



Número: **0800221-79.2020.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 14.167,98**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
OZIEL BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	JOSE EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO (ADVOGADO) Viviane Maria Silva de Oliveira (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28352 774	17/02/2020 15:39	Petição Inicial	Petição Inicial
28352 775	17/02/2020 15:39	PROCURAÇÃO E DOCUMENTOS PESSOAIS	Outros Documentos
28352 776	17/02/2020 15:39	DOCUMENTO DA MOTO	Outros Documentos
28352 777	17/02/2020 15:39	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Outros Documentos
28352 780	17/02/2020 15:39	DESPESSAS MÉDICAS	Outros Documentos
28352 781	17/02/2020 15:39	HOSPITAL SAMARITANO 01	Outros Documentos
28352 782	17/02/2020 15:39	HOSPITAL SAMARITANO 02	Outros Documentos
28352 784	17/02/2020 15:39	HOSPITAL SAMARITANO 03	Outros Documentos
28352 785	17/02/2020 15:39	NEGATIVA DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	Outros Documentos
29286 481	31/03/2020 14:22	Despacho	Despacho

Excelentíssimo (a) Senhor (a) Doutor (a) Juiz (íza) de Direito da ____º Vara Cível da Comarca de Itabaiana-PB.

OZIEL BARBOSA DA SILVA, brasileiro, casado, 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 vem à presença de Vossa Excelência por seus advogados que esta subscrevem com escritório profissional na Av. José Silveira, s/n, centro, Itabaiana, PB, CEP: 58.360-000 propor...

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**., inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, centro, Rio de Janeiro, CEP: 20031205, pelas razões de fato e de direito a seguir delineadas:

I. DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, o(a) Promovido(a) requer **os benefícios da justiça gratuita**, nos termos da **Lei nº 1060/50**, tendo em vista ser pobre na forma da lei, não podendo arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios, sem se privar dos recursos necessários a sua manutenção e de sua família.

II. DOS FATOS

No dia 08 de março de 2018 por volta das 17h45 o Promovido(a) seguia em direção a sua residência conduzindo a motocicleta quando sofreu uma queda.

A motocicleta envolvida no referido fato é da HONDA CG 125 FAN KS, placa MOS 4852/PB, CHASSI 9C2JC4110BR450061, RENAVAM 0029975544-4 licenciado no nome do Promovido(a) (**OZIEL BARBOSA DA SILVA**).

Do local do acidente o Promovido(a) foi socorrido para o Hospital Regional de Itabaiana onde recebeu os primeiros atendimentos sendo posteriormente encaminhado para o Hospital Samaritano na cidade de João Pessoa onde sofreu **FRATURA METACARPO MÃO DIREITA CID 10 S.62.3**, conforme laudo e prontuários médicos.

Em razão da gravidade dos ferimentos foi submetido a cirurgia e recebido alta.

Destaca-se, ainda, que o Promovido(a) em razão do ocorrido suportou



gastos no importe de R\$ 667,98 (seiscentos e sessenta e sete reais e noventa e oito centavos), conforme demonstrativo de despesas médico/hospitalar.

Após conseguir toda documentação necessária ao pedido de seguro DPVAT o Promovente administrativamente deu entrada junto ao Promovido com o **sinistro nº 3180389013 que foi pendenciado por EXIGÊNCIA DOCUMENTAL E, POSTERIORMENTE NEGADO** <https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>.

Tomando por base a situação fática acima delineada dá- se origem ao presente expediente.

III. DO DIREITO

DA LEGITIMIDADE ATIVA “AD CAUSAM”

A legitimidade ativa do Promovente é cristalina, visto ser ele a própria vítima do ocorrido.

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores vias terrestres – DPVAT objetiva socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

Portanto, **é direito do Promovente receber indenização por danos pessoais até o máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) ante a invalidez permanente, bem como de ver resarcidos os valores despendidos com o tratamento médico a título de despesas médicas/hospitalares, tudo corrigido monetariamente desde a data do efetivo prejuízo, até o máximo de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).**

DA LEGITIMIDADE PASSIVA

A Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. integra o complexo do FENASEG. Assim sendo, é entendimento pacífico que qualquer seguradora que dele faça parte constitui-se em parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório.

Nesse sentido a jurisprudência admite-se, segundo inteligência do art. 7º da **Lei 6.194/74**, que em se tratando do seguro DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer das conveniadas a esse consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo de demanda que vise o recebimento da indenização em tela.

Assim sendo, não resta dúvida acerca da legitimidade da Seguradora



Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A, uma vez que esta integra o referido consórcio, ou seja, complexo da FENASEG.

DIREITO À INDENIZAÇÃO PELA DEBILIDADE PERMANENTE

A partir da **Lei 11. 945/2009** passou-se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor da indenização devida, conforme o grau de invalidez apresentado.

No entanto, isto não retira do julgador a possibilidade de interpretar o laudo, de modo que uma suposta incapacidade parcial pode ser considerada como total.

