PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA"

OUTORGANTE: OZIEL BARBOSA DA SILVA, brasileiro, portador do RG nº 1112026, CPF nº 466.943.404-78, residente e domiciliado na Rua Projetada 42, S/N, centro, Salgado de São Félix-PB, CEP: 58.370-000

OUTORGADOS: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO, brasileiros, casados, advogados, inscritos na OAB/PB nº 16.249 e 19.337, respectivamente, sócios da **VIVIANE & EWERTON ADVOCACIA**, CNPJ nº 34.574.156/0001-06, com endereço na Avenida José Silveira, s/nº - Centro, Itabaiana/PB, CEP: 58.360-000, telefone: (0**83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de estilo.

PODERES: Para o fim, defender os interesses da (o) outorgante a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com as cláusulas "ad judicia e extra", para representá-lo em repartições Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Autarquias, Sociedade de economia mista, empresas públicas e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado, para tratar de assunto do seu interesse, assinando livros, requerimento, guias e documentos, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformação, desistência, reafirmação de protocolo, parcelamento, confissões, alteração de dados especiais, cadastro, ficha, obter vista em procedimento administrativo ou fiscal, concordar ou recorrer de decisões administrativas apresentar razões e contrarrazões e acompanhar os recursos e procedimentos em qualquer instância, tudo requerendo para defesa dos citados interesses: conferindo-lhes ainda poderes para em qualquer Juízo utilizando dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromisso e acordo, receber e dar quitação, levantar alvará e valores existentes em contas judiciais ou provenientes de guias de precatórios ou depósitos judiciais deduzindo e compensando os seus por despesas de verbas honorária contratual e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas ou depósitos judiciais, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente autorizado substabelecimento total ou parcial a outrem, para requerer seguro DPVAT, praticamente todos os atos que se fizerem necessários ao fiel desempenho do presente mandato, bem como para RENUNCIAR ao excedente do teto delimitador da competência absoluta do JEF, ou seja, 60 sessenta salários mínimos, à época do ajuizamento da ação, dando por bom, firme e valioso.

Itabaiana- PB, 07 / 01 / 2020

Outorgante: Oziel Barbosa da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e prova junto à Justiça, com fundamento jurídico na Lei nº 1060/50, que por ser pobre, não tenho condições financeiras de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo próprio e de minha família.

Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da supracitada Lei), caso o presente documento não porte a verdade.

Itabaiana- PB, 07 / 01 / 2020

Oziel Barbosa da Silva

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

OZIEL BARBOSA DA SILVA, brasileiro, portador do RG nº 1112026, CPF nº 466.943.404-78, residente e domiciliado na Rua Projetada 42, S/N, centro, Salgado de São Félix-PB, CEP: 58.370-000 doravante denominado CONTRATANTE e, de outro, **VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO**, brasileiros, casados, advogados, inscritos na OAB/PB nº 16.249 e 19.337, respectivamente, sócios da VIVIANE & EWERTON ADVOCACIA, CNPJ nº 34.574.156/0001-06, com endereço na Avenida José Silveira, s/nº - Centro, Itabaiana/PB, CEP: 58.360-000, doravante denominado simplesmente CONTRATADOS, firmam o presente CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, que será regido pelas cláusulas e condições a seguir expostas.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O (a) CONTRATANTE, por este instrumento contrata os serviços advocatícios dos CONTRATADOS para que promovam ação judicial, que tramitará _____.

CLÁUSULA SEGUNDA: Para execução dos trabalhos acima mencionados, os CONTRATADOS farão jus ao pagamento do equivalente a trinta por cento de todo o proveito econômico que o CONTRATANTE vier a receber em decorrência do processo, advindos de sentença judicial ou acordo nos autos, quando o mesmo receber e se receber;

CLÁUSULA TERCEIRA: Se o CONTRATANTE optar por destituir os CONTRATADOS ou desistir da ação, ficará sujeito ao imediato pagamento da quantia de três mil reais, em favor dos CONTRATATOS, independentemente do estado em que se encontre o processo judicial ou administrativo.

CLÁUSULA QUARTA: O CONTRATANTE concorda que seja destacado da RPV, PRECATÓRIO ou DEPÓSITO JUDICIAL o valor dos honorários contratados e afirma através deste instrumento que esta ciente de que o referido valor será descontado das parcelas a que por ventura tenha direito.

CLÁUSULA QUINTA: O (a) CONTRATANTE arcará com todas as custas e despesas processuais, bem como eventuais ônus de sucumbência. As partes, de comum acordo, elegem o foro da Comarca de Itabaiana-PB, como o único competente para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios decorrentes do presente Contrato.

E, estarem certas e avençadas, as partes assinam o presente Contrato, em duas vias de igual teor e forma.

Itabaiana- PB, 07/01/2020.

Contratante: Oziel Barbosa da Silva

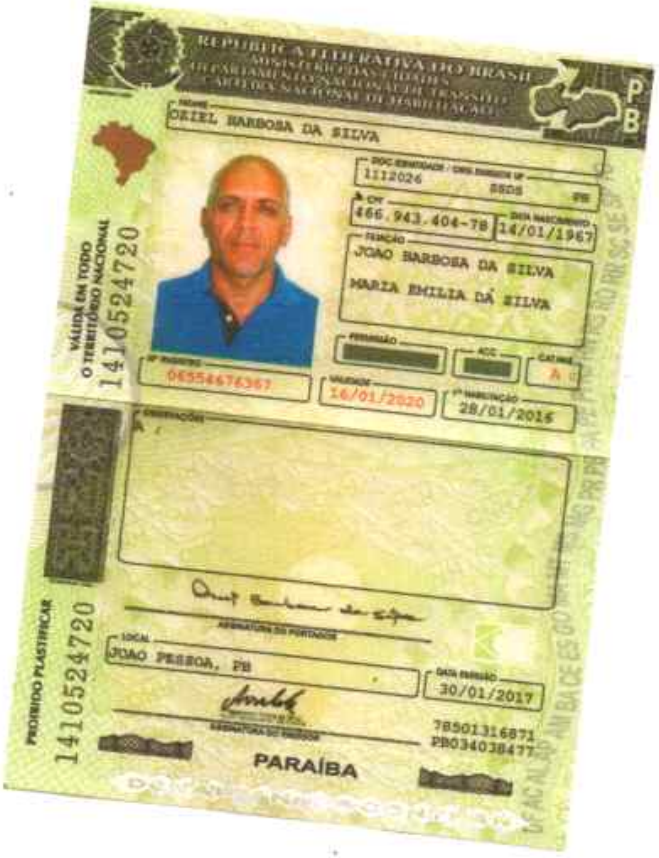
Contratados: Ewerton Nascimento.

DECLARAÇÃO

OZIEL BARBOSA DA SILVA, brasileiro, portador do RG nº 1112026, CPF nº 466.943.404-78, residente e domiciliado na Rua Projetada 42, S/N, centro, Salgado de São Félix-PB, CEP: 58.370-000 Declaro para todos os fins de prova em direito admitida que NÃO PAGUEI nenhuma quantia a título de honorários contratuais aos advogados VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO - OAB/PB nº 16.249 e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO - OAB/PB nº 19.337. Declaro, ainda, que só procederei com o pagamento dos aludidos honorários ao término da ação.

Itabaiana, 07/01/2020

Oziel Barbosa da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
SECRETARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
OZIEL BARBOSA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR UF
1112026 SSDS PB

CPF
466.943.404-78

DATA NASCIMENTO
14/01/1967

FILIAÇÃO
JOÃO BARBOSA DA SILVA
MARIA EMILIA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06554676367

VALIDADE
16/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
28/01/2016

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
30/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

78501316871
PB034038477

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1410524720

PROIBIDO PLASTIFICAR

1410524720

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 68241690

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS — REFERÊNCIA: OUT/2019

OZIEL BARBOSA DA SILVA
RUA PROJETADA 42, S/N - CENTRO SALGADO DE S. FELIX
PB 58370- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
011.002.079.0647.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y13N712499	01/04/2014	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
491	497	6	31	25/11/2019

HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			
SET/2019	12	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AGO/2019	12	TURBIDEZ	0	0	0
JUL/2019	13	CLORO	0	0	0
JUN/2019	8	COL.TERMOT	0	0	0
MAI/2019	10	COR	0	0	0
ABR/2019	8	COL.TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: AGO/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 28/10/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 11:19:39

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	6 M3	37,91
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R$ 3,51 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/11/2019 **Total a Pagar:** R$ 37,91

CAGEPA
CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
#CHEGADETRABALHOINFANTIL

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 013028190264

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 | CÓD. RENAVAM: 0029975544-4 | CÓD. SEGURANÇA: 00/00000000 | EXERCÍCIO: 2017

NOME: OZIEL BARBOSA DA SILVA

CPF / CNPJ: 46694340478 | PLACA: MOS4852 / PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB | CHASSI: 9C2JC4110BR450061

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS | ANO FAB.: 2011 | ANO MOD.: 2011

CAP / POT / CIL: 2 P/124 /CI | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA — COTA ÚNICA: | VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000 | VENC. COTAS: 1ª 2ª 3ª

FAIXA I.P.V.A.: ******* | PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******** | IOF (R$): | PRÊMIO TOTAL (R$): SEGURO | DATA DE PAGAMENTO: P A G O 02/05/2017

OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

0

LOCAL: SALGADO DE S. FELIX PB-P | DATA: 03/05/2017

40649 40720

CONTRAN

PB Nº 013028190264 BILHETE DE SEGURO DPVAT

OZIEL BARBOSA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

46694340478 MOS4852/PB

EXERCÍCIO: 2017 | DATA EMISSÃO: 03/05/201

VIA | CPF / CNPJ: OZIEL BARBOSA DA SILVA | PLACA

RENAVAM | MARCA / MODELO

ANO FAB.: 1 | CILTAB. | Nº CHASSI: 46694340478 MOS4852/PB

00299755444 HONDA/CG 125 FAN KS

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$): 2011 9 | DENATRAN (R$): 9C2JC4110BR450061 | CUSTO DO SEGURO (R$):

CUSTO DO BILHETE (R$): | IOF (R$): | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$):

******** | FORMA DE PAGAMENTO: SEGURO | DATA DO PAGAMENTO: P A G O

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

40720-0820262-20170503

Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
9ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Salgado de São Félix

GOVERNO
DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº095/2018

CERTIFICO, em razão do meu oficio e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2018, encontramos a ocorrência de nº 095/2018, que passamos a transcrever na integra: Ao Primeiro (01) dia do mês de agosto do ano de 2018 (dois mil e dezoito), nesta cidade de Salgado de São Félix, Estado da Paraiba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente Ricardo Rolim Ramalho, Delegado de Policia Civil, comigo, Policial Civil atendente ao final assinado e declarado, aí, por volta das 15h00min, compareceu **OZIEL BARBOSA DA SILVA,** brasileira, casado, natural de Salgado de São Felix/PB, com 51 anos de idade, nascido aos 14.01.1967, curso superior, filho de João Barbosa da Silva e de Maria Emilia da Silva, Professor, RG: 1.112.026 -2ª via SSDS/PB, CPF: 466.943.404-78, residente na Rua Projetada, nº 42 - Conjunto Lourival Correia de Araújo, centro, Salgado de São Félix/PB, a qual passou a **NOTICIAR**:

Que no dia 08.03.2018, por volta das 17h45min, seguia em direção a sua residência no endereço acima citado, conduzindo uma motocicleta marca/modelo HONDA/CG FAN KS, ANO/MOD 2011/2011, PLACA MOS4852/PB, DE COR PRETA, CHASSI 9C2JC4110BR450061, de propriedade do noticiante, quando afirma que sofreu uma queda da moto acima citada; Que decorrente do referido sinistro, o noticiante veio a sofrer **SEQUELA DE FRATURA METACARPO MÃO DIREITA** conforme prontuário médico apresentado nesta depol.

Era o que continha a dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Salgado de São Félix/PB, aos um dia do mês de agosto de 2018 (Dois Mil e Dezoito), eu policial civil que digitei, assino.

