

LEIA E ASSINE
Digital Signature
Digital Signature

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Carlos Fernando Muniz, brasileiro (a),
Casado, autônomo portador da Cédula de Identidade nº:
3345148, inscrito no CPF nº: 540 160 1934 134, residente e domiciliado
na Rua Tenente, Nº 269, Bairro, Santa Rosa,
na 58416-060, Cidade de Campina Grande /PB, CEP
83981551777.

OUTORGADO: INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: Dinamarca Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-5048/98769-2274, Email: inaciobrunoadv@gmail.com

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

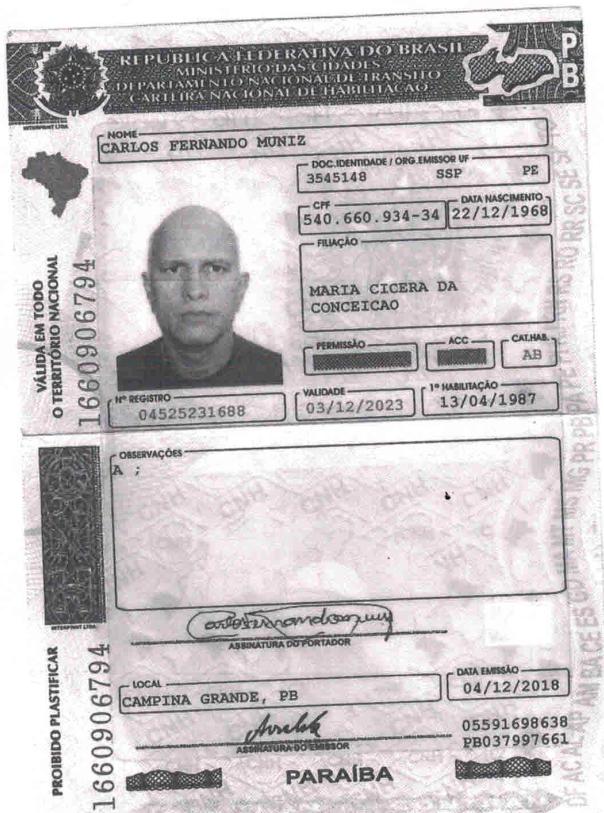
A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 19 de Dezembro de 2019.


Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº1020, loja 02,
Dinamérica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com





Ag. 5892-0
Conf. 1167-3
C/C B.B.





Nº da Conta: 0381578238
Mês de referência: 10/2019
Período: 06/09/2019 a 05/10/2019
Data de emissão: 09/10/2019

CARLOS FERNANDO MUNIZ
R JERICO, 269
SANTA ROSA
58416-660 CAMPINA GRANDE - PB

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco
Telefônica Brasil S.A.
Rua Carlos Chagas, 59 - Parla 1
CEP 56400-398 - Campina Grande - PB
I.E.: 16.136.950-2
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0026-10

Vencimento
21/10/2019

Total a Pagar - R\$
32,99

Já conhece o Meu Vivo? Com ele você pode acompanhar seu consumo de internet, visualizar a 2ª via da conta, contratar pacotes, promoções e muito mais. Baixe agora o aplicativo gratuitamente ou acesse www.vivo.com.br/meuvivo. É rápido, fácil e prático!

Seus Números Vivo
83-98155-1777

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo
Valorize no App Meu Vivo.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115174764300000027950351>
Número do documento: 20031115174764300000027950351

Num. 29004954 - Pág. 2



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: 24/9/2019	HORA: 07:20 HRS	ID Nº: 1802343
NOME: CARLOS FERNANDO MUNIZ		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: MARIA ANTONIETA DE MARIZ MARQUES - SANTA CRUZ		
COMPLEMENTO: POR TRÁS DO COLEGIO PANORAMA A QUINTA RUA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 22 de novembro 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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº13867.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 24/09/2019

Hora: 07:20:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Maria Antonieta de Mariz Marques, Santa Cruz, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Por Trás do Colégio Panorama a Quinta Rua

VÍTIMA(S)

Carlos Fernando Muniz, filiação: Maria Cicera da Conceicao e Nao Declarado, idade: 50, data de nascimento: 22/12/1968, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Recife, estado civil: casado(a), escolaridade: Ensino superior completo, profissão: Autonomo, documentos(s) de identificação: CPF nº 540.660.934-34, endereço: Rua Jericó, 269, Santa Rosa, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa, telefone: (83) 98155-1777.