Assim sendo, tem o Promovente direito ao recebimento da quantia de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) em razão da debilidade permanente, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a data do evento danoso.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DA APLICAÇÃO DA TABELA (ANEXO À LEI 11. 945/2009)

A tabela acerca do percentual da invalidez apresentada pela pessoa vitimada está no anexo à **Lei 11. 945/2009** aplicando-se, portanto aos acidentes ocorridos a partir do dia 16 de dezembro de 2008.

No entanto, considerando a situação sócio-cultural em que está inserido o Promovente, e pela incapacidade apresentada pelo mesmo, necessário se faz reconhecer a sua incapacidade total para qualquer atividade.

Cumpre destacar, que a necessidade de laudo pericial emitido pelo IML segundo enuncia o **art. 5º, §5º da Lei 6.194/74**, tem aplicabilidade na esfera administrativa, na judicial caberá ao juiz a apreciação livre das provas para a formação de sua convicção.

Nesse sentido, o **Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba**, através da Terceira Câmara Cível, já se pronunciou:

**AGRAVO DE INSTRUMENTO COBRANÇA DO
SEGURAMENTO OBRIGATÓRIO DPVAT PROVA
PERICIAL REQUERIDA PELA SEGURADORA
INTIMAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DOS
HONORÁRIOS PERICIAIS IRRESIGNAÇÃO
PRETENSÃO DE REALIZAÇÃO PELO INSTITUTO
MÉDICO LEGAL ART. 5º, § 5º, DA LEI N° 6.194/74
APLICABILIDADE NA ESFERA ADMINISTRATIVA
BENESSE COLOCADA À DISPOSIÇÃO DOS
BENEFICIÁRIOS DO SEGURO OBRIGATÓRIO E
NÃO DA SEGURADORA DESPROVIMENTO. A**



regra do art. 5º, §5º da Lei 6.194/74, que indica a necessidade de laudo pericial emitido pelo IML, tem aplicabilidade na esfera administrativa, não sendo aplicável ao processo judicial, estando o Juiz vinculado às regras processuais inseridas nos arts. 130 e 131 do CPC, e a prova pericial segue o procedimento previsto nos artigos 420 e seguintes do CPC. Processo nº 00120110262936001. Relator: Des. Márcio Murilo da Cunha Ramos. Terceira Câmara Cível. Data do Julgamento: 30/07/2012 (grifo nosso).

Portanto, requer a Vossa Excelência que se digne em considerar a situação fática do Promovente, a fim de aplicar o percentual de invalidez total ou mais favorável ao mesmo.

DO “QUANTUM” INDENIZATÓRIO

A pretensão do Promovente encontra-se fundamento nas **Leis nº 6194/74 e 8441/92** nelas, o valor da cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor, em caso de invalidez permanente é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), independente do grau de invalidez permanente.

Nessa linha de raciocínio cabe transcrever o seguinte enunciado:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT – INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COMPROVADA NOS AUTOS – VALOR DO SEGURO DPVAT CORRETAMENTE FIXADO EM R\$ 13.500, (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS), **POUCO IMPORTANTE O GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE** – TERMO INICIAL DA CORREÇÃO MONETÁRIA CORRETAMENTE FIXADO A PARTIR DA DATA DO EVENTO DANOSO – RECURSO IMPROVIDO. DPVAT (MS 2012.002313-9, Relator: Des. Luiz Tadeu Barbosa Silva, Data do julgamento: 16/02/2012, 5º Câmara Cível, Data da Publicação: 23/02/2012- Grifo nosso).

No presente caso, **tendo-se em vista as sequelas permanentes do Promovente necessário seja estabelecido o teto no importe de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, dada a gravidade das lesões.

Com isso, torna-se patente o direito do Promovente de receber a indenização no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), visto a sua debilidade permanente em decorrência do ocorrido.

IV. DOS PEDIDOS



Pelo exposto, REQUER:

- a) A citação do réu no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- b) A produção de prova pericial a fim de constatar a debilidade permanente ocasionada em razão do acidente de trânsito aqui narrado;
- c) Opta a Promovente pela NÃO realização de audiência de conciliação;
- d) Seja condenado o Promovido ao pagamento do valor integral do seguro DPVAT POR INVALIDEZ PERMANENTE no montante de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde a data do evento danoso;
- e) Seja condenado o Promovido ao pagamento do valor do seguro DPVAT por despesas médicas no montante de R\$ 667,98 (seiscentos e sessenta e sete reais e noventa e oito centavos), valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde a data do evento danoso
- f) A concessão dos benefícios da **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**, nos termos da **Lei 1060/50**, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família;
 - g) A condenação do réu em custas, despesas e honorários advocatícios de acordo com o Código de Processo Civil;
 - h) Protesta provar os fatos por todos os meios em direito admitidos.

Dá-se a causa o valor de R\$ 14.167,98 (QUATORZE MIL CENTO E SETENTA E SETE REAIS E NOVENTA E OITO CENTAVOS).

Nestes termos, pede deferimento.

Itabaiana- PB, data do protocolo.

