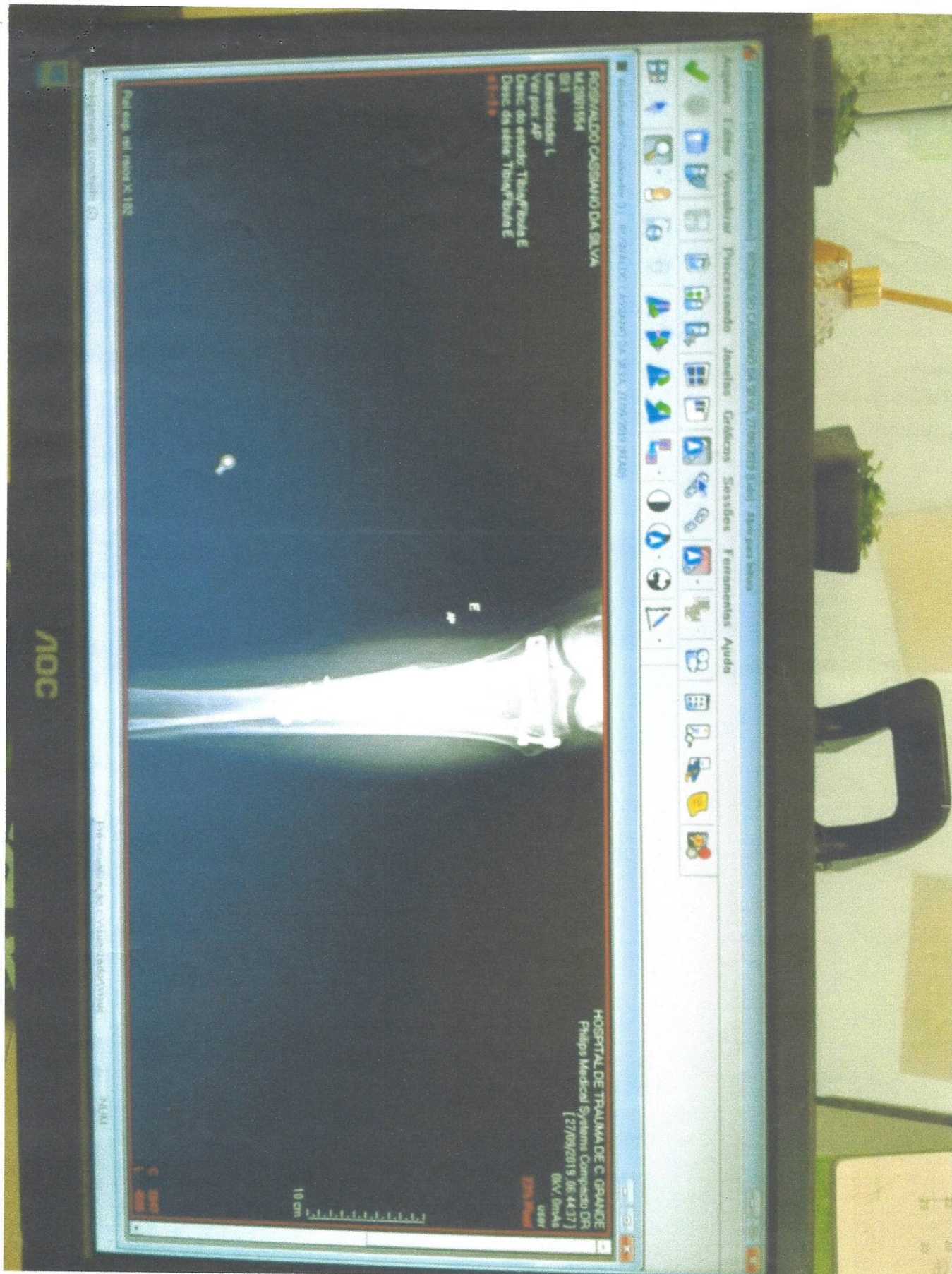


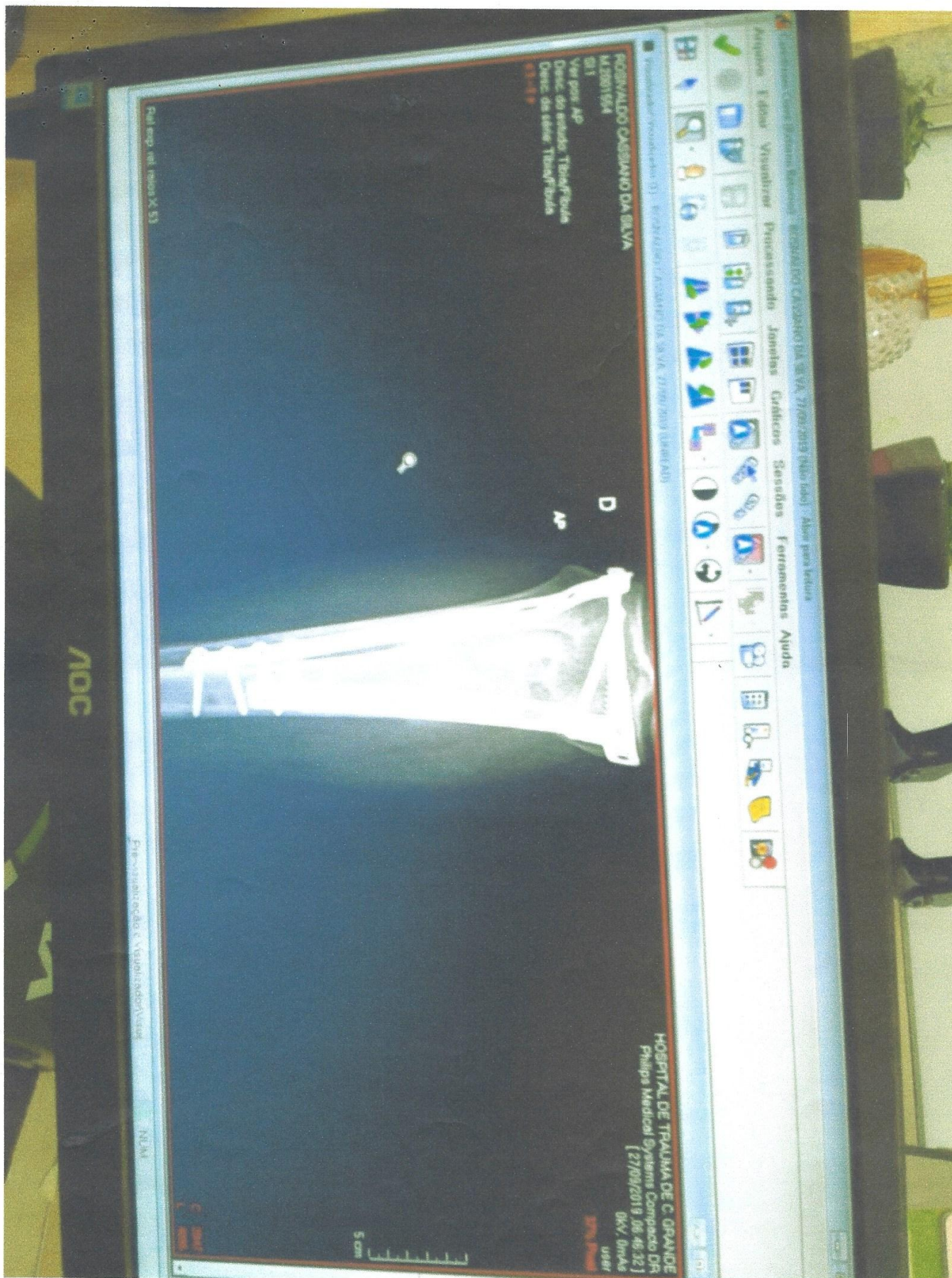
Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 04/12/2019 19:34:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120419342428600000025864844>

Número do documento: 19120419342428600000025864844

Num. 26788002 - Pág. 4







Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0830864-30.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Como é cediço, em inúmeros feitos dessa natureza, a parte promovida não tem demonstrado qualquer intenção de fazer acordo em sessões de conciliação, o que só vem ocorrendo em Mutirões do DPVAT, razão por que deixo de designar a audiência conciliatória.

Cite-se, na forma legal.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

Juiz(a) de Direito

