



Avaliação Audiológica

Nome: RAFAEL CAMBOINHA DE SOUZA
Dt. Nasc.: 27/12/1991 - 26 anos Sexo: Masculino
RG: CPF:

Convênio: SUS
Audiômetro: BETA 6000

Data: 06/12/2018
Calibr:18/07/2018

Médico Solicitante:

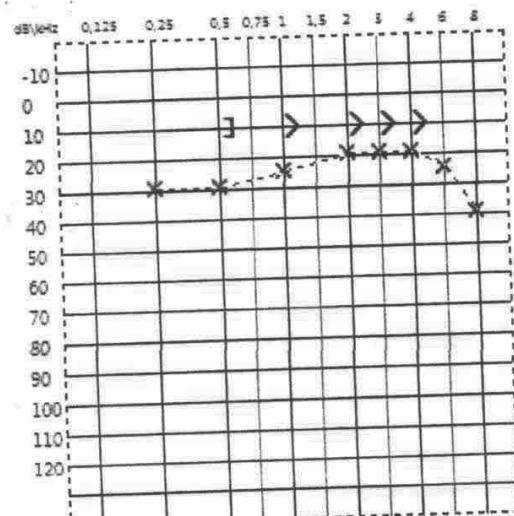
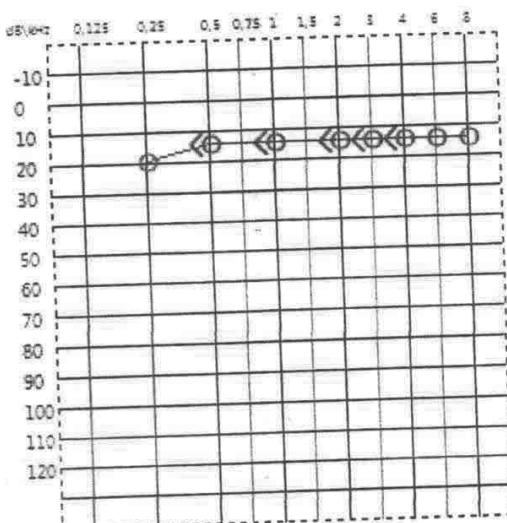
Meatoscopia

Direita

Esquerda:

Audiometria

Oreja Esquerda



Audiometria - Valores

		125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
Dir	Aérea		20	15		15		15	15	15	15	15
	Óssea			15		15		15	15			
Esq	Aérea		30	30		25		20	20	20	25	40
	Óssea			10		10		10	10	10		

Logoaudiometria

IPRF			
	%	Intens. (dB)	Masc. (dB)
D	Mono.		
	Diss.		
E	Mono.		
	Diss.		

LDV	
	D
intens.	
Masc.	

SRT

Parecer do Fonoaudiólogo

OP. LUMÍNARES AUDITIVOS NORMAIS.

OD: LIMIARES AUDITIVOS NORMAIS.
OF: PERDA AUDITIVA CONDUTIVA EM 250Hz, 500Hz E 8kHz.

- CRFa6570MG/TPB - Viviane Hirsch Cazamajou



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA, brasileiro(a), desempregado, solteiro, portador de cédula de identidade sob nº 7287036, e inscrito no CPF sob nº 105.482.124-06, residente e domiciliado na rua Leonardo Camboim, Centro, Mãe D’água-PB, CEP 58740-000.

OUTORGADO: Luan Pereira Dantas, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 25.917 OAB/PB, com escritório profissional situado na rua Luiz Furtado de Figueiredo, nº20, Centro, Mãe D’água-PB, CEP 58740-000.

PODERES: todos os poderes para foro em geral, com clausula “*ad judicia et extra*”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-los nas contrarias, seguindo umas e outras até a final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para executar, receber alvará judicial e requisitório de pequeno valor (RPV), dar quitação e para o recebimento de indenização, transigir, pedir desistência da ação, firmar acordo, substabelecer outro procurador, com ou sem reserva de poderes; representa-lo perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, promovendo tudo o bastante para o fiel cumprimento deste mandato, até final decisão, ou o desaparecimento, prematuro ou não, dos poderes aos quais se presta.