Viviane Maria Silva de Oliveira Nascimento- OAB/PB 16.249

José Ewerton Salviano Pereira e Nascimento- OAB/PB 19.337



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, 04/01/2020

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, 01/01/2020

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 CONTRATADOS, 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:

Viviane Nascimento

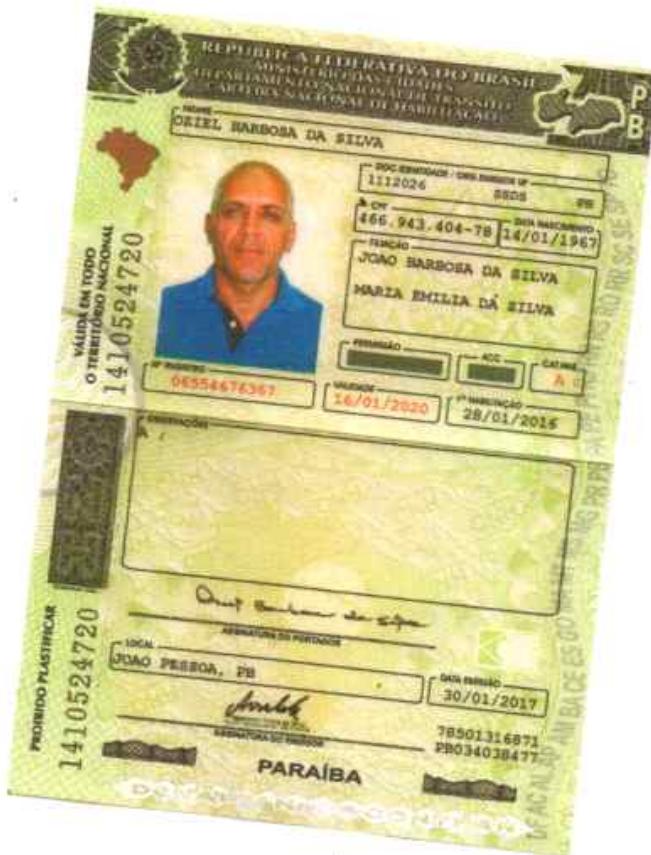
DECLARAÇÃO

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





Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:01
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390090800000027341316
Número do documento: 20021715390090800000027341316

Num. 28352775 - Pág. 3



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME O NÚMERO
MATRÍCULA

65241690

REFERÊNCIA

OUT/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Branco	Geral	Industrial	Pessoal	
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	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (m ³)	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
491	497	6	31			25/11/2019
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	I	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017 MS.
SET/2019	12			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.
AGO/2019	12			TURBIDEZ	0	0
JUL/2019	13			CLORO	0	0
JUN/2019	8			COL.TERMOT	0	0
MAI/2019	10			COR	0	0
ABR/2019	8			COL.TOTAIS	0	0
MÉDIA(m ³)	10			DADOS REFERENTES A: AGO/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 28/10/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 11:19:39	
DESCRIÇÃO	AQUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		6 m ³	37,91
ESGOTO			

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

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



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADETRABALHOINFANTIL



DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CÓD. FENABRAS PRT 20170300004623367000
1 0029975544-1 00/00000000 2017

NOME: OZIEL BARBOSA DA SILVA

CPF / CNPJ: 46694340478 PLACA: MOS4852 / PB

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

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

CAP / POT. / CIL: 2 P/124 / CI CATEGORIA: PARTIC PRETA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VEND. COTA ÚNICA: 1^º
FAIXA IPIVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2^º
A: 0 3^º

PREMIO TARIIFARIO: IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO:
***** SEGURADO PAG 002/05/2017

OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

SAIGADO DE: S/ FELIX PB-P DATA: 03/05/2017
40649 40720

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

EXERCÍCIO: 2017 DATA: 03/05/2017

VIA: OZIEL BARBOSA DA SILVA PLACA:

RENAVAM: MARCA / MODELO:

ANO FAB.: 2011 CHASSI: 9C2JC4110BR450061

1 46694340478 MOS4852 / PB

0029975544 PREMIO TARIIFARIO: HONDA / CG 125 FAN KS
FINS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
2011 9 9C2JC4110BR450061

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) 20% A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

DATA DE PAGAMENTO: 03/05/2017
COTA ÚNICA: 00/00/0000 PARCELADO: 00/00/0000

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.808/0001-04

40720-0820262-20170503

INSC 2016





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°095/2018

CERTIFICO, em razão do meu ofício 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 íntegra: 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 Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente Ricardo Rolim Ramalho, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15h00min, compareceu **OZIEL BARBOSA DA SILVA**, brasileira, casado, natural de Salgado de São Félix/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 Projeta, 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



1 →



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002171539018500000027341318>
Número do documento: 2002171539018500000027341318

Num. 28352777 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013929143789
VA cod. RE-NAVAR-BT 20180300001805 Edição
1 0029975544-4 00/00000:00 2018

