

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

JANIELE DA SILVA BARBOSA, brasileiro, portador do RG nº 4199049 SSDS/PB e CPF nº 705-258.474-30, residente e domiciliado em Rua Robson Jarjor de Arruda Resende, S/N/LT Village - Village Jacumã, Conde/PB, CEP 58322-000

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839, estabelecido à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES:

A quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

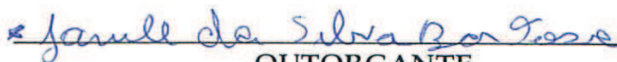
PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência (art. 105, CPC).

CONTRATO:

Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, _____ de _____ de 20____.


OUTORGANTE

Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

_____/____/____

x Francisco da Silva Barbosa



SINISTRO 3190423799 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JANIELE DA SILVA BARBOSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE
ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA
BENEFICIÁRIO JANIELE DA SILVA BARBOSA
CPF/CNPJ: 70525847430

Posição em 02-08-2019 10:42:52

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/07/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 1670/2017

Aos (20) de dezembro de 2017, nesta cidade, na delegacia do Conde -PB, onde presente encontrava o(a) Exmo(a) FRANCISCO MARINHO DE MELO, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão AD HOC de seu cargo, por volta das 12h24min;

COMUNICANTE: Janiele da Silva Barbosa , brasileiro, natural de Salvador/BA, filho(a) de Marilena da Silva e de Edmilson Barbosa , residente Rua Projetada, S/N, Village de Jacumã, distrito de Conde/PB. Tel.: 83 987792217.

OCORRÊNCIA: AFIRMA A NOTIFICANTE ; Que no dia 05/04/2017, por volta das 07:30 horas, na rodovia PB008, nas proximidades da entrada do Mussulo, um veículo não identificado veio bater na MOTO ZTX DE COR AZUL DE PLACA NPU3754/PB, ANO 2011, CHASSI: 9C6KE1260B0019436, em nome de Danilo Silva dos Santos que na ocasião estava pilotando a Moto com a notificante que é sua esposa, QUE foi socorrida pelo SAMU, QUE foi levada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, QUE foi atendida as 09:56 horas, que diagnosticou fratura exposta de patela direita, CID S82.0, QUE foi recebeu alta no dia 18/07/2017 em anexo: Xerox RG, CPF, CRLV, SAMU E LAUDO MEDICO . Ciente das sanções Cíveis e criminais as quais estará sujeito quanto aqui declarou não porte estritamente a verdade. Era o que tinha a Registrar.

Conde, 20 de dezembro de 2017.

Notificante:

Janiele da Silva Barbosa

Policial Registrador:

[Assinatura]
Marcelo Ferreira e Silva mat. 90551-8



Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 156, Conde/PB, FONE: (83) 32982265
www.policiacivil.pb.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Janiele da Silva Barbosa
DATA DE NASCIMENTO 28/01/94
NOME DA MÃE Marlene da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 101324
FOLHETO DE ENTRADA N.º 992029
DATA DO ATENDIMENTO 05/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 09:56
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de patela direita
CID 10 S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, usava capacete, nega perda da consciência, vômito ou cefaléia, refere dor e limitação de movimentos em joelho direito, ferimento em joelho direito. Avaliado pela Traumatologia e internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho D

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de patela D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de patela direita

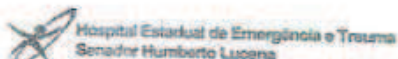
ALTA HOSPITALAR: 06/04/17
DATA DA EMISSÃO: 18/07/17



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 392029



Identificação do paciente			
ID 1137605	Nome JANIELE DA SILVA BARBOSA		Sexo Feminino
Data de nascimento 28/01/1994	Idade 23 anos 2 meses 8 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARILENE DE SILVA	Pai EDMILSON PEREIRA BARBOSA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) DANILO SILVA DOS SANTOS - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987098241	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4198048	Nº Cns 209669841880007	
Local de procedência CONDE	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade SIMÕES FILHO	CBOR	
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número SN	Complemento LOT VILAGIO QD 88 LOT 910	Bairro	
Admissão			
Data e Hora 05/04/2017 09:55:57	Número da pulseira 1000005982164	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CD
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			Tempo 01min 17seg