TESTEMUNHA(S)

Maria do Socorro Cordeiro, filiação: Eunice Cordeiro da Silva e Walter Goncalo da Silva, idade: 49, data de nascimento: 16/05/1970, identidade de gênero: feminino, nome social: Maria do Socorro Cordeiro, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino superior completo, profissão: Zootecnista, documentos(s) de identificação: CPF nº 019.810.354-94, endereço: Rua Alfredo Alves Araújo, 40, Santa Rosa, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa, telefone: (83) 98780-6118.

Adrian Matheus Guimaraes do Bu, filiação: Ariadene Guimaraes Costa do Bu e Jose Adriano do Bu Silva, idade: 24, data de nascimento: 17/11/1995, identidade de gênero: masculino, nome social: Adrian Matheus Guimaraes do Bu, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino superior incompleto, profissão: Estudante, documentos(s) de identificação: CPF nº 116.581.274-63, endereço: Rua Francisco Guedes de Moura, S/N, Catolé, Campina Grande, PB, ponto de referência: Bl B Ap 701 Proximo a Igreja Sagrado Coracao de Jesus,

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca HONDA/NXR150 BROS ESD, modelo HONDA/NXR150 BROS ESD, tipo de veículo passeio, cor branca , ano 2014, UF: PB, placa OFG-1763, chassi 9C2KD0540ER036680, renavam 01006315109, características gerais: Nome Proprietário carlos Fernando Muniz

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Carlos Fernando Muniz (VITIMA) - Exame de Lesão Corporal Nº 398.2019

HISTÓRICO

Procedimento Policial: 13867.01.2019.2.00.401

1/2



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**



Que a vítima na data, hora e local citado acima estava a transitar com o veículo moto descrito acima; Que em cruzamento, a vítima reduziu a velocidade desta moto, mesmo já estando em baixa velocidade; Que tal redução de velocidade era com a intenção de dar preferência a um veículo que a vítima não sabe identificar; Que com esta atitude, a vítima ao acionar o freio desta moto; Que esta moto derrapou devido no local haver areia no calcamento; Que com esta derrapagem a vítima foi lançada ao solo; Que a moto caiu por cima da perna direita da vítima; Que a vítima posteriormente foi socorrida pelo SAMU para o Hospital de Trauma de Campina Grande PB; Que neste citado hospital a vítima foi diagnosticada com fratura na tibia, na perna direita; Que neste hospital, a vítima, passou por procedimento cirúrgico; Que segundo relato do médico, que fez a cirurgia, foi colocado na perna da vítima, placas e parafusos.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 10 de dezembro de 2019.

Máira Roberta M. Brito Araújo
JOSELEONOR DE ASSIS
Mat. 156.468-4
Delegado(a) de Polícia Civil

Carlos Fernando Muniz
CARLOS FERNANDO MUNIZ

Noticiante

Josenildo Souza de Almeida
JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 13867.01.2019.2.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115174959700000027950360>
Número do documento: 20031115174959700000027950360

Num. 29004963 - Pág. 3



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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200037120 Vítima: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Data do Acidente: 24/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS FERNANDO MUNIZ

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 tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

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

Recebedor: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000005892-0

Conta: 000001167-3

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorno 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-DRVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mail. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 24/09/2019
Data: 24/09/2019
Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Nº ATEND: 1999092