OZIEL BARBOSA DA SILVA
Noticiante

HOSANA CORREIA DE MORAIS
Escrivã de Polícia Civil
Mat. 69.838-5

DENATRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB — Nº 013929143789
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20180300001805-4

VIA	CÓD. RENAVAM	PONTA C.	EXERCÍCIO
1	0029975544-4	00/000000000	2018

NOME: OZIEL BARBOSA DA SILVA

CPF / CNPJ	PLACA
46694340478	MOS4852/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PE	9C2JC4110BR450061

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO ARRAS	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS	2011	2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTICULAR	PRETA

IPVA	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
		00/00/0000	1ª
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		2ª
******	0		3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	15/02/2018

OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA 0

LOCAL	DATA
SALGADO DE S. FELIX PB-P	26/02/2018

40649 — Agenilson Vieira da Silva — 16055

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929143789 — **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	26/02/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	46694340478	MOS4852/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
00293755444	HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2011	9	9C2JC4110BR450061

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA	PARCELADO	15/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

OUT / 2017

16055-1532027-20180226

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: Av. General Edson Ramalho, 479
Bairro: Manaíra | Cidade: João Pessoa | CEP:58038-100
CNPJ: 08323040/0001-86 | Tel: 83-3226-7555 | Cidade:PB
Site: | E-Mail: | Fax:

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE | Matrícula: | Plano:
DataAdmissão: 04/06/2018 | Hora: 00:00 | Data Alta: 04/06/2018 | Número da Guia: 07294778 | Senha:

Procedimento: MAO OU QUIRODACTILO
Médico Solicitante: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO | CRM: 6117 | CPF: 026.366.144-00 | CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
MAO OU QUIRODACTILO	BRUNO DE MIRANDA H.	40803120			1	40,37	0,00	0,00	CLINICO	40,37
									Sub-Total:	**40,37**

Total Serviços:	**40,37**
Total Mat/Med/OPM:	**0,00**
Total Geral:	**40,37**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: AV GETULIO VARGAS
Bairro: CENTRO | Cidade: J.PESSOA | CEP:58013-240
CNPJ: 08323040/0001-86 | Tel: 3015-2029 | Cidade:PB
Site: | E-Mail: | Fax: 3222-5148

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE | Matrícula: | Plano:
DataAdmissão: 10/03/2018 | Hora: 00:00: | Data Alta: 10/03/2018 | Número da Guia: 07117121 | Senha:

Procedimento: MEMBRO SUPERIOR
Médico Solicitante: JANIO DANTAS GUALBERTO | CRM: 4382 | CPF: 691.234.894-72 | CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
MEMBRO SUPERIOR	JANIO DANTAS GUALBERTO	30711037			1	14,45	0,00	0,00	CLINICO	14,45
MAO OU QUIRODACTILO	JANIO DANTAS GUALBERTO	40803120			1	40,37	0,00	0,00	CLINICO	40,37
							Sub-Total:			**54,82**

Serviços:

Data:	Serviço Executado:	Código Tab.:	Quant.:	Valor Unit.:	Valor Total:
10/03/2018	TAXA DE SALA GESSO(	60023236	1	32,45	32,45
			Sub-Total:		**32,45**

Materiais:

Data:	Descrição:	Especificação:	Código Tab.:	Quant.:	Valor Unit.:	Valor Total:
10/03/2018	ALGODAO	H02315 - ALGODAO ORTOPEDICO	00017033	3	1,24	3,72
10/03/2018	ATADURA CREPOM CYSNE	10 CM X 1,8 M C/12 (REPOUSO)	00017045	3	1,43	4,29
10/03/2018	ATADURA GESSADA 15CM X 3M	15 CM X 3 M	00017063	4	1,98	7,92
10/03/2018	ESPARADRAPO	BEGE 10 CM X 4,5 M	70227101	1	3,77	3,77
10/03/2018	MALHA TUBULAR 15 CM	MS-06 - 15 CM X 22,8 M - RL	00077692	1	3,32	3,32
				Sub-Total:		**23,02**

Total Serviços:	**87,27**
Total Mat/Med/OPM:	**23,02**
Total Geral:	**110,29**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: AV GETULIO VARGAS
Bairro: CENTRO
CNPJ: 08323040/0001-86
Site:

Cidade: J.PESSOA
Tel: 3015-2029
E-Mail:

CEP:58013-240
Cidade:PB
Fax: 3222-5148

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE
Matrícula:
Plano:
DataAdmissão: 10/03/2018
Hora: 00:00:
Data Alta: 10/03/2018
Número da Guia: 07117090
Senha:

Procedimento: CONSULTA EM CONSULTORIO
Médico Solicitante: JANIO DANTAS GUALBERTO
CRM: 4382
CPF: 691.234.894-72
CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
CONSULTA EM CONSULTORIO	JANIO DANTAS GUALBERTO	10101012			1	54,00	0,00	0,00	CLINICO	54,00
								Sub-Total:		**54**

Total Serviços:	**54,00**
Total Mat/Med/OPM:	**0,00**
Total Geral:	**54,00**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: AV GETULIO VARGAS
Bairro: CENTRO
CNPJ: 08323040/0001-86
Site:

Cidade: J.PESSOA
Tel: 3015-2029
E-Mail:

CEP:58013-240
Cidade:PB
Fax: 3222-5148

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE
Matrícula:
Plano:
DataAdmissão: 14/03/2018 Hora: 00:00: Data Alta: 14/03/2018 Número da Guia: 07126493 Senha:

Procedimento: MEMBRO SUPERIOR
Médico Solicitante: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO CRM: 6117 CPF: 026.366.144-00 CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
MEMBRO SUPERIOR	BRUNO DE MIRANDA H.	30711037			1	14,45	0,00	0,00	CLINICO	14,45
							Sub-Total:			**14,45**

Serviços:

Data:	Serviço Executado:	Código Tab.:	Quant.:	Valor Unit.:	Valor Total:
14/03/2018	TAXA DE SALA GESSO(	60023236	1	32,45	32,45
			Sub-Total:		**32,45**

Materiais:

Data:	Descrição:	Especificação:	Código Tab.:	Quant.:	Valor Unit.:	Valor Total:
14/03/2018	ALGODAO	H02315 - ALGODAO ORTOPEDICO	00017033	3	1,24	3,72
14/03/2018	ATADURA CREPOM CYSNE	10 CM X 1,8 M C/12 (REPOUSO)	00017045	3	1,43	4,29
14/03/2018	ATADURA GESSADA 15CM X 3M	15 CM X 3 M	00017063	4	1,98	7,92
14/03/2018	ESPARADRAPO	BEGE 10 CM X 4,5 M	70227101	1	3,77	3,77
14/03/2018	MALHA TUBULAR 15 CM	MS-06 - 15 CM X 22,8 M - RL	00077692	1	3,32	3,32
				Sub-Total:		**23,02**

Total Serviços:	**46,90**
Total Mat/Med/OPM:	**23,02**
Total Geral:	**69,92**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: Av. General Edson Ramalho, 479
Bairro: Manaira | Cidade: João Pessoa | CEP:58038-100
CNPJ: 08323040/0001-86 | Tel: 83-3226-7555 | Cidade:PB
Site: | E-Mail: | Fax:

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE | Matrícula: | Plano:
DataAdmissão: 19/03/2018 | Hora: 00:00: | Data Alta: 19/03/2018 | Número da Guia: 07134481 | Senha:

Procedimento: MEMBRO SUPERIOR
Médico Solicitante: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO | CRM: 6117 | CPF: 026.366.144-00 | CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
MEMBRO SUPERIOR	BRUNO DE MIRANDA H.	30711037			1	14,45	0,00	0,00	CLINICO	14,45
MAO OU QUIRODACTILO	BRUNO DE MIRANDA H.	40803120			1	40,37	0,00	0,00	CLINICO	40,37
							Sub-Total:			**54,82**

Serviços:

Data:	Serviço Executado:	Código Tab.:	Quant.:	Valor Unit.:	Valor Total:
19/03/2018	TAXA DE SALA GESSO(	60023236	1	32,45	32,45
			Sub-Total:		**32,45**

Materiais:

Data:	Descrição:	Especificação:	Código Tab.:	Quant.:	Valor Unit.:	Valor Total:
19/03/2018	ALGODAO	H02315 - ALGODAO ORTOPEDICO	00017033	3	1,24	3,72
19/03/2018	ATADURA CREPOM CYSNE	10 CM X 1,8 M C/12 (REPOUSO)	00017045	3	1,43	4,29
19/03/2018	ATADURA GESSADA 15CM X 3M	15 CM X 3 M	00017063	4	1,98	7,92
19/03/2018	ESPARADRAPO	BEGE 10 CM X 4,5 M	70227101	1	3,77	3,77
19/03/2018	MALHA TUBULAR 15 CM	MS-06 - 15 CM X 22,8 M - RL.	00077692	1	3,32	3,32
				Sub-Total:		**23,02**

Total Serviços:	**87,27**
Total Mat/Med/OPM:	**23,02**
Total Geral:	**110,29**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: AV GETULIO VARGAS
Bairro: CENTRO | Cidade: J.PESSOA | CEP:58013-240
CNPJ: 08323040/0001-86 | Tel: 3015-2029 | Cidade:PB
Site: | E-Mail: | Fax: 3222-5148

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE | Matrícula: | Plano:
DataAdmissão: 18/04/2018 | Hora: 00:00: | Data Alta: 18/04/2018 | Número da Guia: 07200086 | Senha:

Procedimento: CONSULTA EM CONSULTORIO
Médico Solicitante: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO | CRM: 6117 | CPF: 026.366.144-00 | CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
CONSULTA EM CONSULTORIO	BRUNO DE MIRANDA H.	10101012			1	54,00	0,00	0,00	CLINICO	54,00
								Sub-Total:		**54**

Total Serviços:	**54,00**
Total Mat/Med/OPM:	**0,00**
Total Geral:	**54,00**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: AV GETULIO VARGAS
Bairro: CENTRO — Cidade: J.PESSOA — CEP:58013-240
CNPJ: 08323040/0001-86 — Tel: 3015-2029 — Cidade:PB
Site: — E-Mail: — Fax: 3222-5148

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE — Matrícula: — Plano:
DataAdmissão: 18/04/2018 — Hora: 00:00: — Data Alta: 18/04/2018 — Número da Guia: 07200592 — Senha:

Procedimento: MAO OU QUIRODACTILO
Médico Solicitante: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO — CRM: 6117 — CPF: 026.366.144-00 — CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
MAO OU QUIRODACTILO	BRUNO DE MIRANDA H	40803120			1	40,37	0,00	0,00	CLINICO	40,37
									Sub-Total:	**40,37**

Total Serviços:	**40,37**
Total Mat/Med/OPM:	**0,00**
Total Geral:	**40,37**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: Av. General Edson Ramalho, 479
Bairro: Manaíra
CNPJ: 08323040/0001-86
Site:

Cidade: João Pessoa
Tel: 83-3226-7555
E-Mail:

CEP:58038-100
Cidade:PB
Fax:

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE
Matrícula:
Plano:
DataAdmissão: 30/04/2018 Hora: 00:00: Data Alta: 30/04/2018 Número da Guia: 07224766 Senha:

Procedimento: MAO OU QUIRODACTILO
Médico Solicitante: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO CRM: 6117 CPF: 026.366.144-00 CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
MAO OU QUIRODACTILO	BRUNO DE MIRANDA H.	40803120			1	40,37	0,00	0,00	CLINICO	40,37
								Sub-Total:		**40,37**

Total Serviços:	**40,37**
Total Mat/Med/OPM:	**0,00**
Total Geral:	**40,37**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
Endereço: Av. General Edson Ramalho, 479
Bairro: Manaíra — Cidade: João Pessoa — CEP:58038-100
CNPJ: 08323040/0001-86 — Tel: 83-3226-7555 — Cidade:PB
Site: — E-Mail: — Fax:

Paciente:

Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Convênio: SMILE SAUDE — Matrícula: — Plano:
DataAdmissão: 04/06/2018 — Hora: 00:00: — Data Alta: 04/06/2018 — Número da Guia: 07294577 — Senha:

Procedimento: CONSULTA EM CONSULTORIO
Médico Solicitante: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO — CRM: 6117 — CPF: 026.366.144-00 — CBO: 06150

Procedimento/Honorários Médicos.

Serviço Executado:	Médico Assistente:	Código:	Via	Tec	QT.	Valor Unit.:	Desc Plano:	Desc Emp.:	G.A.	Valor Total:
CONSULTA EM CONSULTORIO	BRUNO DE MIRANDA H.	10101012			1	54,00	0,00	0,00	CLINICO	54,00
									Sub-Total:	**54**

Total Serviços:	**54,00**
Total Mat/Med/OPM:	**0,00**
Total Geral:	**54,00**

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Faturista Responsável

Hospital Samaritano

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a Srº **OZIEL BARBOSA DA SILVA,** portador do CPF 466.943.404-78, que esteve interno nesse hospital para tratamento clinico no período de 20/03/2018 à 21/03/2018, conforme registro de nº. 8105.

João Pessoa, 14 de outubro de 2019.

Dr. Marco Antonio Barros
CRM 6417
Diretor Clinico
Hospital Samaritano

Marco Antonio Barros
Diretor Clinico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail hsamaritano@veloxmail.com.br

Hospital Samaritano

DECLARAÇÃO

Conforme solicitação do Srº. **OZIEL BARBOSA DA SILVA,** estamos entregando cópia do seu prontuário no período de 20/03/2018 a 21/03/2018, conforme registros nº 8105.

João Pessoa, 14 de outubro de 2019.