NOME
OZIEL BARBOSA DA SILVA

CONTRAN **DENATRAN**

46691340478	PLACA MO34852/PB
PLACA ANH/UF NOVO	RENAVAM 9C7JC110BR4J061
PÁS/MOTOCICLETA, NÃO AUTOM.	COMBUSTIVEL GASOLINA
HONDA / CG 125 FAN KS	MARCA / MODELO ANO FAB. 2011
CAP/PROT/TEL	CATEGORIA "A"
2 P/24 / CI	ODOR PREDOMINANTE PRETA
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA 1/100,00,00,00
I P V FAIXA LEVA A	PARCELAGEMTO / COTAS 0
PRÉMIO TABUADO (R\$) ***** * * * *	VALOR (R\$) 0
PRÉMIO TABUADO (R\$) ***** * * * *	VALOR (R\$) 0
SEGURADO	PERÍODO TOTAL (R\$) PAGÁO 15/02/2018
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	OBSERVAÇÕES
SALGADO DE S LOCAL FELIX PR-P	DATA 40649 16055

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. 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

VLR	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1 66943.0072	2018	26/02/2018	PLACA MO34852/FB
RENAVAM	MARCA / MODELO		
3029375544	HONDA / CG 125 FAN KS		
ANO FAB.	VALOR (R\$)		
2011	9C7JC4110BR450061		
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)		
***** * * *	***** * * *		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	VALOR (R\$)		
***** * * *	SEGURADO		
SEGURADA	PAGAMENTO		
15/02/2018	PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP/00-2018-0000001-04

16055-1532027-20180226



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002171539018500000027341318>
Número do documento: 2002171539018500000027341318

Num. 28352777 - Pág. 4

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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: 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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321>
Número do documento: 20021715390230300000027341321

Faturista Responsável

Num. 28352780 - Pág. 1

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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

DataAdmissão: 10/03/2018

Hora: 00:00:

Matrícula:

Piano:

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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321>
Número do documento: 20021715390230300000027341321

Num. 28352780 - Pág. 2

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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

DataAdmissão: 10/03/2018

Hora: 00:00

Matrícula:

Plano:

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

Faturista Responsável

CLINOR
CNPJ: 08.323.040/0001-86

Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321

Número do documento: 20021715390230300000027341321

Num. 28352780 - Pág. 3

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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

DataAdmissão: 14/03/2018

Hora: 00:00:

Matrícula:

Plano:

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	CÚNICO	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 GESELLADA 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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321>
Número do documento: 20021715390230300000027341321

Num. 28352780 - Pág. 4

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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

DataAdmissão: 19/03/2018

Hora: 00:00:

Matrícula:

Plano:

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	0,00	CLINICO	14,45
MAO OU QUIRODACTILO	BRUNO DE MIRANDA H.	40803120	1		40,37	0,00	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 GESELLADA 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 22,6 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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321>
Número do documento: 20021715390230300000027341321

Num. 28352780 - Pág. 5

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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

DataAdmissão: 18/04/2018

Hora: 00:00:

Matrícula:

Plano:

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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321>
Número do documento: 20021715390230300000027341321

Num. 28352780 - Pág. 6

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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

DataAdmissão: 18/04/2018

Hora: 00:00:

Matrícula:

Plano:

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.:	Plano:	Desc Emp.:	Desc 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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321>
Número do documento: 20021715390230300000027341321

Num. 28352780 - Pág. 7

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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

DataAdmissão: 30/04/2018

Hora: 00:00

Matrícula:

Piano:

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 Piano:	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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321>
Número do documento: 20021715390230300000027341321

Num. 28352780 - Pág. 8

Demonstrativo de Despesas Médico/Hospitalar

Página 1

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

DataAdmissão: 04/06/2018

Hora: 00:00:

Matrícula:

Piano:

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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390230300000027341321>
Número do documento: 20021715390230300000027341321

Num. 28352780 - Pág. 9



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 clínico 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: 4617
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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390283800000027341322>
Número do documento: 20021715390283800000027341322

Num. 28352781 - Pág. 1



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: 4.017
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 hssamaritano@veloxmail.com.br



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390283800000027341322>
Número do documento: 20021715390283800000027341322

Num. 28352781 - Pág. 2

Dr. André Luís L. G. de Siqueira
Dr. Antônio Almeida de Lacerda
Dr. João 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
Dr. Rossana Cavalcante Almeida
Dr. Tiago Augusto de M. Tormes
Dr. Vladimir Antônio Couzella



ORTOTRAUMA

■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

20.04.18

Jael Barbosa da Silva

Tote c/ Sequela de Fratura
Metacarpal Mão e Cintilâ, no Quadril
Quando com Fracção de Raiz
e Tornáfracto pré preparações da lesão.
há + 4 meses após queda de moto.