Mãe D’água PB 30 de novembro de 2018

Rafael Camboim de Souza

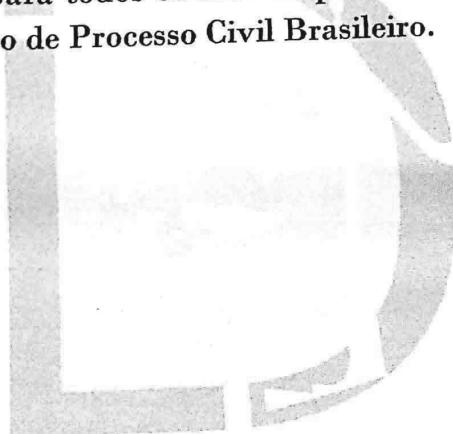
RAFAEL DE SOUZA CAMBOIM

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA, brasileiro(a), desempregado, solteiro, portador de cédula de identidade sob nº 7287036, e inscrito no CPF sob nº 105.482.124-06, residente e domiciliado na rua Leonardo Camboim, Centro, Mãe D'água-PB, CEP 58740-000, declaro para todos os fins de direito, que sou pobre na forma da lei e não tenho condições de arcar com as despesas e custas processuais sem comprometer o meu sustento e de minha família. Diante disso solicito que me seja concedido a gratuidade da justiça para todos os atos do processo, nos termos do art. 98 e seguintes no Código de Processo Civil Brasileiro.



Luan Dantas
ADVOGADO / OAB/PB 25917

Rafael Camboim de Souza

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

... Centro - Mãe D'água/PB.

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:43:42, LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:41:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031214434001600000019192829>

Num. 19725922 - Pág. 2

Número do documento: 19031214434001600000019192829



Atendimento: 000000089147

Idade: 26 anos

Paciente: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Data: 16/11/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS

Técnica:

Aquisição volumétrica de 1,25 mm de espessura com reconstrução multiplanar.

Análise:

Fratura linear na parte escamosa do osso temporal esquerdo.

Fratura transversal acometendo a porção das células da mastóide e ouvido médios esquerdos, parede posterior da ATM, continuando-se no conduto auditivo externo, com afastamento dos fragmentos.

Velamento das células da mastóide e da cavidade epítimpânica envolvendo a cadeia ossicular.

Estruturas do labirinto, parte nervosa e vascular integras.

Mastóide direita sem alterações.

Pequeno espessamento mucoso focal no seio maxilar esquerdo.

Impressão Diagnóstica:

Fratura linear na parte escamosa do osso temporal esquerdo.

Fratura transversal acometendo a porção das células da mastóide e ouvido médios esquerdos, parede posterior da ATM, continuando-se no conduto auditivo externo, com afastamento dos fragmentos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 16/11/2018 21:56.

Dr. Marcos Antonio F. Silva
CRM 9740 - PB





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Souza

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)

horas, necessitando de _____ (_____)

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

10h 00m e quinto
06

DIAGNÓSTICO CID _____

malas visões de esmig
infecções de esmig
Campina Grande, _____ / _____ / _____

Assinatura do Médico - CRM N°

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
N. 06 AGO 2018 C
CRM-PB 14434768500000019192840

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





Rua Moacir Leitão, nº 922, Bairro Belo Horizonte, Patos/PB, CEP: 58704-330 - Tel.: (83) 3423-2553 e-mail: dpcentralpato@gmail.com

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3427/2018

Aos **NOVE (09)** dias do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, na presença da Autoridade Policial, **BEL. DEMETRIUS PATRICIO LIMA DE MELO**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 09h15min compareceu: **RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA**, brasileiro (a), solteiro (a), Servente de Pedreiro, com 26 anos, data de nascimento 27.12.1991, RG: 7.287.036 SSP/PB, CPF:105.482.124 06, natural de Mãe D'água - PB, filho (a) de Luiz de Souza Camboim e de Vânia Maria de Souza, residente na Rua Leonardo Camboim, nº 10, bairro Centro, Mãe D'água/PB, Fone: (83) 9.81542003 , A fim de prestar a seguinte queixa:

QUE, o (a) notificante afirma que no dia (06/05/18) por volta das 23h00min conduzia na PB 276 entre as cidades de Mãe D'água/PB e São José do Bomfim/PB, sua motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, PLACA: MOS 9920/PB, CHASSI: 9C2JC30102R113492, RENAVAM: 00770676774, ANO: 2001/02, COR VERMELHA, Licenciada em nome de Francisco Djanildo Lopes; Que o declarante afirma que um veículo que vinha logo atrás do seu fez uma ultrapassagem e após a manobra fechou a estrada para ele; Que o declarante diz que freou para não colidir com o carro, porém com a frenagem perdeu o controle vindo a cair, perdendo os sentidos na hora; Que o declarante foi socorrido por uma pessoa que passava e em seguida acionou o SAMU que prestou os primeiros socorros e o conduziu para o HRP de Patos/PB; Que ao diagnosticar a gravidade das lesões, o declarante foi transferido para o hospital de trauma de Campina Grande/PB.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Rafael Cambain de Souza

Belo Horizonte, 09 de Agosto de 2018.