Dr. Marco Antonio Barros
CRM 4477
Gestor Clínico
Hospital Samaritano

Marco Antonio Barros
Diretor Clínico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail hsamaritano@veloxmail.com.br

Dr. André Luis L. G. de Siqueira
Dr. Antônio Almeida de Lacerda
Dr. Arão Santos de Alencar
Dr. Felipe Tavares Sena
Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
Dr. Milton da Silva Linhares
Dr. Remo Soares de Castro
Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Dr. Rômulo Soares de Castro
Drª. Rossana Cavalcante Almeida
Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
Dr. Vademir Antônio Couzsau

ORTOTRAUMA
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

30.04.18

Uziel Barbosa da Silva

Tem c/ Sequela de Fratura Metacarpo Mão Direita, no qual foi Cirurgia com Fixação de Placa e Parafusos p/ preparação da lesão. há ± 4 Meses Após queda de Moto.

CID: S62.3

Dr. Antônio Almeida de Lacerda
033.005879/CRM/PB 5078
CPF. 486.108.184-59

• Ortopedia
• Cirurgia da Mão
• Cirurgia do Joelho
• Cirurgia do Quadril
• Oncologia Musculoesqueletica
• Cirurgia de Ombro
• Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa - PB
Fones: (83) 3508.5001, 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •

2018/04-19

A

Hospital Samaritano

RELATÓRIO DA CIRURGIA

OZIEL BARBOSA DA SILVA			DATA: 21.3.2018
APARTAMENTO/ENF:	LEITO:		
CIRURGIÃO: DR. BRUNO	1º AUXILIAR: ANTONIO		
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INTRUMENTADOR(A): JO	
ANESTESISTA: DIOGO	TIPO DE ANESTESIA: bloqueio periférico		

DIAGNÓSTICO FRATURA DO META

TIPO DE CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO METACARPO 4º METACARPO

INTERCORRÊNCIAS INTRA-OPERATÓRIAS: *NÃO HOUVE*

	DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
01	PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
02	DISSECÇÃO POR PLANOS E ISOLAMENTO DO FOCO DA FRATURA - REDUÇÃO COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM REPARO LIGAMENTAR E TENDINOSO - LESÃO DO APARELHO POR AÇÃO DA ESPÍCULA ÓSSEA FAÇO TENOPLASTIA DOS EXTENSORES (SOLIDARIZAÇÃO) REPARO LIGAMENTAR – CAPSULA
03	REDUÇÃO COM AUXILIO D O INTENSIFICADOR DE IMAGEM
04	**PRIMEIRO TEMPO** APOSIÇÃO DE PLACA 2.0MM E 5 PARAFUSOS DE BLOQUEIO (TITANIO)
05	**HEMOSTASIA**
06	REVISANDO A REDUÇÃO COM O INTENSIFICADOR
07	CURATIVO

BRUNO MONTENEGRO

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 6117

Bruno Monte...
Ortopedia Traumatologia
CRM 6117

SAM
2105

70

Hospital Samaritano

RELATÓRIO DA CIRURGIA

OZIEL BARBOSA DA SILVA		DATA: 21.3.2018
APARTAMENTO/ENF:	LEITO:	
CIRURGIÃO: DR. BRUNO	1º AUXILIAR: ANTONIO	
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INTRUMENTADOR(A): JO
ANESTESISTA: DIOGO	TIPO DE ANESTESIA: bloqueio periférico	
DIAGNÓSTICO FRATURA DO META		
TIPO DE CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO METACARPO 4º METACARPO		
INTERCORRÊNCIAS INTRA-OPERATÓRIAS: *NÃO HOUVE*		

	DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
01	PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
02	DISSECÇÃO POR PLANOS E ISOLAMENTO DO FOCO DA FRATURA - REDUÇÃO COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM REPARO LIGAMENTAR E TENDINOSO - LESÃO DO APARELHO POR AÇÃO DA ESPÍCULA ÓSSEA FAÇO TENOPLASTIA DOS EXTENSORES (SOLIDARIZAÇÃO) REPARO LIGAMENTAR – CAPSULA
03	REDUÇÃO COM AUXILIO D O INTENSIFICADOR DE IMAGEM
04	**PRIMEIRO TEMPO** APOSIÇÃO DE PLACA 2.0MM E 5 PARAFUSOS DE BLOQUEIO (TITANIO)
05	**HEMOSTASIA**
06	REVISANDO A REDUÇÃO COM O INTENSIFICADOR
07	CURATIVO

BRUNO MONTENEGRO

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 6117

Bruno Monte[illegible]
Ortopedia [illegible]
CR[illegible]

Hospital Samaritano

14047 | 69 anos | Consciente | ASA 1 2 3 4 5 6 E | Sonolo | Smile

CIRURGIÃO: Dr. Bruno | AUXILIAR: Dr. Antonio | ANESTESIOLOGISTA: Soraino Souza

DIAGNÓSTICO: Fratura de metacarpo mão D + Lesões osteomioarticulares [illegible] de Tendão

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Osteossíntese de Fratura Metacarpiana + Reparação Ligamentar + Transposição de Tendão mão D

INÍCIO: 3:00 | TÉRMINO: 9:40 | DURAÇÃO (h:min) | EMERGÊNCIA: SIM ☐ NÃO ☒ | VIPA: SIM ☐ NÃO ☒ | ANTIBIOTICOPROFILAXIA | EFEITO SATISFATÓRIO: SIM ☒ NÃO ☐ | DESTINO DO PACIENTE: CIRURGIA ☒ ENF. APT. ☐ UTI ☐ ALTA ☐

HORÁRIO DO PROCEDIMENTO

MONITORIZAÇÃO
- ☒ AP. ANEST. CHECADO
- ☒ CARDIOSCÓPIO
- ☒ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ CAPNOGRAFIA
- ☐ BIS
- PESSOAL NÃO ESTÉRIL SIM ☒ NÃO ☐
- ☒ TEST. DE NERVOS: SULFAN: 50
- ACESSO VENOSO: ☒ CATETER: 22
- ☐ CATETER
- ☐ INTRACATH
- ☐ OUTRO
- ☐ BOMBA DE INFUSÃO

VIA AÉREA DIFÍCIL SIM ☐ NÃO ☒

INTUBAÇÃO
- ☐ OROTRAQUEAL
- ☐ NASOTRAQUEAL
- ☐ TRAQUEOSTOMIA
- ☐ CÂNULA GUEDEL
- ☐ MÁSCARA FACIAL
- ☒ CATETER NASAL

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAL:

USA ALGUMA MEDICAÇÃO: SIM ☐ NÃO ☒ QUAL:

MONITORIZAÇÃO — MEIOS: ☒ OXIGÊNIO ☐ N2O / AR ☐ SEVOFLURANO

VENTILAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA ☐ MANUAL ☐ MECÂNICA

MONITORIZAÇÃO: ☒ CAPNOGRAFIA ☐ ETCO2 ☐ BIS ☒ ECG

PROTAÇÕES:

LÍQUIDOS: RL

SINALIZAÇÃO VITAL: PA Sistólica / PA Diastólica / PA Média / FC / SpO2 / Temperatura / Hipnose / Hipnose

VALIDAÇÕES

TÉCNICA ANESTÉSICA: GERAL BALANCEADA ☐ GERAL VENOSA TOTAL ☐ RAQUIANESTESIA ☐ PERIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ SEDAÇÃO ☒

DESCRIÇÃO: Bloqueio axilar a D. + Sedação

PARÂMETROS DE VENTILAÇÃO: VT: (ml) FR: (ipm) VM: (L/min) REALIZOU VISITA PRÉ-ANESTÉSICA: SIM ☒ NÃO ☐

OD 29859

DROGAS E MATERIAIS UTILIZADOS

ANEST. GERAL / SEDAÇÃO	QUANT.	DOSE UTILIZADA	CONTINUAÇÃO	QUANT.	DOSE UTILIZADA
Água Destilada 10ml	04		Sufentanil amp		
Alfentanil amp			Tenoxicam 40mg		
Atropina amp			Torsopl		
Bexta amp	01		Tramal 50 / 100mg		
Cisatracúrio amp			Eletrodos unid	05	
Clonidina amp			Cateter nasal unid	01	
Dexametasona amp	01		Oxigênio L/min		
Desmedetomidina amp			Óxido nitroso L/min		
Droperol amp	01		Jelco nº 24 / 22 / 20	01	
Dopamina amp			Jelco nº 18 / 16 / 14		
Dramin B6 amp			Máscara laríngea unid		
Droperidol			Tubo traqueal nº		
Efedrina amp					
Efortil amp					
Etomidato amp					
Fentanil 1ml / 20ml	01		**BLOQUEIOS**		
Flumazenil amp			Bupivacaína 0,5% pes.		
Hidrocortizona 500mg			Bupivacaína 0,5% iso.		
Isoflurano ml			Novabupivacaína 0,5%	01	500
Midazolam 1,0 / 15mg	01		Lidocaína 2% 400	01	500
Morfina 3,2 / 2,3 / 10mg			Ag. raque nº		
Naloxona amp			Ag. tegus nº		
Noradrenalina amp			Ag. peri nº		
Rubain 10mg amp			Cat. peri nº		
Ocitocina amp 5 unid			**ANTIBIOTICOPROFILAXIA**		
Ondasentrona 4 / 8mg	01		Cefazolina 1g	01	
Plasil amp			Unasyn 1,5 / 3,0mg		
Profenid fr			**OUTROS**		
Propofol 10 / 20ml			Ceftriaxona 1g		
Propofol PFS 1% / 2%			Ciprofloxacina 400mg		
Prostigmine amp			Gentamicina 50 mg		
Quetamina fr			Metronidazol 500mg		
Remifentanil fr					
Rocurônio fr			Hora inicial:		
Sevorane ml			Reposição:		

BALANÇO HÍDRICO

S. GLIC. 5%	ml
S.F. 0,9%	ml
S.R. LACTATO	1000 ml
CONC. HEMÁCIAS	ml
TOTAL	ml

DIURESE: INICIAL: ml FINAL: ml

Maria do Socorro de Sousa Soares
Anestesiologista
CRM 1227

CARIMBO E ASSINATURA ANESTESIOLOGISTA

FIGUEIRÊDO

Hospital Samaritano

Bloco Cirúrgico

Paciente: Ozel Barbosa da Silva
Convênio: Unimed
Cirurgia: Trat. Cirurg. de Fratura do 4º Metacarpo
Data: 21/03/18
Cirurgião: Drº Bruno
Anestesista: Drº Sérgio Souza
Auxiliar 1: Drº Antonio
Anestesia: Bloqueio de Plexo + Sedação
Auxiliar 2:
Circulante: Jacqueline
Instrumentador:
Idade: 51 anos

MEDICAMENTOS

Água Destilada 10 ml	04	Droperidol		Nimbium			Tilatil ____ mg		
Adrenalina		Etomidato		Neomicina Pomada			Transamim		
Aminofilina		Efedrina		Neocaína Isobárica			Tramal 50mg		
Amicacina		Fenergan		Neocaína Pesada			Tracrium		
Atropina		Fentanil 2ml	01	Novabupi 0,5 c/v			Ultiva 2mg		
Bextra 40mg	01	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v		01	Unasyn 3g		
Buscopam Composto		Flagyl 500mg		Nubaim			Xilocaina 2% Fr. UV	01	
Buscopam Simples		Fenitoína		Omeprazol			Xilocaina 2% 5ml		
Brycanil		Flumazenil		Oxacilina 500mg			Xilocaina 2% geléia		
Clonidina		Gentamicina		Pavulon			Dramin B6		
Cipro 200mg		Glicose 50%		Plasil			Vitamina C		
Duo Decadron		Hidrocortisona		Precedex			Vitamina K		
Dimorf 0,2mg		Keflim 1g		Profenid			Vitamina B		
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	01	Propofol					
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin		Prostiguimine			**HALOGENADOS**		
Dexametasona 10 mg	01	Kolagenase Pomada		Quelicim ____ mg			Sevorane (ml)		
Dipirona Sódica	02	Lasix		Rapifen			Halotano (ml)		
Dolosal		Liquemine		Ranitidina			Forane (ml)		
Dormonid	01	Narcan		Rocefin 1g					
Diazepan		Nausedron	01	Telebrix					

SOLUÇÕES

Soro Fisiol. 0,9%1000ml		Soro Ringer c/ Lactato	08	PVPI Degermante		Clorexidina 2% degerm.	
Soro Fisiol. 0,9%500ml	01	Água Destilada 1L		PVPI Tintura		Clorexidina 2% alc.	
Soro Fisiol. 0,9%250ml		Purisole		PVPI Tópico		Éter	50ml
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol				Álcool 70%	
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven					

MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Agulha 13x4,5G		Conexão 2 vias	01	Luva de Procedimento	05	Cartucho de Ligaclip	
Agulha 25x7G	02	Dreno Penrose 1		Luva 7,0		Perfusor Seth	
Agulha 40x12G	02	Dreno Penrose 2		Luva 7,5	01	Sonda Gástrica 18	
Agulha Raqui 25G		Dreno Penrose 3		Luva 8,0	02	Sonda Gástrica 20	
Agulha Raqui 26G		Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5	02	Sonda Uretral 4	
Agulha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11		Sonda Uretral 6	
Agulha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15	01	Sonda Uretral 8	
Agulha Peridural 17G		Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24		Sonda Uretral 10	
Agulha Peridural 18G		Dreno Tórax 36		Máscara Descartável	04	Sonda Uretral 12	
Agulha de Bloqueio Plexo	01	Dreno Tórax 38		Propé		Sonda Uretral 14	
Jelco 14G		Esparadrapo	4 rolos	Seringa 1ml		Torneirinha 3 vias	
Jelco 16G		Eletrodos	05	Seringa 3ml		TOT 6,5	
Jelco 18G		Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml	02	TOT 7,0	
Jelco 20G		Equipo Microgotas		Seringa 10ml	03	TOT 7,5	
Jelco 22G	01	Escova degermante	04	Seringa 20ml	01	TOT 8,0	
Jelco 24G		Gorro Descartável	05	Seringa 60ml		TOT 8,5	
Atadura Crepom 15cm		Gaze Pacote	07	Sonda Foley 3v 18		TOT 9,0	
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan		Sonda Foley 3v 20		Transofix	01
Atadura Gessada		Surgicel		Sonda Foley 3v 22		Equipo de BIC	
Coletor Sist. Aberto		Intracath		Sonda Foley 2v 12		Equipo de Sangue	
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14		Equipo Irrigoplás	
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16		Algodão Ortopédico	
Cateter Peridural 16		Capa VDL		Sonda Foley 2v 18			

EQUIPAMENTOS

Aspirador		Capnógrafo		Fonte de Luz		RX/ Arco Cirúrgico	✓
Bisturi Elétrico		CO2		Monitor	✓	Tricotomia	
Bomba de Infusão		Oxigênio	✓	Respirador		Peça Cirurg:	
Carro de VDL		Nitrogênio		Oxímetro	✓	Destino:	

Cz cateter 1h40'

Eronildo Júnior
Enfermeiro
COREN-PB 473.164
Chefe de Enf.