CID: 962.3

Dr. Antônio Almeida de Lacerda
033.0056791 CRM/PB 5078
C.R. 006.100.104-59

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

Av. Epitácio Pessoa, 1491
Pedro Gondim - João Pessoa - PB
Fones: (83) 3508.5001, 3508.5002
3244.1452

Raio X *
Artroscopia *
Clínica de Fraturas *

001





Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390283800000027341322>
Número do documento: 20021715390283800000027341322

Num. 28352781 - Pág. 4

2018/04-19



A

RELATÓRIO DA CIRURGIA

OZIEL BARBOSA DA SILVA		<i>Suzile</i>	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
03	REPARO LIGAMENTAR E TENDINOSO - LESÃO DO APARELHO POR AÇÃO DA ESPÍCULA ÓSSEA FAÇO TENOPLASTIA DOS EXTENSORES (SOLIDARIZAÇÃO)
04	REPARO LIGAMENTAR - CAPSULA
05	REDUÇÃO COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
06	PRIMEIRO TEMPO
07	APOSIÇÃO DE PLACA 2.0MM E 5 PARAFUSOS DE BLOQUEIO (TITANIO)
08	HEMOSTASIA
09	REVISANDO A REDUÇÃO COM O INTENSIFICADOR
10	CURATIVO

BRUNO MONTENEGRO

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 6117

Bruno Montenegro
Ortopedista Traumatólogo
CRM 6117
[Handwritten signature]

544

8105

Lúcia
04.1.





RELATÓRIO DA CIRURGIA

OZIEL BARBOSA DA SILVA

DATA: 21.3.2018

APARTAMENTO/ENF:	LEITO:
CIRURGIÃO: DR. BRUNO	1º AUXILIAR: ANTONIO
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR(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

DESCRICAÇÃO 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
03	REPARO LIGAMENTAR E TENDINOSO - LESÃO DO APARELHO POR AÇÃO DA ESPÍCULA ÓSSEA FAÇO TENOPLASTIA DOS EXTENSORES (SOLIDARIZAÇÃO)
04	REPARO LIGAMENTAR - CAPSULA
05	REDUÇÃO COM AUXILIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
06	PRIMEIRO TEMPO
07	APOSIÇÃO DE PLACA 2.0MM E 5 PARAFUSOS DE BLOQUEIO (TITANIO)
08	HEMOSTASIA
09	REVISANDO A REDUÇÃO COM O INTENSIFICADOR
10	CURATIVO

BRUNO MONTENEGRO

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 6117

Bruno Montenegro
Ortopedista Traumatologista
CRM 6117

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 FEC!! ppd 84234
Algodão 2,0 Gastro cl Ag PA 424 T	Prolene 2,0 Card 9523 T
Algodão 2,0 s/ag SPA 49 T	Prolene 2 c/ag Gastro PPI 2845 G
Algodão 3,0 c/ag PA 421 T	Prolene 3,0 Card 9521 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 8511 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 G142 T	Prolene 6,0 2PP M 8709
Catgut Simples 2,0 A 2414 T	Prolene 7,0 VPF-702-X
Catgut Simples 2,0 Gastro CS U 313 T	Prolene 7,0 M8703T Ethicon (27-9)
Catgut Simples 2,0 s/ag B 0062073	Prolene 8,0 8710T Ethicon (20)
Catgut Simples 3,0 Gastro CS G312 T	Prolene 1000
Catgut Simples 3,0 G 312 T	Seda 1 c/ag SP401 (95%)
Catgut Simples 4,0 U 207 T	Seda 2,0 c/ag SP15420 (2017)
Cera p/ uso 51G	Seda 2,0 s/ag SP420 (2016)
Ethibond 2,0 c/ag B 5537	Seda 3,0 s/ag SP(2946)
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 3504
Monocryl 3,0 Plast MCP 427	Vicryl 2,0 VCP 375 H
Monocryl 4,0 Fast MCP 426	Vicryl 2,0 Gastro T 339
Monocryl 5,0 Plast 0023613	Vicryl 2,0 J339-H (177)
Mononylon 0 c/ag cuticular NP 14505 T	Vicryl 3,0 Gastro VCP 406 E
Mononylon 2,0 NP 1215 T	Vicryl 3,0 Ure 3610-30 (2024)
Mononylon 3,0 NP 1151 T	Vicryl 4,0 Cuticular 1230430F (2026)
Mononylon 4,0 NP 14502 T	PDS II 3,0 231611 Ethicon (3776)
Mononylon 5,0 NP 14501 LT	PDS II 5,0 (2051)
Mononylon 6,0 NP BG 972230	Valvekit 2,0 Cardio KV15G Ethicon
Mononylon 6,0 NP 14506 T	SENDOR BIS (2006)
	Ciprofyl Z143040 310
	Ethibond B163 253

STIMPLEX A
 Agulha para anestesia de plexo
Este produto é destinado ao profissional de saúde e deve ser usado por ele. O uso por pessoas não qualificadas pode resultar em lesões graves ou morte.
BIBRAIRN
Laboratório D. Olivetti S.A.
 Rua Dr. Francisco de Oliveira, 100 - Centro
 CEP 20030-001 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil
 Tel.: (21) 2252-1000 - Telex: 120-2252-BR
 FAX: (21) 2252-1000 - Internet: BIBRAIRN@BRASIL.BR

Lote do Hospital

HOSPITAL SAMARITANO LTDA	
USO DE OXIGÉNIO	
DATA	71 / 03 / 18
INÍCIO	00:00
FIM	04:40
FIO2	2 L/min, TEMPO 1:40
Eronildio Viniat	
Assinatura: 233.164	