Imprimir



*folha D
05/04
RE) ok*





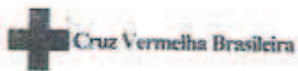
1000000002164 BE 992029
JANIELE DA SILVA BARBOSA
DT. NASC.: 20/01/1984
PAB: MARILENE DE SILVA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	DATA:
PROCEDÊNCIA:		FONE: () CELULAR: (82) 967098261 TORDE: 23 DT. ENTRADA: 20/04/2017 08:59:57	
TIPO DE ACIDENTE:		[] Policia	
[] Envenenamento		[] Ônibus	
[] Incêndio		[] Bicicleta	
[] Explosão		[] Atropelamento	
TIPO DE LESÃO:		[] Arma de Fogo	
[] Fratura fechada		[] Arma branca	
[] Ferimento aberto		[] Outros:	
[] Queimadura		[] Estufamento	
[] Laceração		[] Queimadura	
[] Mordedura		[] Fumante contínuo	
[] Objeto entretido		[] Amputação membro	
[] Outros:		[] Outros:	
LOCAL DA LESÃO:		[] Membros sup.	
[] Membros inf.		[] Tronco	
[] Cabeça e pescoço		[] Outros:	
DADOS CLÍNICOS (sintomas):			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:			
EXAME FÍSICO		PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax: %	
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência:		[] Consciente	
[] Inconsciente		[] Orientado	
[] Desorientado		[] Desorientado	
Avaliação das pupilas:		Simétricas: [] Bócoricas	
[] Anisocóricas		Tamanho: [] Midríase	
[] Miose		[] Miose	
Sistema Respiratório:		[] Ventilação invasiva	
[] Ventilação espontânea		[] Vias aéreas pervias	
[] Traqueostomia		[] Respiração rápida	
[] Respiração ruidosa		[] Obstrução parcial das vias aéreas	
[] Suporte ventilatório não invasivo		[] Obstrução total das vias aéreas	
Sistema Circulatório:		[] Pulso ausente	
[] Pulso fraco e úmido		[] Perifusão tissular satisfatória	
[] Taquicardia		[] Bradicardia	
[] Palidez		[] Perifusão tissular comprometida	
[] Outros:		[] Outros:	
Sistema Digestório:		[] HDA	
[] Úlc. de BNO		[] Vômitos	
[] nDB		[] Dor à palpação superficial	
[] Outros:		[] Dor à palpação profunda	
[] Rigidez abdo.		[] Distensão abdominal	
Sistema Genito-urinário:		[] Disúria	
[] Hematuria		[] Oligúria	
[] Polúria		[] SVD	
[] Outros:		[] Outros:	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:		[] Hipertensão	
[] Diabetes		[] Câncer	
[] Alergias		[] Cirurgias	
[] Intimações		[] Outros:	
USO DE MEDICAÇÃO?		[] Sim	
[] Não		Especificar:	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?		[] Sim	
[] Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:		Paciente vítima de colisão multe x carro, consciente, orientado eufórico, nega HAS e DHE e alergia, em caminhado ao EDI, segue aos cuidados.	
DESTINO:		ENFERMEIRO:	
EDI		Drª Janiele da F.N. Arruda	
		Enfermeira	
		Cód. 886348	
		COREM:	
		F(NG) ENF.022.1	





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JANIELE DA SILVA BARBOSA	BAE 992029	Data/Hora Entrada 05/04/2017 09:56:57	Data Baixa
Data de nascimento 28/01/1994	Idade 23	Sexo Feminino	CNS 209869841880007
Mãe MARILENE DE SILVA			Telefone de Contato (83) 967098241
Endereço rua, SN - LOT VILAGIO QD 88 LOT 910	Bairro	Município	Prontuário
Adiente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS	Nº Cons. Regional 10620/PR
Data/Hora Classificação 05/04/2017 09:56:57		Data/Hora Prescrição 05/04/2017 10:16:40	