MATERIAIS E FIOS DE SUTURA

Algodão 0 c/ag PA 425 T		Prolene 0 C 0090199
Algodão 0 s/ag SPA 45 T		Prolene 2 FECH ppd 84230
Algodão 2.0 Gastro c/ Ag PA 424 T		Prolene 2.0 Card 9523 T
Algodão 2.0 s/ag SPA 44 T		Prolene 2 c/ag Gastro PPI 3646 G
Algodão 3.0 c/ag PA 423 T		Prolene 3.0 Card 9522 T
Algodão 3.0 s/ag SPA 43 T		Prolene 3.0 Gastro 8512 T
Catgut Cromado 1 G 115 T		Prolene 4.0 Gastro 8531 T
Catgut Cromado 2.0 G 113 T		Prolene 4.0 Cardio 9521
Catgut Cromado 5.0 U 202 T		Prolene 5.0 Cardio 9556 T
Catgut Cromado 3.0 G 112 T		Prolene 6.0 2PP M 8705
Catgut Simples 2.0 A 2414 T		Prolene 7.0 VPF-702-X
Catgut Simples 2.0 Gastro CS G 313 T		Prolene 7.0 M8703T Ethicon (22x9)
Catgut Simples 2.0 s/ag B 0062073		Prolene 8.0 8730T Ethicon (20)
Catgut Simples 3.0 Gast. CS G312 T		Prolene 10.0
Catgut Simples 3.0 G 312 T		Seda 1 s/ag SP401 (989)
Catgut Simples 4.0 U 207 T		Seda 2.0 c/ag SP15430 (2017)
Cera p/ osso 31G		Seda 2.0 s/ag SP420 (2016)
Ethibond 2.0 c/ag B 5537		Seda 3.0 s/ag SP(294e)
Ethibond 2,0 E 7226		Seda 3.0 c/ag SP15430 (183)
Ethibond 763 (2830)		Surgicel 10x20 1950 (2817)
Fita Cardíaca FC500 (2025) 46 T		Surgicel 5x7 (2128)
Liga Clip LT		Vicryl 0 Tech VCP 352
Marcapasso (162)		Vicryl 1 Tech VCP 353 H
Monocryl 3.0 Plast MCP 427		Vicryl 2.0 UCP 375 H
Monocryl 4.0 Past MCP 426		Vicryl 2.0 Gast T 339
Monocryl 5.0 Plast 0023613		Vicryl 2 03339-H (177)
Mononylon 0 c/ag cuticular NP 14505 T		Vicryl 3.0 Gast VCP 400 H
Mononylon 2.0 NP 1215 T		Vicryl 3.0 Ure 3610-30 (2024)
Mononylon 3.0 NP 1171 T		Vicryl 3.0 Cuticular 3330-30F (2008)
Mononylon 4.0 NP 14502 T	1 01	PDS II 3.0 Z31613 Ethicon (5276)
Mononylon 5.0 NP 1450 LT		PDS II 5.0 (2031)
Mononylon 6.0 NP BC 972230		Valvekit 2.0 Cardio KV15G Ethicon
Mononylon 6.0 NP 14504 T		SENDOF BIS (2096)
		Caprofyl Z143040 310
		Ethibond B563 253

STIMUPLEX A
Agulha para anestesia de plexo
B|BRAUN

Lo do Hospital

HOSPITAL SAMARITANO LTDA
USO DE OXIGÊNIO
DATA 21 / 03 / 18
INICIO 08:00 FIM 09:40
FIO2 2 Vazão TEMPO 1:40
Eronildo Júnior
ASSINATURA 333.164

Hospital Samaritano

Notificação de OPME

Nome: Oziel Barbosa da Silva

Convênio: Smile Data: 26/05/2018

Cirurgia realizada: Fx 1 metacarpiana

Fornecedor: Confiance medicalle

Equipe médica:

- Cirurgião: Dr Bruno Montenegro
- 1º Auxiliar: Dr Antonio Almeida
- 2º Auxiliar:
- Anestesista: Dr Jocelino Souza
- Instrumentador: Kelly Jaciel
- Circulante:

Quantidade	Material
01	Placa anatômica 2.0 bloqueada em L direita
05	parafuso de bloqueio 2.0 x 14mm em L direita

Preenchido por: Eronildo Júnior Data: 21/02/2018

ARTSINTESE

ARTSÍNTESE COM. DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS HOSPITALAR LTDA.
Av. Epitácio Pessoa,1250 - Sl. 407 - Torre - CEP 58.040-000
João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3244.8070
CNPJ: 05.287.113/0001-33 - Insc. Est.: 16.136.930-8
E-mail: artsintese@terra.com.br

№ 006501

CONTROLE DOS MATERIAIS UTILIZADOS EM OSTEOSSÍNTESE/ARTROPLASTIA

Ped. N.F.

Hospital: Samaritano

CNPJ:

Pedido: Data do Pedido: 21/03/2008 Cond.:

Paciente: Ozil Barbosa da Silva Data da Cirurgia: 21/03/2008

Prontuário: 55956 Convênio: Smpr AIH:

Cirurgião: Dr Bruno Monteiro Código: Membro: Pé / metatarso

TRANSPORTADOR:

MATERIAL	QUANT.	CÓDIGO
Placa anatômica 2.0 bloqueada em titânio	01	
Parafuso de bloqueio 5.0 x 22 mm em titânio	05	

Observação: Valor Total R$

Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

	Paciente: Obiel Barbosa da Silva	**Data:** 21 / 03 / 18
	Nome da Mãe:	**Convenio:** Omele
	Cirurgião: Drº Bruno Montenegro	**2ª Cirurgião** Drº Antônio
	3ª Cirurgião:	**Anest.** Drª Socorro Sa
	Cirurgia: Trat. Cirurg. Fract. 4º Metacarpo	**Origem:** 70

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: (✓)Paciente Interno ( )Paciente Ambulatorial ( )Cirurgia Eletiva ( )Cirurgia de Urgência Venóclise ( )Sim ( )Não ( )Periferico_MS___ ( )Central

E do geral/Nível de Consciência:

(✓) Consciente ( ) Sedado ( )Outros, SSVV:PA: 130/80 mmHg P: 72 bpm R: / irpm SPO2 98%

TRANS-OPERATÓRIO

Grau de Contaminação: (✓) **Limpa**: epiderme, subcutâneo, músculo-esqueletrico, nervoso e cardiovascular. ( )**Contaminada**: cólon, reto e ânus, crânio. ( ) **Potencialmente Contaminada**: gastrointestinal, respiratório, genito-urinario, oculares e de vias biliares ( ) **Infectada**: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: (✓) Dorsal ( ) Ventral ( ) Lateral E/D ( ) Ginecológica

Coxim: ( )Dorsal ( )Coluna Cervical ( )Ombro ( )Tórax ( )Outros:

Bisturi Elétrico: ( )Sim ( ) Não **Local da Placa**: ( ) Panturrilha ( ) Face posterior da coxa ( )Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: ( ) PVPI (✓) Clorexidina ( ) Outros

Cateteres e Drenos:SVD nª __( )2 vias (, 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado,_____Balão insuflado com _____ml, Passado por:_____	( ) Acesso central (✓) Acesso venoso periférico MS_E_____	( ) SNG nº_____, ( )Pen rose nº_____, ( ) Dreno sucção kher, ( )Dreno de blacker nº_____ ( ) Dreno de tórax nº _____

Ostomias: ( ) Traqueal ( ) Cistica ( ) Local

Tipo de Anestesia: ( ) Geral ( ) Raquianestesia ( ) Peridural ( ) Sedução ( ) Local ( ) Geral Venosa (✓) Bloqueio de plexo (✓) Sedação ( ) Tubo Endot. Nº____ Fio guia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Guedel nº____

Serviços Requisitados: ( ) Banco de Sangue ( ) Radiologia ( ) Laboratório

Hora do Inicio:08:00 **Hora do Término:** 09:40

Intercorrencias: ( ) Sim (✓) Não
Qual: # Não Houve #

Hospital Samaritano

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

[illegible]	Paciente:	Data: 21.03.19
	Nome da Mãe:	Convênio:
	Cirurgião: Dr. [illegible]	1º Aux. Cirurgião:
	Anestesista: [illegible]	Diagnóstico: [illegible]
	Cirurgia:	

Peso (kg)	Altura (cm)	PA	FC	Tempo	FR	Jejum(hs)	DOR
74	1.70	140x80	69			Sólidos ____ Líquidos ____	Adulto: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Criança: 0 1 2 3 4 5

AVALIÇÃO CLINICA

Cardio-circulatório ☒ Negativo
Tolerância ao exercício ____
☐ Hipertensão ☐ Valvulopatia
☐ Angina ☐ Arritimia
☐ Coronariopatia ☐ Angioplastia
☐ Infarto do miocárdio ☐ DVP
☐ Insuf. Cardíaca ☐ AAA
☐ Outros ____

Respiratório ☒ Negativo
☐ Dependência O2
☐ Apnéia do sono ☐ Asma
☐ IVAS recente ☐ Tuberculose
☐ Expectoração ☐ DPOC
☐ Outros ____

Gastrointestinal / hepático ☒ Negativo
☐ Ref. Gastro-esofágico ☐ Gastrite
☐ Úlcera péptica ☐ Hepatite
☐ Vômito / diarréia ☐ Ictericia
☐ Hérnia de hiato ☐ Cirrose
☐ Obst. Intestinal
☐ Outras ____

Neurológico ☒ Negativo
☐ Convulsões ☐ AVC
☐ Dormência / fraqueza ☐ Cefaléia
☐ Lesão medular ☐ PIC
☐ Outras ____

Renal ☐ Negativo
☐ Doença renal crônica ☐ Deálise
☐ Insuficiência renal
☐ Outras Cálculo

Hematológico ☒ Negativo
☐ Transfusão prévia ☐ Coagulopatia
☐ Plaquetopatia ☐ Anemia
☐ Outras ____

Músculo esquelético ☒ Negativo
☐ Dor lombar ☐ Artrite
☐ Musculodistrofia
☐ Outras ____

Endócrino ☒ Negativo
☐ Diabetes tipo ____
☐ Patologia da tireóide
☐ Outras ____

Câncer ☒ Negativo
☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia
☐ Outras ____

Infeccioso ☒ Negativo
☐ HIV
☐ Outras ____

Gravidez ☐ Negativo
☐ Idade gestacional ____ semanas

Criança abaixo de 1 ano ☐ Negativo
Condições de Nascimento
☐ Internação ☐ Alta c/ a mãe
☐ Termo
☐ Pré-termo
☐ Idade gestacional ____ semanas
☐ Idade pós-conceptual ____ emanas
(idade gest. + idade atual)

Hábitos Sociais ☒ Negativo
☐ Tabaco ____ Cigarros /dia
☐ Álcool ☐ Drogas
☐ Outras ____

Alergias ☒ Negativo

Tipo/Agente	Reação

Cirurgia /anestesia prévia ☐ Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
Mamoplastia		

Histórico de náuseas / vômitos no pós-operatório
☐ Sim ☒ Não
Histórico familiar problemas com anestesia
☐ Sim ☒ Não

Exame Físico
Cardíaco ____
Resp. ____
Neuro. ____
Regional ____
Outro ____

Laboratório ____

Hb	[illegible]	Na
K	Plaquetas	Glicose

Medicação (vem a se tomar no dia da cirurgia)