Hospital Samaritano

Notificação de OPME

Nome: Oziel Bulcão de Souza
Convênio: Smis Data: 21/05/2018
Cirurgia realizada: Fx. S mediotarsiano

Fornecedor: Empório Mafamur

Équipe médical

- Cirurgião: M. Bruno Machado
 - 1º Auxiliar: M. Renan Almeida
 - 2º Auxiliar:
 - Anestesista: M. Joáno Souza
 - Instrumentador: Celso J. Guedes
 - Circulante:

Preenchido com:

Ermilio Júnior

Data: 21/02/2008





N: 006501

CONTROLE DOS MATERIAIS
UTILIZADOS EM
OSTEOSSINTSE/ARTROPLASTIA

Ped

N.F.

Hospital: Samor, Inc.

GNP 1

Pedidos:

Data do Pedido: 7/105 / 2018 Cond:

Paciente: 02111 Bento de Oliveira Data da Cirurgia: 21/03/2018
Prontuário: 55956 Convênio: FMSPI AIH
Cirurgião: Dr. Bruno Marques Código: Membro: Dr. Celso Pires

TRANSPORTADOR

MATERIAL	QUANT.	CÓDIGO
Vaca en lomo de 2.0 bloques en lomo	01	
Pecho de 13 bloques sin punto en lomo	05	

Observações

Motor Total EGS





Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente:	Diebel Barbosa da Silva	Data:	21/03/18
Nome da Mãe:		Convenio:	Smel
Cirurgião:	Dra Bruno Montenegro	2º Cirurgião:	Dra Antônio
3º Cirurgião:		Anest.	Dra Socorro Soi
Cirurgia:	Trat. Cirurg. Fract. 4º metacarpo	Origem:	70

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: () Paciente Interno () Paciente Ambulatorial () Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência Venoclise () Sim () Não () Periférico MS _____ () Central

E do geral/Nível de Consciência:

() Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA: 130/80 mmHg P: 42 bpm R: 16 irpm SPO2 98%.

TRANS-OPERATÓRIO

Grau de Contaminação: () Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular. () Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, 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

Centímetros e Drenos: SVD nº _____ 2 vias _____, 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado. _____ Balão insuflado com _____ ml, Passado por: _____	(<input type="checkbox"/>) Acesso central (<input checked="" type="checkbox"/>) Acesso venoso periférico MS _____	(<input type="checkbox"/>) SNG nº _____ nº _____, (<input type="checkbox"/>) Pen rose nº _____, (<input type="checkbox"/>) Dreno succção kher, (<input type="checkbox"/>) Dreno de blacker nº _____ (<input type="checkbox"/>) Dreno de tórax nº _____
---	---	--

Ostomias: () Traqueal () Cística () 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 Início: 08:00

Hora do Término: 09:40

Intercorrenças: () Sim () Não

Qual: _____ # Não Houve # _____





Hospital Sanitarium

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

do Socorro de Sousa Sá
Anestesiologista
CRM: 823



Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente: ZIEL BAPTISTA DA SILVA	Data: 21/10/18
Nome da Mãe:	Convento:
Cirurgião: BRUNO	2º Cirurgião:
3º Cirurgião:	
Cirurgia: EPL. HELICARPO	Salvo RPPN
	Origem: 70

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Procedência: () Recepção () Urgência () Enfermaria () Apartamento / 1071

Prótese dentária: () Sim (✓) Não

leium: () sim () não

Nº de Medicações: ()Sim (✓) Não Qual:

Sim () Não Qual:

(Morbidades: () Obesidade () Hipertensão () Diabetes () Asma ()).

Evolução na Sala Cirúrgica

Ruas Venosas: () Periférica MS () Subclávia () Dissecção Venosa () Inicial

Posição do Paciente no Trans-Operatório: () Dorsal () Ventral () Lateral

Sondagem Vesical: () Sim () Não nº _____ () 2 Vias () 3 vias c/Irrigação

Sondagem Vesical: () Sim
() Demora () Altivo

Resposta do Pintor: () Sim () Não

Presença de Diurese: () Sim () Não

Tipo de Anestesia: (General) (Regional) (Local) (Alta Hospitalar) (Óbito) (UREA Hora da morte)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

* 08:00 PACIENTE FOI ADMITIDO NESTE SETOR PARA SUBMETER A CIRURGIA DE FRATURA DO PELVÍACRIO. Resultado do CHECK list PE CIRURGICO SEGURO.