Anamnese

ENTE REFERINDO HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X CARRO, ONDE A MESMA SE ENCONTRAVA SEM USO DE CAPACETE, COM COLISÃO DA
CA NO SOLO. NEGA SÍNCOPE, TONTURA, VÔMITOS OU CEFALÉIA, REFERE NÁUSEA, REFERE DOR EM JOELHO DIREITO E DISPNEIA. A:
V. SERVI CERVICAL INDOLOR (RETIRADO COLAR) B: MV PRESENTE EM AHT SEM RA, EM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA C: PULSOS CHEIOS
FC: 60. ABD: FLACIDO INDOLOR A PALPAÇÃO, BACIA ESTAVEL INDOLOR D: ECG: 15 E: FCC EM JOELHO DIREITO COM DOR A PALPAÇÃO
ALERGIA: NEGA MEDICAMENTOS E PATOLOGIAS : NEGA CD: RX TORAX, JOELHO DIREITO + PARECER DA ORTO

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR, EDEMA E FCC)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Isabela Dornelas
CRM-PR 10.620

ISABELA MARIA CANDIDA FERREIRA DORNELAS
(10620/PR)

JANIELE DA SILVA BARBOSA



análise: 11.40 minutos

A. Nete. abstrata Ex Parte
de Petela
mecanismo do Bloco unificado
para realização de procedimentos

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833/ CAM/PS 2833
CPF: 161.533.594-68

Cirurgia Geral 11:44 horas

Paciente evoluindo sem queixas
Rx torax: sem evidências de fraturas costais
pneumia ou hemotórax

cd: Alta da Cirurgia Geral com cuidados
da ortopedia

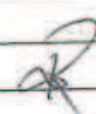
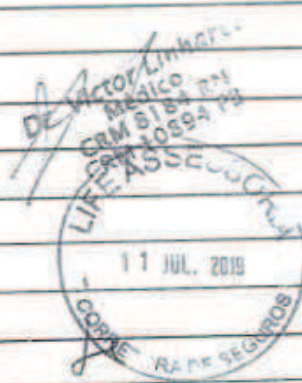
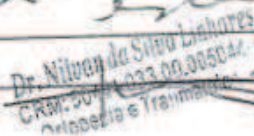
Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833/ CAM/PS 2833
CPF: 161.533.594-68



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Janiela de Silva Santos

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
05/04	12:00	Paciente deu entrada na refeição. Deu um Joelho. Direito após queda de Motocicleta em colina.
		As Exames: Deu, Edema limitado de Movimento em Joelho. V com dorimento e Exposição de Pontos Moles. RX e Ex. de Rotator (Externa)
		CV: Tratament. cirúrgico. Ex. Expost.
		Tat. Ex. de Rotator V e enciclogram
		Dr. Detassi -
		
		
06/04/14	10:11	fratura fechada de fêmur de fêmur após redução e fixação com (8- V X)
		

(ING) ENF.018-1

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**Folha
1/2**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Janiele da Silva Barbosa

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28.01.1998

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mauriene da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO 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

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 fpos de Kirschner n.2.0**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

05/01/17

CNS

CPF

Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho
CRM-SP 9950**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA

RECIBO

Nome: Joniele de Silva Brito BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Trauma Ex Externa de Patel
Cirurgião: Dr. Detanami 1º Assistente: Dr. Ralfo (MR3)
2º Assistente: Dr. Victor (MR1) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>- Ex. Externa de Patel</u>	
<u>Patela</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>- LMC + Debridamento</u>	
<u>- Fixação definitiva Ex</u>	
<u>Patela</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 05/01/17

F(NG).ASCIR.009-1





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/04/17

PRONTUÁRIO: 492029

PACIENTE: Janule da Silva Barbosa

SEXO:

COR:

IDADE: 23

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 55 KG GRUPO SANGÜÍNEO: B
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL

AP. DIGESTIVO ESTOMAGO CHEIO

ESTADO MENTAL L.O.T.E

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA

CIRURGIA REALIZADA TFO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA D)

CIRURGIÃO DR. PETRONIO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 12:45

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 15 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA

CPF

CRM-PB

AGENTES/HORA

12:45 13:30 14:00 14:30

U 2
N 2 ULÍQUIDOS
VENOSOS

RL-RL

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

☐ ANESTESIA GERAL☒ LAQUIDIANA☐ EPIDURAL☐ BLOQ. PLEXO☐ BLOQ. NERVOS☐ OUTROS

ECONOMIA

Pcte sentada, monitorizada, sob critério vital com FiO2 100% - Auto oxigênio e

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

DOS

VOLUME EM ML

NOME

1 MIDAZOLAM 2mg

11

NOME

2 BUPIVACAÍNA HIPERBARICA 15mg

12

NOME

3 MOEFINA 80mg

13

NOME

4 CEFALOTINA 2g

14

NOME

5 DIFENOXATO 2g

15

NOME

6

16

NOME

7

17

NOME

8

18

NOME

9

19

NOME

10

20

NOME

11

21

NOME

12

22

NOME

13

23

NOME

14

24

NOME

15

25

NOME

16

26

NOME

17

27

NOME

18

28

NOME

19

29

NOME

20

30

NOME

21

31

NOME

22

32

NOME

23

33

NOME

24

34

NOME

25

35

NOME

26

36

NOME

27

37

NOME

28

38

NOME

29

39

NOME

30

40

NOME

31

41

NOME

32

42

NOME

33

43

NOME

34

44

NOME

35

45



anestesia local, punção lombar a nível de L2-L4 com agulha Quincke 25G, LCR 1, limpo e injeção de 2 + 3

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. (02) ASOR 026-1





Nota de Sala Cirúrgica

Nome do Paciente: Fameli da Silva Barbosa

Idade: 23 Sexo: F Data de Nascimento: 10/05/1997

Cirurgião: Dr. Alexandre L. Costa Anestesiologista: Dr. Alexandre L. Costa

Anestesia: Laço esquelético

Instrumentação: 0117 Tempo Cirúrgico: 1245 Fim: 1430

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20	03	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	20
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	01	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLILACTINA Nº	20
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24	02	FIO POLILACTINA Nº	20
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLILACTINA Nº	
LEVOCUPRIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOCUPRIVACAÍNA S/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	20	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVAS ESTERIL Nº7,0	L	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVAS ESTERIL Nº7,5	L	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		LUVAS ESTERIL Nº8,0	L	FIO SEDA Nº	
MORFINA	01	LUVAS ESTERIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBROM		MÁSCARA CIRÚRGICA	30	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMPFENTANIL		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML	02	FIO DE KIRSCHNER Nº	20
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	02	FIO STERNMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML	02	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML	02	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	SOLSA IV COL. S/TOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	01	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	02	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	02	CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA	02	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFDRNA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOS	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	20	PARAFUSOS ESPONJOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	05	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	01	EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICA DE SEGUNDO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	08	() CAPNOGRAFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1/3	() CARDIOMONITOR	
		GAZES	20	() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODÃO		() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		() OXÍMETRO DE PULSO	
				() A. B. NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				ACULANTE	

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 04/02/2020 16:10:36

Num. 27961929 - Pág. 13



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① DDM + Anestesia Geral
- ② Antissepsia
- ③ Abertura de Campos Estéreis

Incisão:

— — — — —

Enchados:

- ④ — Fixação de Pósterior

Condução:

- ⑤ Laminectomia Mecânica Cirúrgica (LMC)
- ⑥ Desbridamento
- ⑦ Redução e drenagem do Fístula
- ⑧ Fístula Definitiva
- ⑨ Fístula Definitiva

Fechamento:

- ⑩ Sutura por Plano

Observação:

- ⑪ Solicitar RX de Controle



João Pessoa, ____ / ____ / ____

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 04/02/2020 16:10:36

F(NG).ASCIR.009-1



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 712/034, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1655928, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JANIELE DA SILVA BARBOSA** idade 23 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 05/04/2017, no Loteamento Cidade Balneário Novo Mundo, Bairro: Jacumã - Conde - aproximadamente às 08:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Dezembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS: Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Janiel de Silva Araújo</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Ent:	Leito:
Data de admissão:			Data da alta:		
Diagnóstico inicial: <u>Int. apendicite</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Ex + Ex. físico</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>17.07.2020 - Dr. Heliosmar B. Dias + Dr. Raul</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não (X)					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Apresenta-se com dor abdominal no quadrante inferior direito, com febre e vômito. Foi submetido à cirurgia de urgência para remoção do apêndice.</u>					
Dieta: <u>Oral livre</u>					
Reposo: relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto Médico CRM-PB 10.251					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>06</u> de <u>07</u> de <u>21</u>					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





MARIA BERNARDES SILVA DOS SANTOS
RUA ROSELI, JARDIM DE AMOR, DA RESEI, OB. BR/ LT VILAGE - VILA DE JACUIMA
COND 2 - PE CEP: 55.922.000 (AG 1)

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-220, Km 25 - Cx. Postal 100 - Jd. Petrópolis - PB - CEP 50071-000
CNPJ 09.086.190/0001-40 - Ins. Est. NE 016.820-0

Lógica: MONOFÁSICO
Ch/Soc: RES-MTC-BT / RESIDENCIAL - BARRA VERDE
Rev em: 18 - 21 - 518 - 1430 Referência: Jun/2019
Medição: 00008912052 Emissão: 5/2019

Nota Fiscal / Contador Energia Eletrônica nº 02 200 251
Cód para DCE Automático: 0001400522

Atendimento ao Cliente ENERGISA **800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: **Jun / 2019** Apresentação: **28/06/2019** Data prevista da próxima leitura: **29/07/2019** CPF/ CNPJ/ RAN: **041.294.244-69**

UC (Unidade Consumidora): **5/1466983-2**

Canal de contato

Tarifa: 0007 / 00 Energia Eletrônica - T000 foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de Junho de 2002
Junto-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinadobrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura						
28/03/19	17104	28/03/19	17252	1	104	30			
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Base Calc. (R\$)	Parcela (R\$)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)
Tributos Totais (R\$) (ICMS) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$)									
001	Consumo de 30 kWh BR	30,00	0,287880	8,63	0,00	27	0,30	0,00	0,43
001	Consumo de 31 a 100 kWh BR	70,00	0,403540	28,25	0,00	27	0,30	0,43	1,72
001	Consumo de 101 a 200 kWh BR	4,00	0,740322	2,96	0,00	27	0,30	0,00	0,16
001	Consumo de 201 a 300 kWh BR	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,30	0,00	0,00
001	Consumo de 301 a 400 kWh BR	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,30	0,00	0,00
001	Consumo de 401 a 500 kWh BR	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,30	0,00	0,00
001	Consumo de 501 a 600 kWh BR	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,30	0,00	0,00
001	Consumo de 601 a 700 kWh BR	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,30	0,00	0,00
001	Consumo de 701 a 800 kWh BR	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,30	0,00	0,00
001	Consumo de 801 a 900 kWh BR	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,30	0,00	0,00
001	Consumo de 901 a 1000 kWh BR	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,30	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
001	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			17,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00
001	Despesa Extra			-28,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
15ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0807187-48.2020.8.15.2001

AUTOR: JANIELE DA SILVA BARBOSA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DESPACHO

Deixo de designar audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do CPC, ante a natureza da demanda, que indica ser inviável o acordo entre as partes, pela experiência comum. Não se deve ocupar indevida e desnecessariamente a pauta de audiências, já repleta, com atos inócuos e que mais retardam o andamento do processo do que promovem a sua solução.

Defiro a gratuidade.

CITE-SE pela via postal, para apresentação de contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

João Pessoa, 04 de março de 2020.

Assinatura Digital