Hermando Barbosa Rodrigues
Policial Civil
Mat.: 168.548-1



VANIA MARIA DE SOUZA RUA LEONARDO CAMBOIM, 10 - CENTRO MAE D'ÁGUA / FB CEP: 58740000 (AD: 133)		energisa ENERGISA PARANÁ SISTEMA D'ÁGUA DE ENERGIA S/A CEP: 58740000 (AD: 133) Endereço: Rua 25 de Março, 280 - Centro - Foz do Iguaçu - PR - CEP: 85807-080 CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.015.623-0 Roteiro: 3-195-310-2880 N° medidor: 00008864877	
Emissão: 10/07/2018 Referência: JU/ 2018 Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPÓLICO Br280, Km 25 - Cristo Redentor, João Pessoa / PB - CEP: 58071-880 Roteiro: 3-195-310-2880 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0008122674 Cód. para Deb. Automático: 00002120540			
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br			
Conta referente a Jul' 2018	Apresentação 10/07/2018	Data prevista da próxima leitura 09/08/2018	CPF/ CNPJ/ RANI 813.924.61- Insc. Est.
UC (Unidade Consumidora): 5/262054-0		Canal de contato	
Anterior Atual Constante Consumo Dias Data Leitura Data Leitura Constante Consumo Dias 08/06/18 4905 10/07/18 5037 1 182 32			
Demonstrativo CCI Descrição Quantidade Tarifa Custo Base Custo Alíq. Icms(R\$) Custo Custo Pe(R\$) Custo IPI(R\$) Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pe(Cofre(R\$)) IPI(Cofre(R\$)) (10,043%)(4,986%)			
0801 Consumo em kWh 132.000 0,795000 97,68 87,58 27 28,34 87,58 1,05 4,67 0801 Alic. B. Vermelha 9,66 9,66 27 3,86 9,39 0,11 0,46			
CCI Código de Classificação do item TOTAL 107,42 107,42 00,00 107,42 1,16 5,36			
Média últimos meses (kWh) 140	VENCIMENTO 17/07/2018		TOTAL A PAGAR R\$ 107,42
Histórico de Consumo (kWh) 98 106 113 117 117 140 149 183 185 182 173 137 114 JUN/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Maio/18 Jun/18			
RESERVADO AO FISCO: e153.b3a7.9f5a.41e7.5a63.cc8d.7df3.6ea6.			
Indicadores de Qualidade 5/2018 - Itens		Composição do Consumo	
Limites da ANEEL DMC ANUAL: 19.718 0,00 DMC TRIMESTRAL: 19.718 0,00 FIC ANUAL: 20.000 0,00 FIC MENSAL: 20.000 0,00 FIC TRIMESTRAL: 19.945 0,00 FIC ANUAL: 19.945 0,00 DMC: 12.221 0,00 DICRI: 12.221 0,00	Apurado NOMINAL	Limite de Tensão (V) 220	Discriminação Serviço de Dist. da Energia (R\$) 29,00 23,27 Compra de Energia 38,15 38,86 Serviço de Transmissão 9,83 9,57 Encargos Bemais 8,92 8,44 Impostos Diretos e Encargos 39,82 33,17 Outros Serviços 0,00 0,00 Total 107,42 100,00
ATENÇÃO		Faturas em atraso	



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento,
comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, 08 de maio de 2015


Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer
outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