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 24/09/2019 HORA: 08:01:46

ESPECIALIDADE: OPTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIE/FACÃO DO MOTIVO: MOTO X CARRO

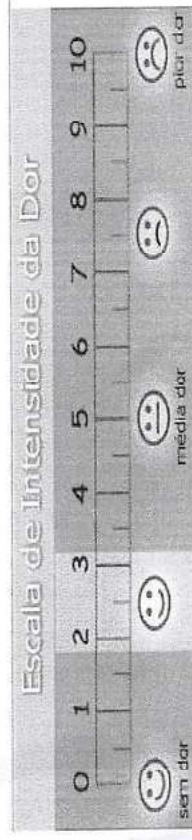
SINAIS VITais
HGT: 112 SAT: 02: 98 PA: 140X80 TEMP: FC
DIABETES (SIM (X) NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DFF. MICTORA (SIM (X) NÃO

**ALÉRGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROPSI**

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRUÍDO () DISPNEIA () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANATAXIA () FLEBITE () INOPACIDADE () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRÁLGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO**

10.1.1.148/nrmotodatonicimpreclassi rho7contar=1000092&data1end=2019-08-24&horatalend=08-01-46



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Carlos Fernando Muniz</i>				IDADE <i>50a</i>	SEXO <i>M</i>	COR
DATA <i>30/09/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <i>NDN</i>					ASMA <i>~</i>	BRONQUITE <i>~</i>		
AP. CIRCULATÓRIO <i>NDN</i>					ELETROCARDIOGRAMA <i>R5</i>			
AP. DIGESTIVO <i>lejum >8h</i>		DENTES <i>-</i>	PESCOÇO <i>-</i>	AP. URINÁRIO <i>NDN</i>				
ESTADO MENTAL <i>CoTe</i>	ATARÁXICOS <i>-</i>	CORTICOIDES <i>-</i>	ALERGIA <i>DIPIRONA</i>	HIPOTENSORES				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de tibia</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO <i>ASAI</i>		
ANESTESIAS ANTERIORES <i>sem antecurárgicos</i>					APLICADA <i>AS</i>	EFEITO <i> não houve</i>		
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²				INDUÇÃO			
LÍQUIDOS					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	
CÓDIGOS VP, ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OP-FRACAO	ECG				Laringo espasmo: _____	Lenta: _____	Náuseas: _____ Vômitos: _____	
					Outros: _____	MANUTENÇÃO		
					1) Cetrixona 1g 2) Bupivacaína 0,5% 3) Morfina IT 80mg 4) Dexametasona 10mg 5) Ondansetrona 2mg 6) Tensil com 10mg	ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____		
					Não, por quê? _____			
					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: _____	CONDIÇÕES:		
					Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit: _____	Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____		
					Náuseas: _____ Vômitos: _____	Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	monitorização; venoclise, armazém, paciente sentado; ambiupressa dorsolumbar; pinça subaracnóidea em LS-2 com agulha tipo Quincke n° 25G; sínus, mediana;					Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____		
POSIÇÃO	reflexo da ca. elástica; infecção IT ad AL + opa de.					CONDIÇÕES:		
AGENTES	<i>Acima citado</i>					CÂNLULAS		
TECNICA	<i>Roquianestesia</i>					<i>-</i>		
OPERAÇÃO	<i>Treatmento anárquico fratura de tibia</i>							
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS	<i>Júmara Vale</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA <i>-</i>			

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



30/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Flávio Pinto s/n - Malmáias, Campina Grande - PB.
Nº 016 - Juiz de Fora Ribeiro De Castro

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 30/09/2019



Número do Prontuário: 160967

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2019

Número de Atendimento: 1999178 - Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 7 / Lej: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Número do Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Data da Internação: 24/09/2019

Atendimento: 1999178

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA TIBIA DISTAL E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgião: OSTEOSINTSESE Data da Cirurgia: 30/09/2019

Equipe:

Chirurgião: BRUNO COUTINHO TORRES

Aux 1: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 2: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesiista: TAMARA

