

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Carlos Fernando Muniz, brasileiro (a),
casado, autônomo portador da Cédula de Identidade nº:
3945148, inscrito no CPF nº: 540 / 660 / 934 / 34, residente e domiciliado
na Rua Seneca, Nº 269, Bairro, Santa Rosa,
na 58416-060 Cidade Campina Grande de PB, CEP
FONE 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.

Carlos Fernando Muniz
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº 1020, loja 02,
Dinamérica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
CARLOS FERNANDO MUNIZ

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3545148 SSP PE

CPF
540.660.934-34

DATA NASCIMENTO
22/12/1968

FILIAÇÃO
MARIA CICERA DA
CONCEICAO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04525231688

VALIDADE
03/12/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/04/1987

OBSERVAÇÕES
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
04/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
PARAIBA

05591698638
PB037997661

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660906794

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660906794

Ag. 5892-0
Cont. 1167-3
P/E B.B.





Nº da Conta: 0381578238
Mês de referência: 10/2019
Período: 08/09/2019 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 - Parte 1
CEP 58400-398 - 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 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
Valoriza no App Meu Vivo.





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 ANTONIÊTA 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





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





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 tíbia, 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.


Maira Roberta M. Brito Araújo
Delegada de Polícia Civil
JOSENAI LEMES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil


CARLOS FERNANDO MUNIZ

Noticiante


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 13867.01.2019.2.00.401





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

Rio de Janeiro, 08 de 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% x 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01559/01560 - carta_15R - INVALIDEZ

00020780



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



24/09/2019



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 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 : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: 112 SAT 02: 98 PA: 140X80 TEMP: FC: FR: PESO:

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

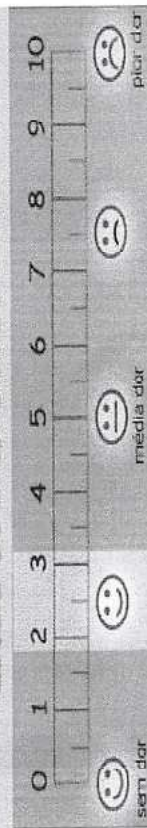
ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CAMPINA GRANDE
ENFERMEIRO COREN
ACOLHIMENTO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Carlos Fernando Muniz</u>			IDADE <u>50a</u>	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>30/09/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>					ASMA <u>N</u>	BRONQUITE <u>N</u>	
AP. CIRCULATÓRIO <u>NDN</u>					ELETROCARDIOGRAMA <u>RS</u>		
AP. DIGESTIVO <u>sem >8h</u>			DENTES <u>-</u>	PESCOÇO <u>-</u>	AP. URINÁRIO <u>NDN</u>		
ESTADO MENTAL <u>CoTe</u>			ATARÁXICOS <u>-</u>	CORTICÓIDES	ALERGIA <u>DIPIROVA</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de tíbia</u>					ESTADO FÍSICO	RISCO <u>ASA I</u>	
ANESTESIAS ANTERIORES <u>sem antecirurgias</u>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>nao houve</u>				APLICADA ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO 1) Etuoxona 1g 2) Bupivacaína 0,5% - hiperb, IT 10mg 3) morfina IT 80mg 4) Dexametasona 10mg 5) Ondansetrona 4mg 6) Tenax com 10mg ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____ Não, por quê? _____		
CÓDIGOS					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO AX. ANESTESIA: O. OPERAÇÃO					Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>monteizão; enóclise; anóclise; potente senta- do; amnésia de dor; punção subaracnó- dea em L3-L4 com agulha tipo quince no 25º reflexo de L4 cloro; injeção IT de AL + quinde.</u>						
POSICÃO							
AGENTES	<u>Acima de todo</u>						
TECNICA	<u>Rogui anestesia</u>					CÂNULAS	
OPERAÇÃO	<u>Tratamento cirúrgico fratura de tíbia</u>						
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS	<u>Rômara Vale</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 058

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



30/09/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB
NOME: Julio Cesar Ribeiro De Castro

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



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número da Promissão: 160967

DATA DA CIRURGIA: 30/09/2019

Número de Atendimento: 1999178 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 7 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: CARLOS FERNANDO MUNIZ