Via aérea
História de via aérea difícil
☐ Sim ☒ Não
Mallampati
☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV
Distância esterno / mento ____
Dentição / Protrusão ____
Outro ____

Hemorra[illegible] ☐ Negativo
Tipagem ____
Reserva ____ ☐ Conc. Glob
Avaliação [illegible]
☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI
Emergência ☐ Sim ☐ Não
Planejamento Anestésico

Data 21/03/19 Hora ____

Assinatura

[illegible] do Socorro de Sousa Santos
Anestesiologista
CRM 822

Hospital Samaritano

Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente: UZIEL BARBOSA DA SILVA		Data: 21/03/18
Nome da Mãe:		Convênio:
Cirurgião: BRUNO	2º Cirurgião:	
3º Cirurgião:	Anest.: SALVERO	
Cirurgia: FRAT. METACARPO		Origem: PO

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Procedência: ( ) Recepção ( ) Urgência ( ) Enfermaria (✓) Apartamento ( ) UTI
Prótese dentária: ( ) Sim (✓) Não
Jejum: (✓) Sim ( ) Não
Uso de Medicações: ( ) Sim (✓) Não Qual:
Alergias: ( ) Sim (✓) Não Qual:
Morbidades: ( ) Obesidade ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Asma ( ) Outras:

EVOLUÇÃO NA SALA CIRÚRGICA

Punção Venosa: ( ) Periférica MS___ ( )Subclávia ( ) Dissecção Venosa ( ) Jugular
Posição do Paciente no Trans-Operatório: (✓) Dorsal ( ) Ventral ( ) Lateral (✓) D ( ) Ginecológica
Sondagem Vesical: ( ) Sim (✓) Não nº___ ( )2 Vias 3 ( )3 vias c/irrigação
Tipo: ( ) Demora ( ) Alivio
Presença de Diurese: ( ) Sim (✓) Não
Tipo de Anestesia: ( ) Geral ( ) Raquianestesia ( ) Peridural (✓) Sedação ( ) Regional ( ) Geral Venosa
Destino: ( ) Apto ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Óbito ( ) URPA Hora da Alta: ___hs

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

08:00 PACIENTE FOI ADMITIDO NESTE SETOR PARA SUBMETER A CIRURGIA DE FRATURA DE METACARPO
REALIZADO O CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

Eronildo Júnior
Enfermeiro
COREN-PB 273.164
Coordenador

Assinatura do Enfermeiro (a)
COREN

Hospital Santantonio

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – SALVA VIDAS

Paciente: UZEL BARBOSA DA SILVA		Data: 21.02.18	
Nome da Mãe:		Convênio:	
Cirurgião: BRUNO		1º Aux Cirurgião:	
Anestesista: SOCORRO		Circulante:	
Cirurgia: FRAT. METACARPO			

1 – PRE-OPERATORIO (INTERNAÇÃO CIRÚRGICA)

1.1 Informação sobre o paciente
Pulseira de identificação
(✓)Sim ( )Não
Jejum
(✓)Sim Tempo de jejum 1 08
( )Não Tipo de alimentação
( )NA
HASIPA ____ mmHg ( )DM ____ mgh/dl
TAX° ____
Banho com clorexidina 4% (implante)
( )Sim (✓)Não ( )
Higiene oral com clorexidina 0,12% (anestesia geral)
( )Sim (✓)Não ( )NA
Tricotomia Hora ____
( )Sim (✓)Não ( )NA
Retirou adornos e/ou proteses
(✓)Sim ( )Não ( )NA
Usa marcapasso
( )Sim (✓)Não ( )NA
Termo de consentimento
(✓)Sim ( )Não ( )NA
1.2 Faz uso de profilaxia antes da cirurgia?
( )Medicamentosa - horas ____
( )Mecânica ( )Não
1.3 Lateralidade?
( )Direita ( )Esquerda ( )NA
1.4 Alergias?
( )Sim (✓)Não
QUAL ____
1.5 Porta exames?
(✓)Impressos ( )CD
Avaliação pré anestesica?
( )Sim (✓)Não ( )N/A(Urgência/Emergência)
1.6 Administrado medicação pré anestésica?
( )Sim ( )Não ( )NA Hora ____
1.7 Transporte conforme protocolo?
(✓)Sim ( )Não

Eronildo Júnior
Enfermeiro
COREN-PB 433.164
Dedo e Fler

Assinatura / Carimbo Coren

2 – ANTES DA INDUÇÃO ANESTESICA

2.1 Checagem de equipamentos
(✓)Carro de anestesia + Alarmes ( )Aspirador
(✓)Oxigenio + Agentes inalatórios
(✓)Bisturi elétrico (placa + cabo)
(✓)Realizado desinfecção da sala, nº 03
( )Conferido esterilização das embalagens
(✓)Conforme ( )Não conforme ( )Ausente
(✓)OPME ( )Sim ( )Não ( )NA

2.2 Transposição do paciente
(✓)Trava da mesa cirurgica
(✓)Maca e mesa nivelada
2.3 Via aérea dificil Risco de Broncoaspiração
( )Sim + Material Especifico (✓)Não
2.4 Risco de perda sanguinea
( )Sim (2 Acesso, intravenoso calibrosos
(✓)Não
( )Reserva de Hemocomponente
( )Sim (✓)Não

Assinatura / Carimbo Coren 661512

3 – ANTES DA INCISÃO CIRURGICA

3.1 Confirmar se toda equipe se apresentou pelo nome e função: (✓)Sim ( )Não
3.2 Antibioticoprofilaxia feito (30/60min) antes da incisão? (✓)Sim ( )Não Qual cefazolina
3.2.1 Realizar replique (antibiótico) em cirurgia >3hs
( )Sim (✓)Não
3.3 Realizado antissepsia do campo operatório
(✓)Sim ( )Não Com qué clorexidina
3.4 Equipe médica conformou verbalmente
(✓)Paciente (✓)Procedimento
3.5 Imagem disponivel ?
( )Sim (✓)Não ( )NA
3.6 Uso seguro do Eletrocaltério, proximidade da placa à incisão:
( )Coxa (✓)Panturrilha ( )Glutea ( )NA
(✓)Direito ( )Esquerda
3.7 Materiais Solicitados e Disp
(✓) Estimulador de Nervo Periferico
(✓) Intensificador de Imagem
( )N / A (Urgência / Emergência)
3.8 – Exames protolados e devolvidos
( )Sim ( )Não ( )N / A

Assinatura / Carimbo Coren 661512

4 – AO TERMINO DA CIRURGIA

4.1 – Equipe conforma verbalmente
(✓) Nome do procedimento realizado
( ) Peça cirurgica corretamente ... lacrada
( ) Replique antibiótico ... (hs)
(✓) Transporte do paciente
( ) Drenos, sondas e acessos ... rotulados e identificados
4.2 - SSVV
PA (130) X (80) TAX ( ) C
4.3 Destino
( )URPA (✓)APTO ( )

Assinatura / Carimbo Coren 661512

Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Osiel Barbosa da Silva

Atendimento: Cirúrgico

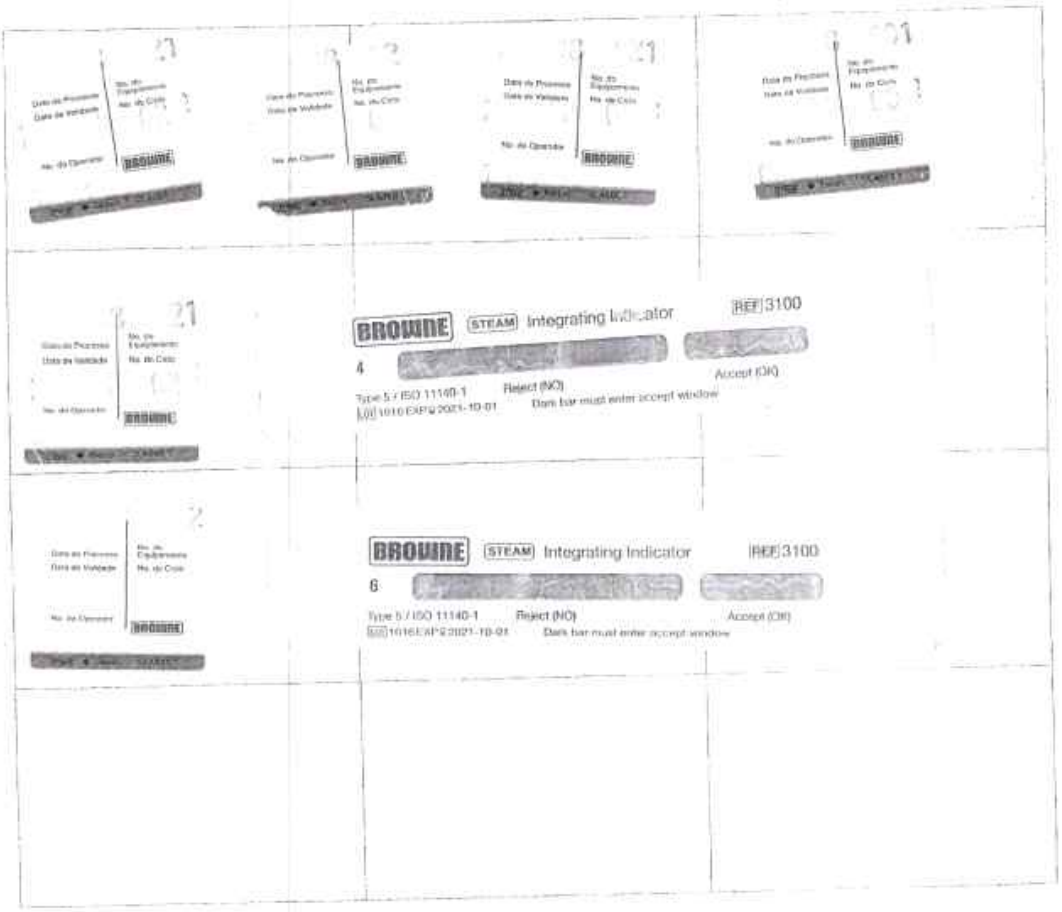
Convênio: Sinile

Cirurgia: tratamento cirurgico de Fratura de 4º Metacarpo

Cirurgião: Dr. Bruno Moulinegro

Sala: 03 Data: 21-03-2018

Circulante de sala (não rubricar): [illegible]



HOSPITAL SAMARITANO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Paciente: OZIEL BARBOSA DA SILVA
RG: 1112026 SSP-PB
Nome da Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA
Cirurgião: ANTONIO ALMEIDA DE LACERDA CRM: 5078
2° Cirurgião: _____
Anestesista: _____
Convênio: SMILE
Cirurgia: 3.07.22.46-2 LESõES LIGAMENTARES AGUDAS DA MãO - REPARAçãO CIRúRGICA
3.07.22.53-5 OSTEOSSíNTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM USO D
3.07.31.12-7 TENOPLASTIA DE TENDãO EM OUTRAS REGIõES

Data: 20/03/2018
Origem: RECEPÇÃO
INTERNAÇÃO

O presente Termo de COnsentimento informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as i mações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Samaritano e... João Pessoa.

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descritos acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnósticadas, assim poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujo os métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativas.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim t o conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____

João Pessoa, 20 de 03 de 2018

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão ocorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/ responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realizaçãoo do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do médico: _____

João Pessoa, 20 de 03 de 2018

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO

Paciente: OZIEL BARBOSA DA SILVA
RG: 1112026 SSP-PB
Nome da Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA
Cirurgião: ANTONIO ALMEIDA DE LACERDA CRM: 5078
2° Cirurgião: _____
Anestesista: _____
Convênio: SMILE
Cirurgia: 3.07.22.46-2 LESõES LIGAMENTARES AGUDAS DA MãO - REPARAçãO CIRúRGICA
3.07.22.53-5 OSTEOSSíNTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM USO D
3.07.31.12-7 TENOPLASTIA DE TENDãO EM OUTRAS REGIõES

Data: 20/03/2018
Origem: RECEPÇÃO
INTERNAÇÃO

Autorizo o Dr° _____, CRM: _____, ou outro médico credenciado ao Hospital Samaritano a realizar o precedimento de anestesia sedação _____, para o precedimento: _____ ou exame: _____, a qual serei submetido em 20/03/2018. A proposta desse procedimento anestésico/sedação possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatóriamente. Entendoque não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponiveis no hospital em busca de melhor resultado.

Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que foi me dada a oportunidade de anular qualque espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Paciente / Responsável Legal

Paciente: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Data de Nasc.: 14/01/1967
Responsável: IVANICE ALEXANDRE BARBOSA DA SILVA RG:
Parentesco: ESPOSO(A)

OZIEL BARBOSA DA SILVA IVANICE ALEXANDRE BARBOSA DA SILVA

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO MÉDICO

Eu, _____, CRM: _____, expliquei o precedimento de anestesia/sedação ao paciente anteriormente identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido e esclarecido todas as perguntas formuladas por ele. De acordo com seu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo que o foi explicado.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre Esclarecido desse paciente ou representante legal para a realização dos procedimentos propostos.