Tipo de anestesia: AQUE

Relatório Imediato do Patologista: 0

Evento Fisiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ANSÉPTICA E ANTISEPSIA MIE

03- COLOCACAO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISÃO FACE ANTEROMEDIAL Perna e + DIVULSAO POR PLANOS

05- RESECÇÃO INCISÃO + FIXAÇÃO PLACA BLOQUEADA DE TIBIA DISTAL 10 Furos

06- PARAFUSOS DE BLOQUIO E CORTICAIS SOB ESCOPA

07- SINDENSAO + DESBRIDAMENTO

08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CICATRIZES

Data: 30/09/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-9985/CRM-MRN-8320



Peltzette Vilas Boas de Oliveira Melo

Recebido dia 21/03/2020

ATENDIMENTO URGÊNCIA	CLASS. DE RISCO: AMARELO	
PRONT (B.E) Nº:19990922		
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/038-52		
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809		
Data: 24/03/2019		
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07		
Atendente: acolhimento		
Nascimento: 22/12/1968		
PATÓLOGIAS:		
PATOLOGIAS:		
ALÉRGIA:		
MEDICAMENTOS:		
EXAME FÍSICO		
PUPILAS () Fotoreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()		
Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02_____		
EXAMES SOLICITADOS:		
() Labo ratoriais () Ultrassonografia: _____		
() Radiografias: _____		
() Tomografia Computadorizada ()		
SOLICITAÇÃO DE PARCERIA MÉDICO:		
Especialista: _____ / _____ : _____ / _____ : _____ / _____		
Especialista: _____ / _____ : _____ / _____ : _____ / _____		
MÉDICO SOLICITANTE		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:		
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

ATENDIMENTO URGÊNCIA

CLASS. DE RISCO: AMARELO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes CNPJ: 08.778.268/038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletoto de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

Nascimento: 22/12/1968

PATÓLOGIAS:

PATOLOGIAS:

ALÉRGIA:

MEDICAMENTOS:

PATÓLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS:

() Fotoreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02_____

Enderroto: RUA GÉRICO
Sexo: M
Idade: 050
Bairro: SANTA ROSA
Número: 269
RG: 3545148
Profissão: CONVENIO/SUS
Nome da Mae: MARIA CICERA DA CONCEIÇÃO
CPF: 54066093434
Data de Atend: 24/03/2019
CONVENIO/SUS
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO
Hora: 08:01:17

Responsável:

Estado Civil:

OBS. FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão

19. Fratura disssecada

2. Ampuriação

20. Fratura óssea aberta

3. Avulsão

21. Hematoma

4. Contusão

22. Irrugilamento Vértebro

5. Crenulação

23. Laceração

6. Dor

24. Lesão tendinária

7. Edema

25. Luxação

8. Empalhamento

26. Mordedura

9. Enfieísmo subcutâneo

27. Movimento torácico paradoxal

10. Esmagamento

28. Objeto Encravado

11. Equimose

29. Cicatriz

12. F. Arma branca

30. Paralisia

13. F. Arma de fogo

31. Parésia

14. F. Contração

32. Parestesia

15. F. Cortante

33. Quemadura

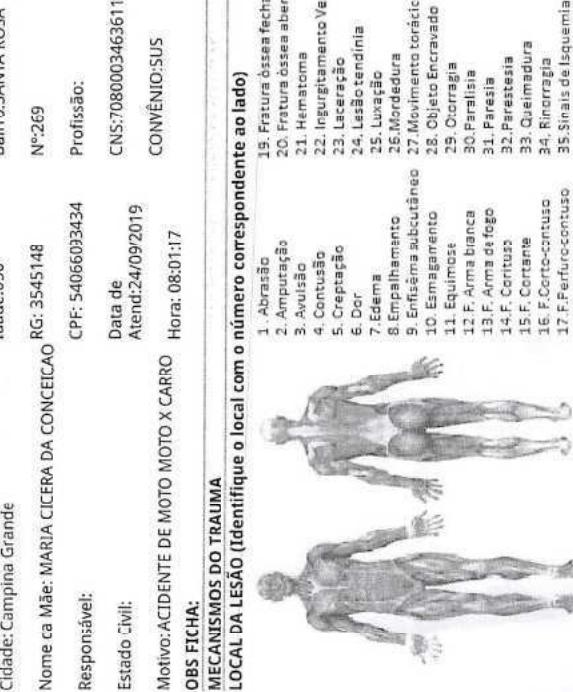
16. F. Corte-cortuso

34. Rinorrágia

17. F. Perfurador-contuso

35. Sinal de Isquemia

36. F. Perfurador-cravante



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Natural de Muçum distrito

Ralo X

*REALIZADO EM:
2019/03/11*

*Unifamília
Unifamília
Unifamília
Unifamília*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*Dr. Inácio Bruno Sartento
Dr. Inácio Bruno Sartento
Dr. Inácio Bruno Sartento
Dr. Inácio Bruno Sartento*

10.1.1.148/projetohtcg/imprecassi.php?citt=1999092&dataatend=2019-09-24&horatend=08:01:46

Num. 29004967 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115175324900000027950364

Número do documento: 20031115175324900000027950364



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		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

CRM+302

Assinatura do anestesista





**GOVERNO
DA PARÁIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►►►►	ANTES DA INCISÃO ►►►►►	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA
ENTRADA	PAUSA CIRÚRGICA <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CIRURGÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • SÍTIO CIRÚRGICO ↗ • PROCEDIMENTO ↗ • CONSENTIMENTO ↗ 		
CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ↗ <input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO ↗ <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ↗ <input type="checkbox"/> CONSENTIMENTO ↗ 		
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS? ↗ <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ↗ <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTOS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) ↗ <input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? ↗ <input type="checkbox"/> SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 MILIGRAMAS EM CRIANÇAS)? ↗ <input type="checkbox"/> NÃO ↗ <input type="checkbox"/> SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO 		
IDADE:	50 Anos	PRONTUÁRIO:	1999042
<small>Nicho de Segurança do Paciente TRAUMA - CG</small>			
<p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO ↗ <input type="checkbox"/> A CONTAÇÃO DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM <input type="checkbox"/> BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE <input type="checkbox"/> HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO ↗ 			
<p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM ↗ <input type="checkbox"/> NÃO ↗ <p>AS INSTRUMENTAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM ↗ <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica 			
<p>Maria Góis dos Reis Técnica de Enfermagem COREN-PB 57771</p> <p>Assinatura</p>			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Londres Fernandes Muniz

D N : 22/12/1968

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

Sus

500mrs

1998092

CIRURGIA Trat. Enxerto e fixação
do tendão de Tibia (1)