MOD. 042





Paciente: Rafael Camilo de Souza		Enfermaria: UH - P024	Leito: 19	Data: 29/05/2019			
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINidoras		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Outro ()
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Mucosas pálidas ()
6	Integridade da pele prejudicada	Ansiedade ()					
7	Mobilidade Física prejudicada	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()					
8	Padrão respiratório ineficaz	Outros ()					
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()	
10	Risco de infecção	Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipneia ()
11	Risco de queda	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()
12	Padrão de sono prejudicado	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()
13		Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()
14		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()	Outro ()
		Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Dispneia ()
		Ascite ()	Quemaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()		Dispneia ()
		Drenos ()	Outros ()				
		Aumento da exposição ambiental à patógenos ()					
		Procedimentos invasivos ()		Outro ()			
		Mobilidade física prejudicada ()			Medicações ()		
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()				
		Falta de privacidade/controle do sono ()		Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()	
		Outro					
		Outro					



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Histórico de Créditos

Página 1 de 2

25/09/2018 09:53:27

Identificação do Filiado

NIT: 160.43050.62-6

CPF: 105.482.124-06

Data de Nascimento: 27/12/1991

Nome: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

Nome da mãe: VANIA MARIA DE SOUZA

Compet. Inicial: 06/2018

Compet. Final: 09/2018

Créditos do Benefício

NB: 6237293624

Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

APS: 13021090 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL PATOS

Data de Início do Benefício (DIB): 27/06/2018

Data de Cessação do Benefício (DCB): 11/09/2018

Data de Início do Pagamento (DIP): 27/06/2018

MR: R\$ 1.244,97

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
09/2018	27/06/2018 a 31/08/2018	R\$ 2.656,34	CMG - CARTAO MAGNETICO		03/10/2018		Não	Sim

Banco: 341 - ITAU OP: 669118 - PATOS-PB Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Data Cálculo: 19/09/2018 Origem: Concessão. Validade Início: 03/10/2018 Fim: 30/11/2018

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 2.655,93
110	CORRECAO MONETARIA DE CREDITO CONCESSAO	R\$ 0,41

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
09/2018	01/09/2018 a 11/09/2018	R\$ 663,97	CMG - CARTAO MAGNETICO		03/10/2018		Não	Sim

Banco: 341 - ITAU OP: 669118 - PATOS-PB Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 456,48
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	R\$ 207,49

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

- | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------|
| * 02 SRN | * 01 TOT N° 7.5 | * 03 petm gázes |
| * 06 amp. Midazolam | * 01 AMBU adulto | * 01 Iá-tex |
| * 03 amp. Fentanil | * 01 colar cervical M | * 01 monda de |
| * 03 reringas 20ml | * 01 prancha completa | aspiração N° 12 |
| * 01 reringa 5ml | * 04 comprimidos | |

E.C.G.: NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO**EXAME NEUROLÓGICO:** AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MADRÍASE**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:** ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:**DIAGNÓSTICOS:**

Pelotanatizado por anidoto Metileto.

PROCEDIMENTOS:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS | <input checked="" type="checkbox"/> INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL | <input checked="" type="checkbox"/> CÂNULA OROFARÍNGEA | <input type="checkbox"/> CRICOTIREIDOSTOMIA |
| <input checked="" type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") | <input type="checkbox"/> RESPIRADOR | <input checked="" type="checkbox"/> INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2) | <input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA |
| <input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA | <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO | <input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA | <input type="checkbox"/> CURATIVO |
| <input checked="" type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA | <input type="checkbox"/> SONDA GÁSTRICA | <input checked="" type="checkbox"/> SEDUÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS |
| <input type="checkbox"/> TALAS/TRAÇÃO | <input type="checkbox"/> OROTRAQUEAL | <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL |

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1) MIDAZOLAM (EV): 06 amp. (2 ml TOT + 4 ml Solução contínua).

2) FENTANIL (EV): 03 ml.

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIA (MÉDICOS):

Paciente intubado pela usg, encontra-se semi-imobilizado; ECG: 7. com hiperemia de consumo atípico. Procedida imobilização completa + TOT. Paciente apresenta obstrução importante à exalação + Rinsosres maderados; sem sinais de lesão importante em tronco, abdome e membros. Transportado de urg, intubado.

ENCAMINHAMENTO:

- LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE::MÉDICO: Dra. Nise Faria CRM: 10379 MAT: —ENFERMEIRO(A): Sandra Almeida COREN: 241-210 MAT: 31949269AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: Loucas COREN: — MAT: —CONDUTOR: Zé Almeida COREN: — MAT: —



MUNICÍPIO DE PATOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 192-01

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

H-13401

DATA 06/03/18	OCORRÊNCIA 2MJD	PACIENTE / USUÁRIO Rafael Camboim de Souza	IDADE 26	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DE OCORRÊNCIA PB 276	BAIRRO		MÉDICO REGULADOR Dr. Denilson	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO				

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRÉSSO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TERMICAS	

TIPO DE AGRADO:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input checked="" type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO: HRP

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO: Enfermeira

MOTIVO DE TRANSPORTE:

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Paciente politraumatizado, vítima de queda de moto (sic)
TCE grave.