Data da Internação: 24/09/2019

Atendimento: 1999178

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA TIBIA DISTAL E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSSINTESE

Data da Cirurgia: 30/09/2019

Equipe:

Cirurgião: BRENO COUTINHO TORRES

Aux 1: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 2: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesiista: TAMIARA

Tipo de anestesia: AQUE

Relatório Imediato do Patologista: 0

Exame Radiológico no At: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

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

02- ASEPTIA E ANTISEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

04- INCISÕES FACE ANTEROMEDIAL PERNA E + DIVULSAO POR PLANOS

05- REDUÇÃO MANOBUENTA + FIXAÇÃO PLACA BLOQUEADA DE TIBIA DISTAL 10 FIOS

06- PIAFIBROS DE BLOQUEIO E CORTICAIS SOB ESCOPIA

07- SMO 5% + DESBRIDAMENTO

08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CURATIVOS

Data: 30/09/2019

Assinatura/Carimbo

Julio Cesar Ribeiro De Castro

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

10.1.1.149/projeto/...?D=4358&cont=1999178

1/1



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

Num. 29004967 - Pág. 3

GOVERNO
DA PARÁSECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1999092 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Data: 24/09/2019

PACIENTE: CARLOS FERNANDO Aterdente : acolhimento

Nascimento: 22/12/1968

MUNIZ

Endereço: RUA GERICO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade: 050

Bairro: SANTA ROSA

Nome da Mãe: MARIA CÍCERA DA CONCEICAO

RG: 3545148

Nº: 269

Responsável:

CPF: 54066033434

Profissão:

Estado Civil:

Data de Atend: 24/09/2019

CNS: 708000346361125

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

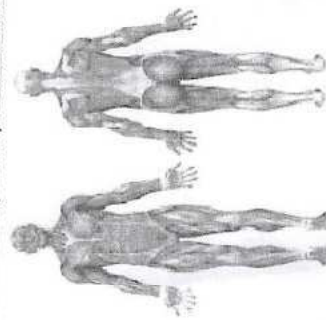
Hora: 08:01:17

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortis
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parêstesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Retorne de 1100 distúrbio

10.1.1.148/projetointeg/impreclassi.php?conta=1999092&dataatend=2019-09-24&horaatend=08:01:46

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO

9/5/20

Paciente vítima de acidente motorizado

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Inácio Bruno Sarmiento

CRM-PB 3.932



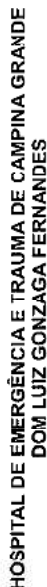
TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 CRM 14300

Assinatura do anestesista





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Carlos Fernando Muniz</u>		D N: <u>22/12/1968</u>		GOVERNO DA PARAÍBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
		<u>Sus</u>	<u>50 anos</u>	<u>1449042</u>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA <u>Tat. cirúrgico e/ fixação de bolsa de Túbio (D)</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Eduardo + Dr. Bruno + Dr. Julio Cesar</u>		
ANESTESIA <u>Raqui + Sulfato</u>			ANESTESIA <u>Dr. Tâmara</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>Anel</u>		<u>30/09/2019</u>	<u>07:30</u>	<u>09:30</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Calel. p/ Oxy.		Catgut cromado Serlix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix
	Diazepam amp.	<u>15</u>	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix
<u>01</u>	Dimorf amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Serlix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
<u>01</u>	Mercalina <u>prado</u> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
	Protigmine amp.	<u>Q.S</u>	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido 1/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelcin ml	<u>Q.S</u>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	<u>03</u>	Mononylon 2.0
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>01</u>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
	Dipirona amp.	<u>01</u>	Luvas 7.0		Vicryl Serfix
<u>01</u>	<u>Fluoridol amp. mausehon</u>	<u>01</u>	Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.	<u>03</u>	Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.	<u>04</u>	Luvas 8.5	<u>01</u>	<u>fio Kirshner 2.5</u>
	Glicose amp.	<u>0</u>	Oxigênio 1/m <u>3l p/min</u>		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml	<u>Q.S</u>	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	<u>Q.S</u>	Sabão Antisséptico	<u>Q.S</u>	SG Normotermico fr 500 ml <u>S.F.p/p procedimento</u>
	Lasix amp.	<u>Q.S</u>	Saco coletor <u>p/ lixo</u>		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol.	<u>02</u>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	<u>03</u>	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	<u>01</u>	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		<u>usou cava 3.5 blestado (F.N)</u>
<u>01</u>	<u>clitacina 1g</u>		Sonda Uretral nº	<u>01</u>	<u>placa bloqueada de Túbio</u>
<u>02</u>	<u>fenilidol 30mg</u>		Sterydrem ml	<u>08</u>	<u>10 furos</u>
			Torneirinha		<u>parafusos</u>
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7	<u>01</u>	Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latex		
<u>01</u>	Agulha desc. 3x4.6 <u>40x12</u>	<u>05</u>	<u>eletrodos</u>		
<u>01</u>	Agulha p/ raque nº <u>25</u>				
<u>Q.S</u>	Álcool de Enfermagem <u>70% 10</u>				
	Álcool Iodado ml				
<u>03</u>	Ataduras de Crepon <u>15 cm</u>				
<u>01</u>	<u>Atadura de Gessado</u>				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				