CIRURGÃO

Dra. Eduardo + Dr. Breno + Dr. Júlio Sérgio

ANESTESIA

ANESTESIA

Dra. Tamara

Racine + Sideral

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

Anacle

30/09/2019

07:30

09:30

Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qty.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calef. p/ Oxi.	Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	15	Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
	Dimorfamp.		Compresa Grande	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Compresa Pequena	Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Cotonoides	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº	Cera p/ ossos	
	Inova ml		Dreno Penrose nº	Ethibond	
04	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº	Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	0.5	Espadrado Larco cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H2O, ml	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix	
Qty.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix	
01	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	0.1	Luvas 7.0	Vicryl Sertix	
01	Flucloridamp. manutenção	0.1	Luvas 7.5	Vicryl Sertix	
	Fliebocortid amp.	0.3	Luvas 8.0	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	0.9	Luvas 8.5	01 fio Kirshner 2.5	
	Glicose amp.	0	Oxigênio l/m 3l p/min		
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml.	0.5	PVPI Degemerante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antiséptico	0.5	SG Normotérmico fr 500 ml S.F.p/p manutenção
	Lasix amp.	0.5	Saco coletor p/ líquido		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	0.2	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	0.3	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	0.1	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupitanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	0.1	urso coluna 3.5 ligaçõe (T)
02	cefalotina 1g + endovenosa 20mg		Sonda Uretral nº	0.1	p/col. blangulada de fibra d. 10 furos
			Steridrem ml	0.8	para furos
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torneirinha		
	Aguilha desc. 25 x 7	01	Vaseline ml		
01	Aguilha desc. 28 x 28		Gelcon 18		
01	Aguilha desc. 3x4.5	05	Lalese		EQUIPAMENTOS
01	Aguilha p/ raque nº 25			(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
0.5	Álcool de Enfermagem	70%		() Serra	() Eletrocautério
	Álcool Iodado ml			() Desfibrilador	() Oxicapiógrafo
8.7	Ataduras de Crepon	15 cm		(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
	Ataduras do Gesso			() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Dr. Gilmar Mário Rodrigues

Técnico de Enfermagem

COREN-PB - 577781

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 001.2.20.03380/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/03/2020
Número da guia: 001.2020.603380 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.032,20 Promovente: CARLOS FERNANDO MUNIZ - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 51,61
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.222,74
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866000000129 227409283180 520200331004 122003380013</p>			Valor final: R\$ 1.222,74

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 001.2.20.03380/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/03/2020
Número da guia: 001.2020.603380 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Promovente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			UFR vigente: R\$ 51,61
Detalhamento: - Despesas processuais postais: - Cartas			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.222,74
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.222,74

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 001.2.20.03380/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 11/03/2020
Número da guia: 001.2020.603380 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.032,20 Promovente: CARLOS FERNANDO MUNIZ - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 51,61
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.222,74
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866000000129 227409283180 520200331004 122003380013</p>			Valor final: R\$ 1.222,74





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 001.2020.603380

Data Vencimento: 31/03/2020

Data Emissão: 11/03/2020

Comarca: Campina Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 11.812,50

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.032,20

Taxa: R\$ 177,19

Total da Guia: R\$ 1.221,39

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115175550800000027950365>
Número do documento: 20031115175550800000027950365

Num. 29004968 - Pág. 2



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 27/09/2019
Horas: 12:13:04
Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1999178 Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 22/12/1968 Admissão: 24/09/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DA Perna D

DIA 27/09/2019

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA	CT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	- ATEN
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	- ATEN
4	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	(6)
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
8	CAPTOPRIL 25 MG 1COMP. SUBLINGUAL SE PA> OU = 160/100 MMHG	SIN
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 27/09/2019 HORA: 12:12:47

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 2/4+

APNV: PRESERVADO

CD:
VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9552

24/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-09-24&contar=1999178&IDC=48836



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/09/2019

Horas: 09:04:16

Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1999178 Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Sexo: M

9

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 22/12/1968 Admissão: 24/09/2019 DIH - 0

Clinica:AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DA Perna D

DIA 24/09/2019

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA	ct
2	SORO GLICOSADO 5% 500ML E.V. IFRASCO , 12h/12h	12 24
3	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	12 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12 24
6	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06 22
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTOPRIL 25 MG 1COMP, SUBLINGUAL SE PA> OU = 160/100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct .

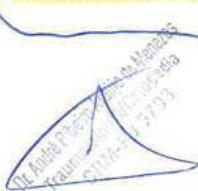
EVOLUÇÃO

DATA:24/09/2019 HORA:09:03:54

PCTE ADMITIDO PARA TTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS. ALÉRGICO A DIPIRONA

CD: SOL PRÉ OP

ASSINATURA + CARIMBO
Andre Ribeiro Araujo De Menezes





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Carlos Fernando muniz Idade: 50 anos
Convênio: SVS Data: 30.09.19
Procedimento: T. cir. e fixação fratura de Túlio D

Cirurgião: Dr. Gadiuado Auxiliar: Dr. Júlio Cesari Anestesista: Dr. Tamara
Início: 07:30 Término: 09:30 Anestesia: Raque + Sedação