( ) Não possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de emergência.

João Pessoa _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo Médico
(Responsável pelo procedimento)

Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Uziel Barbosa da Silva

Leito: 70 Convênio: Amil Setor: Surg

DATA	
20/3/20	[illegible]

Dr. Antônio [illegible] Lacerda
CRM [illegible]
CPF [illegible]

Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 2[illegible]/03/18

Paciente: [illegible]

Clínica: [illegible] Apto: [illegible] Cor: [illegible]

DEB	AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA	CONCLUÍDO
	D Nu [illegible]	
	D Igui [illegible]	
	[illegible]	
	50 [illegible]	
	Dr. Antonio [illegible] Lacerda	

MÉDICO: Dr. Antonio [illegible] Lacerda

CRM: [illegible]

CONFERIDO POR:

0008105
70

Hospital Samaritano

PACIENTE	OZIEL BARBOSA DA SILVA	DATA	21/3/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITENS	MEDICAMENTOS – POSOLOGIA – VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS			
1	DIETA LIVRE APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	N Qui			
2	SORO RINGUER 1000 ML EV LENTO PARA MANTER VEIA				
3					
4	TRAMAL 50 MG EV DILUIDO DE 8/8 HS (100ML DE SORO) SN	S.N			05
5	PARACETAMOL 750 MG VO DE 6/6 HS	11	17	23	17
6	NAUSEDRON 4MG EV DILUIDO DE 8/8HS SN - 5MIN ANTES DO TRAMAL OU SE NAUSEA OU VOMITOS	SN			
7	CEFALOTINA 1 G EV DILUIDO DE 6/6 HS D0/1	15	21	03	09
8	DIPIRONA 1 G EV DILUIDO DE 6/6 HS	17	23	05	11
9					
10					
11					
12	CCGG E SSVV – ALTA A PARTIR DAS 17:00				
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Gabriella Cavalcanti da Silva
Enfª
COREN-PB 406.238

IMOBILIZAÇÃO

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

PACIENTE SUBMETIDO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS E ENCAMINHADO À RECUPERAÇÃO.

Bruno Monteiro
Cirurgião Dentista
CRO-PB 6512

Servidor da Farmácia

Farmacêutico

Av. Santa Julia, 35, Bairro da Torre, João Pessoa/PB
CEP: 58040-450. Tel: (83) 3048-2100

Hospital Samaritano

FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

FICHA DE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CMC FMG.CMC.008-1

NOME: Yuri Barbosa da Silva | IDADE: 5 | 0m0
APT: 40 | CONVÊNIO: Sul América | DATA: 20.08.2018 | SEXO: M ( ) F ( )

DIAGNÓSTICO: Tromboplastina

1. PROCEDÊNCIA:
( ) Internação ( ) Urgência ( ) A.C. ( ) UTI ( ) Angiocor

2. ESTADO GERAL:
( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Gravíssimo

3. NEUROLÓGICO:
( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Letárgico ( ) Agitado ( ) Sonolento ( ) Comatoso

4. CABEÇA:
( ) Alopécia ( ) Periculoso ( ) Incisão ( ) Dreno ( ) Seborreia ( ) NDR

5. VISÃO:
( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Turva ( ) Perda ( ) SCA

7. ESCLERAS:
( ) Normal ( ) Icéricas ( ) Edema ( ) Hiperemiadas

8. PUPILAS:
( ) Reativas ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas

9. OUVIDOS:
( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Ausente ( ) Prótese ( ) Infecção ( ) SCA

10. NARIZ:
( ) Rinorragia ( ) Epistaxe ( ) Deformidades ( ) S/ anormalidades

12. BOCA:
( ) Prótese ( ) Sialorreia ( ) Desvio de Comissura ( ) S/ anormalidades

12. PESCOÇO:
Carótidas: ( ) Palpáveis ( ) D ( ) E ( ) Impalpáveis
Turgência de Jugular ( ) D ( ) E ( ) Ausente ( ) Presente

Escala de Dependência de Fugulin

ÁREA DE CUIDADO	4	3	2	1
ESTADO MENTAL	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
OXIGENAÇÃO	Ventilação mecânica	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Sem dependência de oxigênio
SINAIS VITAIS	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle em intervalos de 8 horas
MOTILIDADE	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal; mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais; mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
DEAMBULAÇÃO	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante
ALIMENTAÇÃO	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Autossuficiente
CUIDADO CORPORAL	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho no chuveiro e/ou na higiene oral	Autossuficiente
ELIMINAÇÃO	Eliminação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente
TERAPÊUTICA	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.
TOTAL				

COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL	PONTUAÇÃO
Intensivo	
Semi-intensivo	
Alta dependência	
Intermediário	
Mínimo	

13. RESPIRATÓRIO:
Forma do Tórax: ( ) Normal ( ) Simétrico ( ) D ( ) E
Expansibilidade: Diminuída ( ) D ( ) E
Tosse: ( ) Ausente ( ) Seca ( ) Produtiva
Secreção: ( ) Muita ( ) Pouca Aspecto:

13.1 CARACTERÍSTICA DA TOSSE:
( ) Espontâneas ( ) Eupneico ( ) Taquipneico
( ) Ruidosa ( ) Apneia ( ) Bradipneia
( ) Cheyne Stokes ( ) Dispnéica

13.2 SUPORTE VENTILATÓRIO:
( ) Ar Ambiente ( ) Cateter Nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) BIPAP/CPAP

14. CARDIOVASCULAR:
( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso ( ) Bradicárdico ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico

15. GASTRINTESTINAL:
Forma do abdome: ( ) Escavado ( ) Plano ( ) S-Globoso ( ) Globoso ( ) Bratagulo
Estado Nutricional: ( ) Obeso ( ) Normotrófico ( ) Desnutrido ( ) Caquético ( ) RNP (+) ( ) RNP (-)
Dieta: ( ) VO ( ) Enteral ( ) NPT ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Ileostomia ( ) Colostomia ( ) Nutrição Parenteral ( ) Não Aceitando
Eliminações Intestinais: ( ) Presentes ( ) Ausentes, Quantos:

16. GENITOURINÁRIO:
Diurese: ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Disúria
Aspectos: ( ) Límpido ( ) Concentrado ( ) Piúria ( ) Hematúria ( ) Colúria
Volume: ( ) Normal ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Anúria
APÊNDICES:

Hospital Samaritano

FORMULÁRIO NÃO GRAFEO

FICHA DE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CMC.FNG.CMC.008-1

APÊNDICES:
MMSS( ) Edema ( )Ferida Operatória ( )Abrasões ( )Fratura Exposta ( ) Fratura N Exposta ( ) Amputação ( ) D ( ) E Ferimento Aberto ( ) D ( )
MMII( ) Edema ( )Ferida Operatória ( )Abrasões ( )Fratura Exposta ( ) Fratura N Exposta ( ) Amputação ( ) D ( ) E Ferimento Aberto ( ) D ( ) E
Pele: ( ) Corada ( ) Descorada ( ) Icérica ( ) Anicerica ( ) Desidratada ( ) Sudoreica ( ) Fria ( ) Fria

ESCALA DE BRADEN

		PONTUAÇÃO 1	2	3	4
FATORES DE RISCO	PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	UMIDADE	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Ainda deambula	Ainda frequentemente
	MOBILIDADE	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema potencial	Ausência de problema	
TOTAL		Risco Grande 15 a 16	Risco moderado 12 a 14	Risco severo [illegible]	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA

Adaptação prejudica relacionado a estressores múltiplos	Diarréia relacionado aos Pequenos intestinos
Ansiedade relacionado a ameaça de morte.	Incontinência intestinal relacionado a colite colônica.
Baixa auto-estima situacional relacionado a Imagem Corporal perturbada.	Incontinência intestinal relacionado a Diarréia crônica
Comunicação Verbal prejudicada relacionado a Barreiras ambientais	Incontinência intestinal relacionado a [illegible]
Confusão aguda relacionado a mais de 60 anos de idade.	Integridade da pele prejudicada relacionado a [illegible] e circulação alterada.
Confusão aguda relacionado ao abuso de álcool.	Náusea relacionado a irritação da mucosa gastrointestinal.
Déficit no auto cuidado para alimentação relacionado prejuízo neuromuscular.	Padrão de sono perturbado relacionado a rigidez condicionada mal adaptada.
Déficit no auto cuidado para banho / higiene relacionado fraqueza e cansaço.	Padrão respiratório ineficaz relacionado a fadiga da musculatura respiratória.
Débito Cardíaco diminuído relacionado ao Edema.	Padrão Respiratório ineficaz relacionado a Hiperventilação.
Débito Cardíaco diminuído relacionado a Pulsos periféricos diminuídos	Padrão Respiratório ineficaz relacionado a [illegible]
Deglutição prejudicada relacionada a Distúrbios respiratórios	Padrão Respiratório ineficaz relacionado a [illegible]
Deglutição prejudicada relacionada a Traumas internos ou externos.	Risco para a Angústia Espiritual relacionado a [illegible] físico ou psicológico.
Deglutição prejudicada relacionada a Lesão Traumática da Cabeça.	Risco para Aspiração relacionado a [illegible]
Deglutição prejudicada relacionada a Anormalidades da cavidade oral ou da orofaringe.	Risco para Aspiração relacionado a Nível de consciência reduzido
Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados as secreções retidas.	Risco para aspiração relacionado a [illegible] gástrico aumentado.
Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados ao Muco excessivo.	Risco para aspiração relacionado a Deglutição prejudicada.
Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados a D. Doença pulmonar obstrutiva crônica	Risco para infecção relacionado a [illegible]
Diarréia relacionado a alimentação por sondas.	Recuperação cirúrgica relacionado a [illegible] / desconforto.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM – CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA

INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
Lavar as mãos antes e após manusear com o paciente e/ou com seus pertences	ATENÇÃO
Fazer uso constante de EPI	ATENÇÃO
Manter leito limpo e organizado	ATENÇÃO
Observar nível de consciência	[illegible]
Verificar SSVV e/6h e C/R	ROTINA
Realizar Higiene Corporal: Diariamente 1x / dia e C/H	ROTINA

INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
Manter decúbito elevado a 45°	ATENÇÃO
Realizar cuidados de decúbito [illegible]	ROTINA
Observar [illegible]	NO BANHO
Realizar troca de fraldas de [illegible]	ROTINA
Realizar troca de coxins de [illegible]	DIÁRIA
Realizar lavagem da SNG de [illegible]	ROTINA

23. EVOLUÇÃO ENFERMA

15:37hs paciente admitido neste setor procedente da recuperação para submeter-se a procedimento cirúrgico. Consciente, orientado, eupnéico, eupnéico, dieta zero, deambulando.

Enf. / COREN

26. EVOLUÇÃO MOTIVRMA

20h Paciente em Pós op Toracoplastia evolui consciente orientado eupnéico, aceita dieta VO, MSD imóvel e dreno sem [illegible]
Ao. curativo plamanba

Enf. / COREN

Hospital Samaritano

FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

...E RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM - CMC F.NG.CMC.007-1

NOME: Oziel Barbosa da Silva | IDADE: 51
APT: 700 | CONVÊNIO: Smile | DATA: 20/03/18 | SEXO: M (X) F ( )

BALANÇO HIDRICO

CONTROLES								GANHOS							PERDAS						
				PA				BIC													
HORÁRIO	TEMP.	FC	FR	S	D	GLIC.	INSULINA	A	B	HV	MED.	HEMOD.	ÁGUA	DIETA	RESIDUO GÁST.	IRRIGAÇÃO	DIURESE	DRENO 1	DRENO 2	SNG/ VÔMITOS	FEZES
07																					
08																					
09																					
0																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16	36,5°			120	70																
17																					
18																					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PROCEDIMENTO	HORÁRIOS					PROCEDIMENTO	HORÁRIOS				
BANHO NO LEITO						TROCA DE CURATIVO – CVC / FO					
HIGIENE ORAL E OCULAR						TROCA DE DIETA ENTEAL					
MUDANÇA DE DECÚBITO						TROCA DE DIETA PARENTERAL					
ACESSO VENOSO PERIFERICO						TROCA DE COLETO ABERTO					
ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS						TROCA DE EQUIPO MACRO					
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO						TROCA DE EQUIPO MICRO					
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA						TROCA DE CONEXÕES					
CATETERISMO NASOGÁSTRICO						TROCA DE CATETER DE O2					
CATETERISMO NASOENTERICO						TROCA DE COLETOR ABERTO					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - DIURNO

15:37 hs. Paciente admitido neste setor procedente da recepção, consciente, orientado deambulando para submeter-se a procedimento cirurgico na companhia de seus familiares.
19 hs. Paciente segue aguardando procedimento cirurgico.