Dr. Gláucia Rodrigues
Técnico de Enfermagem
COREMPB - 577781


CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



 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 (Via da parte)			Número do boleto: 001.2.20.03380/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: 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 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS - Taxa bancária: R\$ 1,35 CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 51,61
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.222,74
			Desconto total: R\$ 0,00
866000000129 227409283180 520200331004 122003380013 			Valor final: R\$ 1.222,74

 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 (Via do processo)			Número do boleto: 001.2.20.03380/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: 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: R\$ 12,00 - Cartas R\$ 12,00			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

 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 (Via do banco)			Número do boleto: 001.2.20.03380/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: 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 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS - Taxa bancária: R\$ 1,35 CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 51,61
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.222,74
			Desconto total: R\$ 0,00
866000000129 227409283180 520200331004 122003380013 			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 PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





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	C
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	ST
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	ST
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	ST
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	ST
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	SIN
8	CAPTOPRIL 25 MG 1COMP. SUBLINGUAL SE PA> OU = 160/100 MMHG	SIN
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÚRBIOS

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



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003111517546690000027950434

Número do documento: 2003111517546690000027950434

GOVERNO
DA PARÁ

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

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

Clínica: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 7 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. 1FRASCO, 12h/12h	12/12
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	12/12
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12/12
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12/12
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	24/24
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22/22
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:	SUS		Data:	30.09.19	
Procedimento:	T. cir. e/ fixação fratura de Tálus D				
Cirurgião:	Dr. Eduardo	Auxiliar:	Dr. Julio Cesar	Anestesista:	Dr. Jomara
Início:	07:30	Término:	09:30	Anestesia	Raque + Sedação

[illegible][illegible]


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 Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA GERICO , 269 , SANTA ROSA		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - COD. IBGE 550300	15 - UF PB
16 - CEP 58400002		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Dor e deformidade no punho Depois evidência Motricidade </div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Fratura do punho </div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Fratura do punho </div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Fratura do punho </div>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPE 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 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)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



01/10/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-10-01&contar=1999178&IDC=50683

GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/10/2019

Horas: 00:04:08

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

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 - 7

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

DIA 01/10/2019

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

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

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

1º DPO

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

DOR +

FEBRE -

F.O. SANGRANTE

CD: ATB

VPM

ALTA PROGRAMADA P/ AMANHÃ

Dr. Wagner de Melo Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-P 33.333/3

ASSINATURA - CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-10-01&contar=1999178&IDC=50683

1/1



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 11/03/2020 15:17:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031115175466900000027950434

Número do documento: 20031115175466900000027950434

Num. 29004987 - Pág. 5

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

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

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

DIA 29/09/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA <i>Zero A e de 00:00</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1 FRASCO, 12h/12h	<i>18</i> <i>26</i>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>18</i> <i>26</i>
4	OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	<i>06</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>cte</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(3030)</i> <i>(22)</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	<i>cte</i>
8	CAPTAPRIL 25 MG 1 COMP. SUBLINGUAL SE PA> OU = 160/100 MMHG	<i>cte</i>
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

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-8926

Dr. Everlan Da Silva Meira
CRM-PB-8926

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-8926





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