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <30rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausência / PAS: >90mm Hg <90mm HgPA: N/A X FC: 68 TEMP: °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: 7 SpO2s/O2: — SpO2c/O2: 100

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução ineficaz das VAAA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

INTERVENÇÕES:

Realizado protocolo ABCDE, immobilização com colar cervical e prancha rígida, capnômetro SPO2, Oxi metra de pulso, venoclise, adm. medicação CPNI, EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Apoio à USG 09 (não fome do Bonfim)

Paciente, 26 anos, sexo masculino, vítima de queda de moto (sic), politraumatizado, glámero t, apresentando otorragia e rinorrágia bilateral. Foi a immobilização com colar cervical e prancha rígida, sedação (esamp. Midazolam - IV + 3ml pentanul IV), realizada IOT pelo MT com TOT N. 45 e respiração manual. Na 45' fome de SPO2 foi intubado no MRCO 04amp. Midazolam e 02amp. pentanul com gotejamento lento. Foi o trânsporte até o HRP, sem intercorrências.

06/03/2019 14:21:00





()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a Seguradora Líder DPVAT. O prazo para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180407619 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

CPF/CNPJ: 10548212406

Posição em 12-03-2019 08:51:07

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

01/02/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/01/2019	Interrupção de Prazo	Download
10/11/2018	Exigência Documental	Download
11/09/2018	Exigência Documental	Download
11/09/2018	Aviso de Sinistro	Download

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/3



Assinado eletronicamente por: LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:41:55, LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:44:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031214442348700000019192942>

Num. 19726038 - Pág. 1

Número do documento: 19031214442348700000019192942

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Download](#))

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





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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

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

POLITRAUMATISMO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

POLITRAUMATISMO

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

31- QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34- QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37- QTDE

*** PACIENTE COM NECESSIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

PROFISSIONAL SOLICITANTE

ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES

07/05/2018

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

2 2 7 5 0 3 2 3 8 0 0

Arturo Fernando Perez Nogales
Medicina Intensiva
CRM-PB 6520

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

MOD. 017



Ficha de Acolhimento

(SAMU)

Nome: <i>Rafael Cambóim de Souza</i>	Bairro: <i>Novo Diaquara PB</i>
End: <i>R. Bonacols Cambóim</i>	Documento de identificação:
Data de Nascimento: <i>21/12/1992</i>	Data do Atend.: <i>07/05/18</i> Hora: <i>14:19</i> Documento:
Queixa: <i>Ac. Moto</i>	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de HGT:	
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

AMARELO
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

AMARELO
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 26/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Leila Lima & S. Machado</i> CRM: 3165</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 26/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Politano</i></p> <p><i>Arturo Fernando Perez Nogales</i> Medicina Intensiva CRM-PB 6520</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 27/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Leila Lima & S. Machado</i> CRM: 3165, CPF: 362.955.184-18</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 27/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Politano</i></p> <p><i>Ihony Wesley Costa</i> Médico Residente / Cirurgia Geral CRM-PB 8499</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 28/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Politano</i></p> <p><i>Arturo Fernando Perez Nogales</i> Medicina Intensiva CRM-PB 6520</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 28/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Politano</i></p> <p><i>Arturo Fernando Perez Nogales</i> Medicina Intensiva CRM-PB 6520</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 29/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Leila Lima & S. Machado</i> CRM: 3165, CPF: 362.955.184-18</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 29/05/18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Leila Lima & S. Machado</i> CRM: 3165, CPF: 362.955.184-18</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA / / Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p>