R-0008105

Hospital Samaritano

FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

FICHA DE RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM - CMC F.NG.CMC.007-1

NOME: Ogiel Barbosa da Silva | IDADE: 51
APT: 78 | CONVÊNIO: Smile Apto | DATA: 20.03.18 | SEXO: M (X) F ( )

BALANÇO HIDRICO

HORÁRIO	TEMP.	FC	FR	PA S	PA D	GLIC.	INSULINA	BIC A	BIC B	HV	MED.	HEMOD.	ÁGUA	DIETA	RESIDUO GÁST.	IRRIGAÇÃO	DIURESE	DRENO 1	DRENO 2	SNG/ VÔMITOS	FEZES
19																					
20	36,4	/	/	110	60	/	/	/	/	/	/	/	6.0V.P		/	/	esp	/	/	Ausente	Ausente
21																					
22																					
23																					
24																					
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06	36	/	/	110	70	/	/	/	/	/	/	/	Zero		/	/	esp	/	/	Ausente	Ausente

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PROCEDIMENTO	HORÁRIOS						PROCEDIMENTO	HORÁRIOS					
BANHO NO LEITO							TROCA DE CURATIVO – CVC / FO						
HIGIENE ORAL E OCULAR							TROCA DE DIETA ENTEAL						
MUDANÇA DE DECÚBITO							TROCA DE DIETA PARENTERAL						
ACESSO VENOSO PERIFERICO							TROCA DE COLETO ABERTO						
ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS							TROCA DE EQUIPO MACRO						
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO							TROCA DE EQUIPO MICRO						
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA							TROCA DE CONEXÕES						
CATETERISMO NASOGÁSTRICO							TROCA DE CATETER DE O2						
CATETERISMO NASOENTERICO							TROCA DE COLETOR ABERTO						

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - NOTURNO

19:00 Recebi paciente, deambulando e EOR, consciente, orientado, eupneico, afebril e fraterno. Dieta: Aguardando procedimento, ausente de sonda, dreno, drenagem, diurese espontânea, no momento sem queixas. Evolui SSVV e segue aos cuidados da equipe de plantão.
Balanço: em aberto zero e o MSD (imobilizado)

Técnica Enfermagem Melo de Andrade
Coren 592.059

FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

FICHA DE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CMC F.NG.CMC 008-1

NOME: Ozil Barbosa dos Santos | IDADE: 51
APT: 70 | CONVÊNIO: Smile | DATA: 21/03/18 | SEXO: M ( ) F ( )
DIAGNÓSTICO: Tamponamento (Pré-operatório)

1. PROCEDÊNCIA: ( ) Internação ( ) Urgência ( ) P.C. ( ) UTI ( ) Ambulatorial
2. ESTADO GERAL: ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Gravíssimo
3. NEUROLÓGICO: (✓) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Letárgico ( ) Agitado ( ) Sonolento ( ) Comatoso
4. CABEÇA: ( ) Alopécia ( ) Pediculoso ( ) Incisão ( ) Dreno ( ) Secreção ( ) MDR
5. VISÃO: (✓) Normal ( ) Diminuída ( ) Turva ( ) Ausente ( ) SCA
7. ESCLERAS: (✓) Normal ( ) Ictéricas ( ) Edema ( ) Hiperemiadas
8. PUPILAS: (✓) Reativas ( ) Fotofobia ( ) Miose ( ) Midríase ( ) Anisocóricas
9. OUVIDOS: (✓) Normal ( ) Diminuída ( ) Ausente ( ) Prótese ( ) Infecção ( ) SCA
10. NARIZ: ( ) Rinorragia ( ) Epistaxe ( ) Deformidades ( ) Sem anormalidades
11. BOCA: ( ) Prótese ( ) Sialorreia ( ) Desvio de Comissura (✓) Sem anormalidades
12. PESCOÇO: Carótidas: ( ) Palpáveis ( ) D ( ) E ( ) Não Palpáveis
Turgência de Jugular: ( ) D ( ) E ( ) Ausência de Pulso

Escala de Dependência de Fugulim

ÁREA DE CUIDADO	4	3	2	1
ESTADO MENTAL	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
OXIGENAÇÃO	Ventilação mecânica	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
SINAIS VITAIS	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle em intervalos de 8 horas
MOBILIDADE	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
DEAMBULAÇÃO	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambulação	Ambulante
ALIMENTAÇÃO	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Autossuficiente
CUIDADO CORPORAL	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Ajuda no banho no chuveiro e/ou higiene oral	Autossuficiente
ELIMINAÇÃO	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Autossuficiente
TERAPÊUTICA	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.
TOTAL				

COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL	PONTUAÇÃO
Intensivo	Acima de 34
Semi-intensivo	29 a 33
Alta dependência	25 a 28
Intermediário	19 a 24
Mínimo	9 a 18

13. RESPIRATÓRIO:
Forma do Tórax: (✓) Normal ( ) Simétrica ( ) D ( ) E
Expansibilidade: Diminuída ( ) D ( ) E
Tosse: (✓) Ausente ( ) Seca ( ) Produtiva
Secreção: ( ) Muita ( ) Pouca Aspecto:

13.1 CARACTERÍSTICA DO TÓRAX:
(✓) Espontânea ( ) Dispneica ( ) Taquipneica
( ) Kussmaul ( ) Apneia ( ) Bradipneica
( ) Cheyne Stokes ( ) Ortopneia

13.2 SUPORTE VENTILATÓRIO:
( ) Ar Ambiente ( ) cateter nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) BIPAP/CPAP

14. CARDIOVASCULAR:
(✓) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso ( ) Bradicárdico ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico

15. GASTRINTESTINAL:
Forma do abdome: ( ) Escavado ( ) Plano ( ) S-Globoso ( ) Globoso ( ) Bratagulo
Estado Nutricional: ( ) Obeso (✓) Normoalrófico ( ) Desnutrido ( ) Caquético ( ) RPM(+) ( ) RPM(-)
Dieta: (✓) VO ( ) Enteral ( ) NPT ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Ileostomia ( ) Colostomia ( ) Sem Dieta ( ) Não Aceitando
Eliminações Intestinais: ( ) Presentes ( ) Ausentes, Quantos:___

16. GENITOURINÁRIO:
Diurese: (✓) Espontânea ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Disúria
Aspectos: ( ) Límpido ( ) Concentrado ( ) Piúria ( ) Hematúria ( ) Colúria
Volume: ( ) Normal ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Anúria
APÊNDICES:

Hospital Samaritano

FORMULÁRIO NÃO GRAFICO

FICHA DE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CMC F.NG.CMC.008-1

APÊNDICES:
MMSS( ) Edema ( )Ferida Operatória ( )Abrasões ( )Fratura Exposta ( ) Fratura Ñ Exposta ( ) Amputação ( ) D ( ) E Ferimento Aberto ( ) D ( ) E
MMII( ) Edema ( )Ferida Operatória ( )Abrasões ( )Fratura Exposta ( ) Fratura Ñ Exposta ( ) Amputação ( ) D ( ) E Ferimento Aberto ( ) D ( ) E
Pele: ( ) Corada ( ) Descorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica ( ) Desidratada ( ) Sudoréica ( ) Fria ( ) Febril

ESCALA DE BRADEN

		PONTUAÇÃO 1	2	3	4
FATORES DE RISCO	PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	UNIDADE	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	MOBILIDADE	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-
TOTAL		Risco grande 15 a 16	Risco moderado 12 a 14	Risco severo 10 a 11	-

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – CLINICA MEDICA CIRÚRGICA

- Adaptação prejudica relacionado a excessores múltiplos.
- Ansiedade relacionado a ameaça de morte.
- Baixa auto-estima situacional relacionado a Imagem Corporal perturbada.
- Comunicação Verbal prejudicada relacionado a Barreiras ambientais.
- Confusão aguda relacionado a mais de 60 anos de idade.
- Confusão aguda relacionado ao abuso de álcool.
- Déficit no auto cuidado para alimentação relacionado prejuízo neuromomuscular.
- Déficit no auto cuidado para banho / higiene relacionado fraqueza e cansaço.
- Débito Cardíaco diminuído relacionado ao Edema.
- Débito Cardíaco diminuído relacionado a Pulsos periféricos diminuídos.
- Deglutição prejudicada relacionada a Distúrbios respiratórios.
- Deglutição prejudicada relacionada a Traumas internos ou externos.
- Deglutição prejudicada relacionada a Lesão Traumática da Cabeça.
- Deglutição prejudicada relacionada a Anormalidades da cavidade oral ou da orofaringe.
- Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados as secreções retidas.
- Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados ao Muco excessivo.
- Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados a D. Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- Diarréia relacionado a alimentação por sondas.
- Diarréia relacionado aos Processos Infecciosos.
- Incontinência intestinal relacionado a Lesões medulares.
- Incontinência intestinal relacionado a Diarréia crônica.
- Incontinência intestinal relacionado a Fezes.
- Integridade da pele prejudicada relacionado a circulação alterada.
- Náusea relacionado a irritação do sistema gastrointestinal.
- Padrão de sono perturbado relacionado a higiene condicionada mal-adaptada.
- Padrão respiratório ineficaz relacionado a fadiga da musculatura respiratória.
- Padrão Respiratório ineficaz relacionado a hiperventilação.
- Padrão Respiratório ineficaz relacionado a [illegible]
- Padrão Respiratório ineficaz relacionado a [illegible] ou psicológico.
- Risco para a Angústia Espiritual relacionado [illegible]
- Risco para Aspiração relacionado a [illegible]
- Risco para Aspiração relacionado a nível de consciência reduzido.
- Risco para aspiração relacionado a Lesão [illegible] alimentação.
- Risco para aspiração relacionado a Refluxo gastroesofágico.
- Risco para Infecção relacionado a [illegible] ativada.
- Recuperação cirúrgica retardada relacionado a [illegible] dor / desconforto.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM – CLINICA MEDICA CIRÚRGICA

INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
Lavar as mãos antes e após manusear com o paciente e/ou com seus pertences	ATENÇÃO
Fazer uso constante de EPI	ATENÇÃO
Manter leito limpo e organizado	ATENÇÃO
Observar nível de consciência	M – T – N
Verificar SSVV 6/6h e Q/N	ROTINA
Realizar Higiene Corporal. Diariamente 1x / dia e Q/N	ROTINA

INTERVENÇÕES	APRAZAMENTO
Manter decúbito elevado a 45°	ATENÇÃO
Realizar mudança de decúbito [illegible]	ROTINA
Observar presença de Sinais flogísticos [illegible]	NO BANHO
Realizar troca de equipos de hidratação [illegible]	ROTINA
Realizar troca de curativos de cateteres	DIARIA
Realizar lavagem na SNG ou SVD [illegible]	ROTINA

1.a EVOLUÇÃO DIURNA

Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eupneico, afebril no momento, acetemia bom, diurese zero. MSD imobilizado. Mga HAS e DM. 03/2 Encaminhado ao Bloco cirúrgico. 10:15 Retorna do bloco cirúrgico. 16:40 Sai de alta hospitalar, retirado AVP em MSD.

Gabriela Azevedo de Silva
Enfermeira
COREN-PB 469.233

2.b EVOLUÇÃO NOTURNA

ENF. / COREN

Hospital Samaritano

FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

FICHA DE RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM - CMC F.NG.CMC.007-1

NOME: Gizel Barbosa da Silva | IDADE: 51
APT: 70 | CONVÊNIO: Sanita | DATA: 22 03 20 | SEXO: M (x) F ( )

BALANÇO HIDRICO

CONTROLES								GANHOS							PERDAS						
				PA				BIC													
HORÁRIO	TEMP.	FC	FR	S	D	GLIC.	INSULINA	A	B	HV	MED.	HEMOD.	ÁGUA	DIETA	RESIDUO GÁST.	IRRIGAÇÃO	DIURESE	DRENO 1	DRENO 2	SNG/ VÔMITOS	FEZES
07																					
08																					
09																					
10																					
11	36.4			9x	4x																
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PROCEDIMENTO	HORÁRIOS						PROCEDIMENTO	HORÁRIOS				
BANHO NO LEITO							TROCA DE CURATIVO – CVC / IO					
HIGIENE ORAL E OCULAR							TROCA DE DIETA ENTEAL					
MUDANÇA DE DECÚBITO							TROCA DE DIETA PARENTERAL					
ACESSO VENOSO PERIFERICO							TROCA DE COLETO ABERTO					
ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS							TROCA DE EQUIPO MACRO					
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO							TROCA DE EQUIPO MICRO					
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA							TROCA DE CONEXÕES					
CATETERISMO NASOGÁSTRICO							TROCA DE CATETER DE O2					
CATETERISMO NASOENTERICO							TROCA DE COLETOR ABERTO					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - DIURNO

07:00 Bom. Lúcida, orientada, consciente, acordada, respirando em tempo, eupnéica, apresenta de AVE, sedação e dreno. Com dieta e Dieta enteral. Sem evidência de [illegible] mobilizada. Cuidados com [illegible] e [illegible] sinais de Dip, HAS e alergia. Acompanhante. [illegible] com de B.E. com PCR, consciente, orientada, [illegible] com AVE + [illegible] mobilizada. Cuidados [illegible] após [illegible]. Dieta enteral. Sem [illegible]. 11:00 hs – Evolui consciente e PVE e [illegible] 15:00 hs – medicada e PVE segue com observações. 19:00 hs – Sai de alta hospitalar após [illegible] vista melhora [illegible] AVE.