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



Data da internação: 24/09/2019 Hora: 08:57:53

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES 2362856				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES 2362856				
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE CARLOS FERNANDO MUNIZ 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1999178				
7 - CARTÃO DO SUS 708000346361125		8 - DATA DE NASCIMENTO 22/12/1968	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA CICERA DA CONCEICAO 11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE				
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO) RUA GERICO , 269 , SANTA ROSA				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande 14 - CÓD. IBGE 250400 15 - UF PB 16 - CEP 58400002				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dor e defecou idéia para pene Depois síndrome de sensibilidade</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>7000000000</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Falante de maneira clara</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>7000000000</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL 7000000000	22 - CID 10 SECUNDÁRIO 7000000000	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 7000000000
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>7000000000</i>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>7000000000</i>				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>7000000000</i>				
26 - CLÍNICA <input checked="" type="checkbox"/>		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016004346719
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/09/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>7000000000</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA <i>7000000000</i>		37 - Nº DO BILHETE <i>7000000000</i>
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		39 - CNPJ EMPRESA <i>7000000000</i>		40 - CNAE DA EMPRESA <i>7000000000</i>
41 - CBOR				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>7000000000</i>				
44 - COD. ORGÃO EMISSOR <i>7000000000</i>				
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF <i>7000000000</i>				
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>7000000000</i>				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>7000000000</i>				
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>7000000000</i>				
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>7000000000</i>				





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1999178 Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Sexo: Masculino

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 22/12/1968 Admissão: 24/09/2019 DHJ - 7

Clinica ORTOPEDIA 2 | Enfermaria: 7 | Leito: 1 | Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DA Perna D

DIA 01/10/2019

MÉDICO(A): Juliano Cesar Ribeiro De Castro / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA	<i>et</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/13h	<i>et 18h</i>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 1D/2D Diluir em 50 ML SF	<i>12/18 24h</i>
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h 1D/2D Diluir em 50 ML SF FAZER 3 AMP 1X DIA	<i>26</i>
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>18h</i>
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>(18)</i>
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>et</i>
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h 24h (ADM AS 22h)	<i>06</i>
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>et</i>
10	CAPTOPRIL 25 MG 1COMP, SUBLINGUAL SE PA> OU - 160/100 MMHG	<i>et</i>
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>et</i>
12	CURATIVOS	<i>et</i>

EVOLUÇÃO

DATA:01/10/2019 HORA:00:01:10

ORTOPEDIA

1^o DPO

BEG, ESTÁVEL

NV:OK

DOR +

FEBRE -

F.O. SAN

CD: AT

ALTA PROGRAM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

Wagner de Fazio y Meio



29/09/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-09-29&contar=1999178&IDC=50172



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/09/2019

Horas: 07:07:19

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1999178 Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ Idade: 050 Sexo: M

OK

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 22/12/1968 Admissão: 24/09/2019 DIH - 5

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DA Perna D

OK

DIA 29/09/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA 700ML A 00%	
2	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18/09/2019
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/09/2019
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06/10/2019
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	cte
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	(05/10) 22/09/2019
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	cte
8	CAPTOPRIL 25 MG 1COMP, SUBLINGUAL SE PA > OU = 160/100 MMHG	cte
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

EVOLUÇÃO

DATA:29/09/2019 HORA:07:06:01

PACIENTE SEGUE EM ALA ORTOPÉDICA, EM BEG, ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS

DIURESE: +

EVACUAÇÕES:

COM TALA BOTA EM MID

CONDIÇÕES DE PELE: OK

PRÉ OP: OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira





**Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0805188-46.2020.8.15.0001

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



Assinado eletronicamente por: FALKANDRE DE SOUSA QUEIROZ - 13/03/2020 16:50:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003131047260000000028021706>
Número do documento: 2003131047260000000028021706

Num. 29081471 - Pág. 1