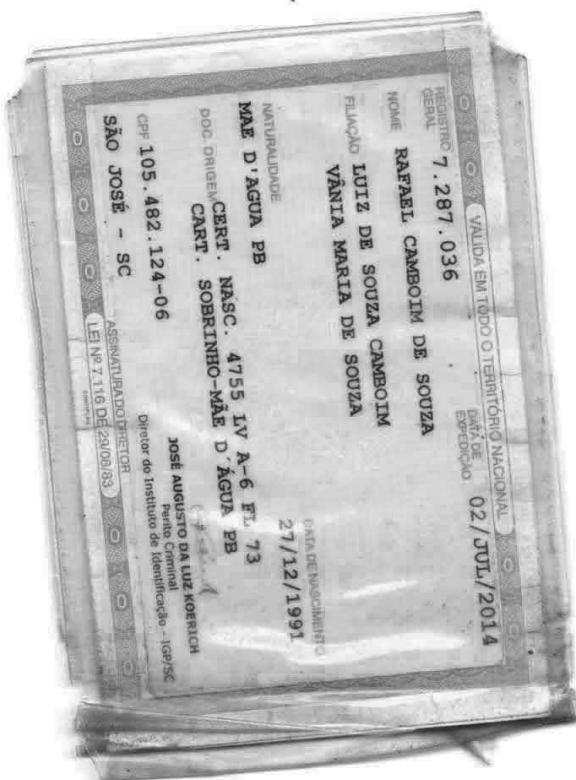


<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 10 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Arturo F. Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</i></p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 14 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Arturo F. Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</i></p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 18 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Dr. Raimundo da Costa Neto CRM-PB 3165-CPF 223.225.164-49</i></p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 11 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Dr. Raimundo da Costa Neto CRM-PB 3165-CPF 223.225.164-49</i></p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 15 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Dr. Raimundo da Costa Neto CRM-PB 3165-CPF 223.225.164-49</i></p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 19 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>TCE</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Dr. Dagiane M. Frazão Clínica Torácica CRM-PB 6109</i></p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 12 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Ana Lívia D. Balduíno Silva MÉDICA CRM-PB 7806</i></p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 16 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Arturo F. Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</i></p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 20 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>TCE</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Dr. Antônio Bidô Neto MÉDICO CRM-PB. 8108</i></p>
<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 13 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Ana Lívia D. Balduíno Silva MÉDICA CRM-PB 7806</i></p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 17 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Arturo F. Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</i></p>	<p>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA 21 / 05 / 18 Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:</p> <p><i>Polítama</i></p> <p>Assinatura e Carimbo Médico (a)</p> <p><i>Arturo Fernando Perez Nogales Medicina Intensiva CRM-PB 6520</i></p>



Assinado eletronicamente por: LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:42:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031214422008400000019193055>
Número do documento: 19031214422008400000019193055

Num. 19726151 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: LUAN PEREIRA DANTAS - 12/03/2019 14:42:23
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031214422008400000019193055
Número do documento: 19031214422008400000019193055

Num. 19726151 - Pág. 2



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1649606 Paciente: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA Idade: 026

Nome da Mãe: VANIA MARIA DE SOUZA Data de Nascimento: 27/12/1991 Sexo: M

Clinica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA Leito: 19 Diagnóstico:

DIA 19/05/2018

MÉDICO ASSISTENTE (A): Ana Lívia Dantas Balduíno Silva / MÉDICO ASSISTENTE (A): Veronica Cesarino De Souza Machado /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
2	HIGIENE ORAL 8h/8h	W T N
3	REALIZAR HGT 6h/6h	14 13 30 05
4	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO 150 - 200 = 0/ 201 - 250 = 4 /251 - 300 = 6/ 301 - 350 = 8/ 351 - 400 = 10/ >400 = 12	
5	OXIMETRIA + CARDIOMONITORIZACAO + PA	
6	VENTILACAO MECANICA	
7	DECUBITO ELEVADO 30°	
8	DIETA POR SONDA NASOENTERAL HIPERCALÓRICA 300ML DE 3/3H 3h/3h	
9	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 6h/6h BIC 83ML/H	10 16 22 04
10	CEFEPIMA SODICA 1G E.V, 02/RA AMP, 7D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF CEFEPIIME 2G + SF0,9%100ML - 12/12H, IV (D0 11/05/18)	HT PA
11	SOLUCAO SEDATIVA DORMONID UTI ADULTO 100MG + SF0,9% 100ML EV BIC (AJUSTES ACM)	10/05
12	SOLUCAO DE NORADRENALINA UTI ADULTO 4FA + SF0,9% 200ML EV BIC ACM	
13	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML 6h/6h 1AMP. + ABD EV ACM	
14	LACTULOSE 667 MG XPE 120 ML 1FRASCO, 8h/8h 30ML SNE	14 22 06
15	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML 12h/12h 1AMP. + ABD EV	18 06
16	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML 1AMP. + ABD EV 8/8H ACM	
17	BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML + ABD EV 8/8H	HT 22 06
18	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	HT 22 06
19	FENITOINA DE 100 MG 8h/8h 1COMP. SNE	10 18 06
20	FENTANILA CITRATO 005 MG/ML 10 ML 2FA + SF0,9% 100ML EV BIC (AJUSTES ACM)	
21	FUROSEMIDA 40MG V.O, OUTRA SNE ACM	