Fabiana Maria do Nascimento
Téc em Enfermagem
COREN-PB 303 026

Hospital Samaritano

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o Sr **OZIEL BARBOSA DA SILVA** esteve internado nesse hospital para tratamento clinico no período de 20/03/2018 a 21/03/2018 sendo responsável pelo seu internamento a Srª. IVANICE ALEXANDRE BARBOSA DA SILVA,conforme registros de nº 8105.

João Pessoa, 23 de Março de 2018.

Dr. Marco Antonio Barros
CRM 4617
Gestor Clínico
Hospital Samaritano

Dr. Marco Antonio Barros
Diretor Clínico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100

Prontuário: 337412 Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA

CLINOR

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
C.N.P.J.: 08323040/0001-86
Erd: AV GETULIO VARGAS - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-240
Cidade: J.PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3015-2029

PRONTUARIO: 337412

FICHA DO PACIENTE

Prontuário: 337412 DATA/HORA: 10/03/2018 10:26:59
Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA Nasc.: 14/01/1967 - 51 anos,1 meses,24
Profissão: Identidade: 1112026 O.E. CPF: 46694340478
Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA Pai:
Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA Estado Civil: CASADO
End: RUA RITA CARNEIRO DINIZ 225 AP 204 Bairro: GEISEL
Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 986763461
Médico: JANIO DANTAS GUALBERTO Convenio: SMILE SAUDE
Observações
Carteira: 056192200 Tipo Atend.: PRIMEIRA Indicação:
Plano: Venc: 10/03/2018

HISTORIA DO CASO

Trauma com mal D há 02 dias

EXAME OBJETIVO

Dor + edema + crepitação M(D)

DIAGNOSTICO CLINICO

Fx 4º M(D) a esclarecer

DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO

TRATAMENTO REALIZADO

Conduta Fx mal D + fab luva + talão + gesso
alinhado até coxa

Dr. Jânio Dantas Gualberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-4382-TEOT/6514
033004382

Ai Informática - Desenvolvimento de Sistemas - (83)3233-6604/8617-8127/8824-8099

Prontuário: 337412 Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA

Dia 14/03/2018 DR. BRUNO– TIPO ATEND. :RETORNO

6º dia de evolução.

Pós trauma raio

- Assintomático.

Retorno.

Bruno Montenegro
Cirurgião Traumatologia
CRM-PB 8117

Dia 21/03/2018 Dr. Bruno

- 11 dias de evolução.

Paciente em 4º atendimento com

mão direita.

Pós cirurgia.

Fraturamento p/ o

Fisioterapia. (Dr. Antônio)

Bruno Montenegro
Cirurgião Traumatologia
CRM-PB 8117

Prontuário: 337412 Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA

CLINOR

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
C.N.P.J.: 08323040/0001-86
End: AV GETULIO VARGAS - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-240
Cidade: J.PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3015-2029

PRONTUARIO: 337412

DADOS PESSOAIS — FICHA DO PACIENTE — Recep: TEREZA

Prontuário: 337412 DATA/HORA: 18/04/2018 14:30:55
Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA Nasc.: 14/01/1967 - 51 anos,3 meses,4
Profissão: PROFESSOR Identidade: 1112026 O.E: CPF: 46694340478
Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA Pai:
Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA Estado Civil: CASADO
End.: RUA RITA CARNEIRO DINIZ 225 AP 204 Bairro: GEISEL
Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 98676 3461
Médico: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO Convenio: SMILE SAUDE
Observações:
Carteira: 056192200 Tipo Atend.: PRIMEIRA Indicação: HAVYLLA 14/03/2018
Plano: Venc.: 31/12/2020

HISTÓRIA DO CASO

EXAME OBJETIVO

Fratura do 4º metatarso

(30 dias em 21.04.18)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Mãi (1)

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

TRATAMENTO REALIZADO

Rx de hoje

Ortopedista

AS-net - Desenvolvimento de Sistemas - (83)3233-6604/8817-6127/8824-8099

Prontuário: 337412 Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA

30/04/18 Dr. Bruno Sg.

- 38 dia e exame.

Rx s/c Mto. (D)

Orientável.

Bruno [illegible]
Ortop[illegible]

CLINOR

CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
C.N.P.J.: 08323040/0001-86
End.: Av. General Edson Ramalho, 479 - Bairro: Manaíra - CEP: 58038-100
Cidade: João Pessoa - Estado: PB - Telefone: 83-3226-7555

PRONTUARIO: 337412

DADOS PESSOAIS

FICHA DO PACIENTE

Recep.: JILLY

Prontuário: 337412 DATA/HORA: 04/06/2018 07:14:01
Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA **Nasc.. 14/01/1967 - 51 anos,4 meses,21**
Profissão: PROFESSOR Identidade: 1112026 O.E: CPF: 46694340478
Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA Pai:
Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA Estado Civil: CASADO
End.: RUA RITA CARNEIRO DINIZ 225 AP 204 Bairro: GEISEL
Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 98676 3461
Médico: BRUNO DE MIRANDA H. MONTENEGRO Convenio: SMILE SAUDE
Observações:
Carteira: 056192200 Tipo Atend.: PRIMEIRA Indicação: HAVYLLA 14/03/2018
Plano: Venc. 31/12/2020

HISTÓRIA DO CASO:

Paciente em [illegible]
de [illegible]

EXAME OBJETIVO:

4: Homerio.

Tenotinovite
ofrito com o ut

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

de fratura

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

TRATAMENTO REALIZADO:

Rx de [illegible] (D)

Bruno Montenegro
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 8117

A3 Infortech - Desenvolvimento de Sistemas - (83)3233-8604/8817-6127/8824-8099

Dr. André Luis L. G. de Siqueira
Dr. Antônio Almeida de Lacerda
Dr. Arão Santos de Alencar
Dr. Felipe Tavares Seno
Dr. Francisco Karimy S. Pedrosa
Dr. Milton da Silva Linhares
Dr. Remo Soares de Castro
Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Dr. Rômulo Soares de Castro
Dr.ª Roxana Cavalcante Almeida
Dr. Tulio Augusto de M. Torres
Dr. Vlademir Antônio Cousseau

ORTOTRAUMA
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

30.04.18

Ogiel Barbosa da Silva

Pcte c/ sequela de fratura Metacarpo Mão Direita, no qual foi operado com fixação de placa e tomadura p/ preparação da lesão. há ± 4 meses após queda de moto.

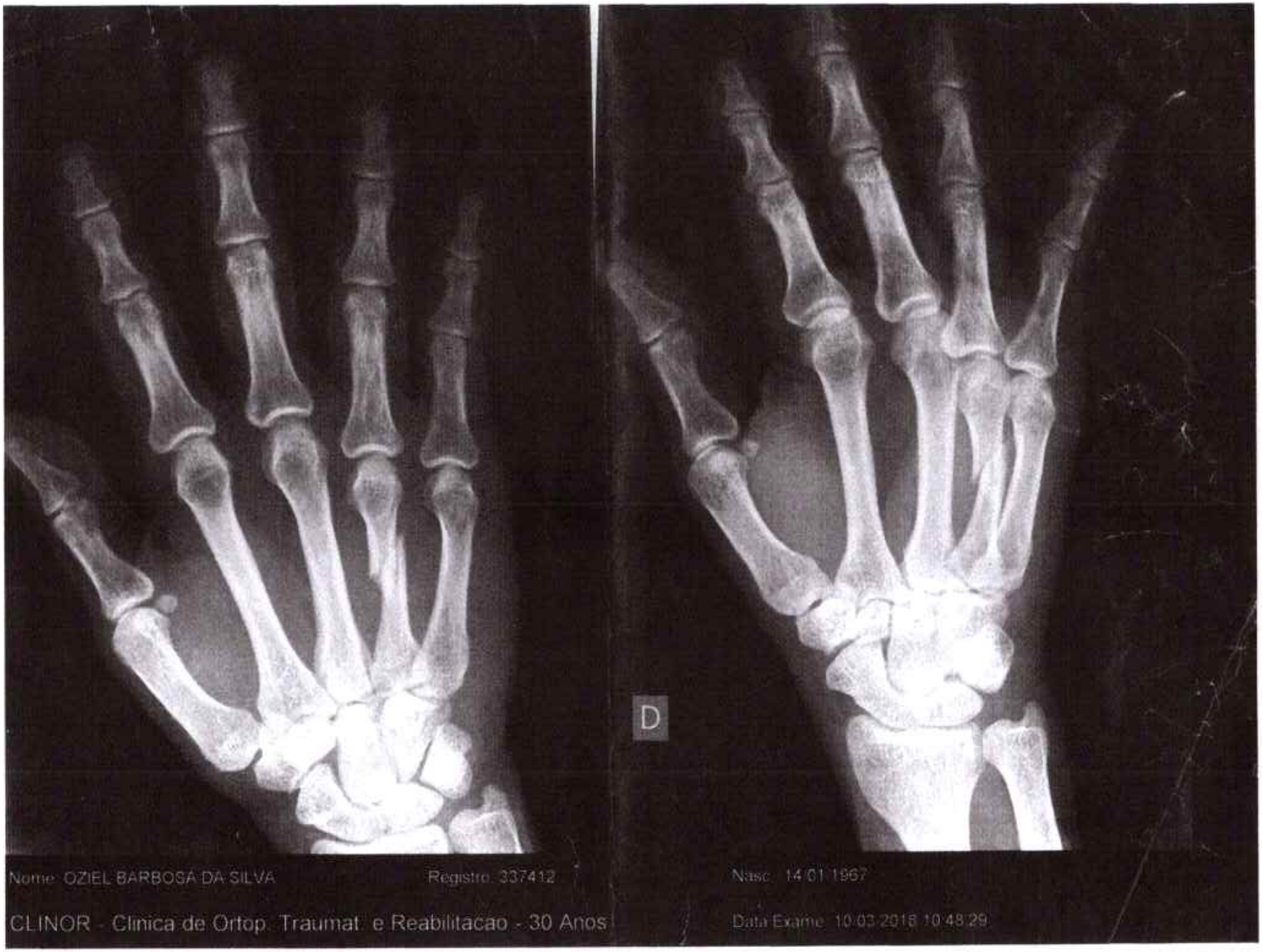
CID: S62.3

Dr. Antônio Almeida de Lacerda
033.005.879/CRM/PB 5078
CPF: 406.168.184-59

• Ortopedia
• Cirurgia da Mão
• Cirurgia do Joelho
• Cirurgia do Quadril
• Oncologia Musculoesquelética
• Cirurgia de Ombro
• Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa - PB
Fones: (83) 3508.5001, 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •



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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180389013 **Vítima: OZIEL BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 08/03/2018 **Cobertura: DAMS**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), OZIEL BARBOSA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Correios
R$ 01,95
BRASIL
13.05.19 - 14:01
CARTA
AGF Maria Z. - RJ

OZIEL BARBOSA DA SILVA
RUA PROJETADA 42, S/N
CENTRO
CEP 58370000 - SALGADO DE SÃO FÉLIX - PB

Seguro DPVAT – Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Seguradora LÍDER

saiba +
www.seguradoralider.com.br

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

20 ACO 2019

DEVOLUÇÃO
Seguradora Líder - DPVAT
CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios
☐ Mudou-se ☐ Endereço insuficiente
☐ Desconhecido ☐ Não existe o nº indicado
☐ Recusado ☐ Falecido
☐ Ausente
☐ Não procurado
Data ___/___/___

Responsável pela informação
☐ Morador
☐ Síndico
☐ Porteiro
Entregador

DECISÃO

1. Vistos, etc.
2. Defiro a gratuidade da justiça. Deixo de designar audiência de conciliação em razão das audiências estarem suspensas através da Resolução n. 313/2020, do CNJ, face a pandemia do COVID-19.
3. Cite-se a parte promovida para, querendo, contestar a ação, no prazo de 15 dias.
4. Determino, de logo, a realização de perícia na parte autora a fim de atestar o percentual do grau de lesão.
5. Nomeio para realização da perícia a Dra. Rossana Duarte, que deverá ser intimada da nomeação, agendado data para realização da perícia, através do e-mail: dr.rosanaduarte@ig.com.br.
6. A perícia deverá ser custeada pela Seguradora Líder, a qual deverá fazer o depósito dos honorários periciais no valor de R $ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias. Intime-se.
7. Faculto às partes, por seus respectivos advogados, dentro de 5 dias, a indicação de assistente técnico e formulação dos quesitos, se já não constar nos autos.
8. Na oportunidade, deverá o perito responder aos seguintes quesitos, sob pena de responsabilidade:
a) É o(a) examinado(a) portador(a) de invalidez permanente?
b) Em caso positivo, qual a invalidez e o percentual da debilidade?
9. Intimações necessárias.

Itabaiana,31 de março de 2020.

Luciana Rodrigues Lima
Juíza de Direito