Dra. Lívia Dantas Balduíno Silva
Neurologista - adulto e infantil
CRM-PB: 6245 / CRM-15215255

→ Sembam 20ml + 200ml 50,98. IV BIC - 20ml/ hora
→ Propofol 10ml IV - ACM e/ou ne agitacao. 20
10ml





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

Nome do Paciente Rafael Camilo dos Souza			Nº Prontuário
Data da Operação 20/05/18	Enf.	Leito	
Operador Dr. Cezar Antônio	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia Dr. Maqui	Tipo de Anestesia Geral		
Diagnóstico Pré-Operatório ENTUBAÇÃO PACIONARIA			
Tipo de Operação TRAUNSTOMIA			
Diagnóstico Pós-Operatório O MESMO			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação NÃO HOUVE			

DESCRICAO DA OPERAAO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1	Assessores e anti-sépsis do campo operatório e sobre a rede de drenagem.
2	Início transversal na face anterior do pescoço abrangendo o colo e tráqueia e levando submento e mastoide e esternoconcha.
3	Início longitudinal dos músculos esternocleidomastoidiano e esterno-hioidiano.
4	Abertura da fascia parietal incisão transversal.
5	Envolvimento e fixação da cânula.
	Dr. Geraldo Antônio de Medeiros CRM-PB 4038 Rua Vigário Caxio, 1001 - Catolé CAMPINA GRANDE - PB. Fone: (83) 321-4498

Mod. 018

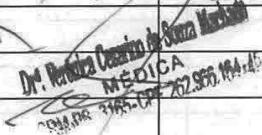
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





NOME: Ronaldo Condeine de Loura N.º PRONTUÁRIO _____

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.



DESPACHO

Vistos etc.

Defiro a gratuitade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, NCPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício, aptos a autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, NCPC).

Observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas, mesmo tendo a parte autora manifestado seu interesse na composição consensual, verifica-se que eventual conciliação só seria obtida após a produção da prova técnico-pericial, afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, *caput*, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF) a designação exclusiva de **audiência de conciliação**, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como **fase preliminar da própria audiência de instrução** (art. 359, NCPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 231, NCPC, devendo constar ainda do mandado ou carta, além dos requisitos do art. 250, NCPC, a ressalva do art. 344, NCPC, no sentido de que, “*se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor*”.

Cumpra-se.

Teixeira/PB, data e assinatura digitais.

Carlos Gustavo Guimarães Albergaria Barreto

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: CARLOS GUSTAVO GUIMARAES ALBERGARIA BARRETO - 18/03/2019 09:27:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031809270874800000019307311>

Número do documento: 19031809270874800000019307311

Num. 19844323 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
Vara Única de Teixeira**

PROCESSO N° 0800202-77.2019.8.15.0391

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[SEGURO]

AUTOR: RAFAEL CAMBOIM DE SOUZA
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

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

Endereço: Rua Senador Dantas, n 74, 5 andar, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, por sua procuradoria - via pje -

, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do artigo 222 e seguintes, do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 285 do CPC.

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

Encaminha-se anexa cópia da petição inicial.

TEIXEIRA-PB, 10 de março de 2020.



Assinado eletronicamente por: JOSE ROMUALDO CANDIDO PEREIRA - 10/03/2020 12:12:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031012125689500000027895955>
Número do documento: 20031012125689500000027895955

Num. 28947271 - Pág. 1

JOSE ROMUALDO CANDIDO PEREIRA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

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

XXXXXXXXXXXXXX



Assinado eletronicamente por: JOSE ROMUALDO CANDIDO PEREIRA - 10/03/2020 12:12:57
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031012125689500000027895955](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031012125689500000027895955)
Número do documento: 20031012125689500000027895955

Num. 28947271 - Pág. 2