Eronildo Júnior
Entomólogo
CONEP/PI 473, 164
Mossoró/RN

~~Assinatura do Enfermeiro (a)~~
COREN



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – SALVA VIDAS

PROTEÇÃO JURÍDICA
NOME: ERONÍDO BARBOSA DA SILVA
CRM: 110000
CONCESSIONÁRIO: APTO
INTERNAÇÃO: DEBORA
DATA: 20/02/18

Paciente:	02.EL BARBOSA DA SILVA	Data:	21.02.18
Nome da Mãe:		Convidado:	
Cirurgião:	BRUNO	1º Aux Cirurgião:	
Anestesista:	SOLANGE	Circulante:	
Cirurgia:	FRAT. METACARPO		

1 - PRE-OPERATORIO (INTERNAÇÃO CIRÚRGICA)

1.1 Informação sobre o paciente

Pulseira de identificação:

()Sim ()Não

Jejun:

()Sim ()Não

Tempo de jejum:

10h

Tipo de alimentação:

()N/A

PASPA:

mmHg

TAX:

mmHg/dl

Bainha com clorexidina 6% (implante):

()Sim ()N/A

Higiene oral com clorexidina 0,12% (anestesia geral):

()Sim ()N/A

Ficotomia: Hora:

()Sim ()N/A ()N/A

Retirada admissões e próteses:

()Sim ()N/A ()N/A

Usa marcapasso:

()Sim ()N/A ()N/A

Anexo de consentimento:

()Sim ()N/A ()N/A

1.2 Faz uso de profilaxia antes da cirurgia?

(Medicamentos ou horas):

()Mecânica ()N/A

1.3 Lateraldade?

()Dirita ()Esquerda ()N/A

1.4 Alergias?

()Sim ()N/A ()N/A

QUAI:

()Sim ()N/A ()N/A

1.5 Porta exames?

()Impressos ()CD

()Eletrográfo ()N/A

()Urgência/Emergência ()N/A

1.6 Administrado medicinação pré anestésica?

()Sim ()N/A ()N/A Hora:

()Transporto conforme protocolo?

()Sim ()N/A

Eronído Júnior
Enfermeiro
COREN-SP 233.164
Data e Hora:

Assinatura / Carimbo Cirurg.

2 - ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

2.1 Checagem de equipamentos:

- ()Cartão do anestesiologista - Almunes ()Aspirador
- ()Coxeira - Agentes relaxantes
- ()Bisturi elétrico (placa + caucho)
- ()Realizado desinfecção da pele: 03
- ()Confundo esterilização das embalagens
- ()Conforme ()N/A conforme ()Ausente
- ()OFME ()Sim ()N/A ()N/A

2.2 Transposição do paciente

()Fava da mesa cirúrgica

()Maca e mesa nivelada

2.3 Via aérea difícil Risco de Broncoaspiração

()Sim + Material Específico ()N/A

2.4 Risco de perda sanguínea

()Sim (2 Acesso, intravenoso cativos)

()N/A

()Reserva de Hemocomponente

()Sim ()N/A

Bruno 661552

Assinatura / Carimbo Cirurg.

3 - ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

3.1 Confirmar se toda equipe se apresentou pelo nome e função: ()Sim ()N/A

3.2 Antibiotiocprofilaxia feito (30/60min) antes da incisão? ()Sim ()N/A *ceferexidina*

3.2.1 Realizar repleque (antibiotico) em cirurgia? ()Sim ()N/A

3.3 Realizado antisepsia do campo operatório ()Sim ()N/A *clorhexidina*

3.4 Equipe médica conforme verbalmente ()Paciente ()Procedimento

3.5 Imagem disponível?

()Sim ()N/A ()N/A

3.6 Uso seguro do Eletrocaltério: proximidade da placa à Incisão:

()Coxa: ()Panturrilha ()Gluteo ()N/A

()Dirito ()Esquerda ()N/A

3.7 Materiais Solicitados e Disponíveis

()Estimulador de Nervo Periférico

()Intensificador de Imagem

()N/A (Urgência / Emergência)

3.8 - Exames protocolados e devolvidos

()Sim ()N/A ()N/A

Bruno 661552

Assinatura / Carimbo Cirurg.

4 - AO TÉRMINO DA CIRURGIA

4.1 - Equipo conforma verbalmente

()Nome do procedimento realizado

()Peça cirúrgica corretamente identificada

()Requisito antibioticoterapêutico ()N/A

()Transporte do paciente

()Drenos, sondas e acessos - corretos e identificados

4.2 - SSVV

PA ()0 ()80 ()TAX ()C

4.3 Destino

()URPA ()APTQ ()C

Bruno 661552

Assinatura / Carimbo Cirurg.





IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Oziel Barbosa da Silva

Atendimento: Anestesia

Convênio: Simele

Cirurgia: tratamento cirúrgico de Fratura de
4º Metacarpo

Cirurgião: Dra. Bruno Náulino

Sala: 03 Data: 01-03-2018

Circulante de sala (não rubricar): Jequeline

<p>DATA DE FABRICAÇÃO DATA DE VENCIMENTO</p> <p>Nº DA OPERAÇÃO</p>	<p>DATA DE FABRICAÇÃO DATA DE VENCIMENTO</p> <p>Nº DA OPERAÇÃO</p>	<p>DATA DE FABRICAÇÃO DATA DE VENCIMENTO</p> <p>Nº DA OPERAÇÃO</p>	<p>DATA DE FABRICAÇÃO DATA DE VENCIMENTO</p> <p>Nº DA OPERAÇÃO</p>
<p>DATA DE FABRICAÇÃO DATA DE VENCIMENTO</p> <p>Nº DA OPERAÇÃO</p>	<p>DATA DE FABRICAÇÃO DATA DE VENCIMENTO</p> <p>Nº DA OPERAÇÃO</p>	<p>DATA DE FABRICAÇÃO DATA DE VENCIMENTO</p> <p>Nº DA OPERAÇÃO</p>	<p>DATA DE FABRICAÇÃO DATA DE VENCIMENTO</p> <p>Nº DA OPERAÇÃO</p>
4		6	
<p>BROWNE STEAM Integrating Indicator</p> <p>Type 5 / ISO 11140-1 Reject (NO) 001010 EXP 02/2021-10-01 Date bar must enter accept window</p>		<p>BROWNE STEAM Integrating Indicator</p> <p>Type 5 / ISO 11140-1 Reject (NO) 001010 EXP 02/2021-10-01 Date bar must enter accept window</p>	





HOSPITAL SAMARITANO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Paciente: OZIEL BARBOSA DA SILVA
RG: 1112026 SSP-PB

Data: 20/03/2018
Origem: RECEPÇÃO
INTERNAÇÃO

Nome da Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA
Cirurgião: ANTONIO ALMEIDA DE LACERDA CRM: 5078

2º Cirurgião: _____

Anestesista: _____

Convênio: SMILE

Cirurgia: 3.07.22.46-2 LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS DA Mão - REPARAÇÃO CIRÚRGICA
3.07.22.53-5 OSTEOSÍTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM USO D
3.07.31.12-7 TENOPLASTIA DE TENDÃO EM OUTRAS REGIÕES

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 informações 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 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 diagnosticadas, assim poderão ocorrer situações imprevistas. 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, comprehendo 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, com 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 realização 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

2º Cirurgião:

Anestesista:

Convênio: SMILE

Cirurgia: 3.07.22.46-2 LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS DA Mão - REPARAÇÃO CIRÚRGICA

3.07.22.53-5 OSTEOSÍTESE 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 Drº _____, CRM: _____, ou outro médico credenciado ao Hospital Samaritano a realizar o procedimento de anestesia sedação _____, para o procedimento: _____, ou _____ exame: _____

o 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 satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis 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. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendi e concordo com os itens acima referidos, e que foi me dada a oportunidade de anular qualquer 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

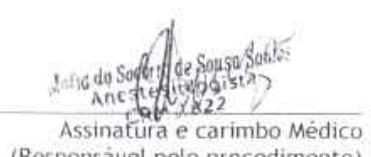
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO MÉDICO

Eu, _____, CRM: _____, expliquei o procedimento 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: Alzir Barbera de Silva
Leito: 20 Convênio: Unimed Série: Surf

DATA	
<p>Dacíe. Dule (seen) Unseen. Jan Cope</p> <p>Dr. Antônio C. Rua Lacerda CEP 529.169-100-50</p>	





Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMD

Prescrição Médica

Page 3 of 18

Paciente	Apt: 1	Carregador
Clínica		
DEB	AGENTE TERAPÉUTICO / QUANTIDADE / VIA	PERÍODO
	D Nutrixa D Igual Creme Amo A Lá	
		5070
	Abd 24. Weber	
	<i>Dr. Antônio José Lacerda 06/03/2012</i>	
	77	
MÉDICO:	Assinatura e PONTO:	
CRM:		





0008105
70

PACIENTE	OZIEL BARBOSA DA SILVA	DATA	21/3/18
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS	
1	DIETA LIVRE APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	<i>N.Gut</i>	
2	SORO RINGER 1000 ML EV LENTO PARA MANTER VEIA	<i>2 X</i>	
3			
4	TRAMAL 50 MG EV DILUIDO DE 8/8 HS (100ML DE SORO) SN	SN	
5	PARACETAMOL 750 MG VO DE 6/6 HS	1X (17) 23 (17) 05	
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	16/23 05 11	
9			
10			
11			
12	CCGG E SSVV - ALTA A PARTIR DAS 17:00		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
IMOBILIZAÇÃO			
EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA			
PACIENTE SUBMETIDO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS E ENCAMINHADO À RECUPERAÇÃO.			

Bruno Montenegro
Cirurgião-Dentista
CRM-PB 611

Servidor da Farmácia

Farmacêutico

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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390338300000027341323>
 Número do documento: 20021715390338300000027341323

Num. 28352782 - Pág. 7

FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

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

NOME: Jefé Barbosa do Sifre
CONVENIO: Susepe
DATA: 26-08-2018
IDADE: 51 OHO
SEXO: M () F ()
APT: 40

DIAGNÓSTICO: Tumor hipofisário

PROCEDÊNCIA:

() Veneação () Endocrinologia () UTI () Angiografia

3. NEUROLOGICO:

() Consciente () Orientado () Desorientado () Corpóreo () Psíquico

4. CABEÇA:

() Alopecia () Pecticuloso () Inchaço () Dreno () Sutura () MDR

7. ESCLERAS:

() Normal () Ictéricas () Edema () Hiperemidas

9. OLHOS:

() Normal () Diminuída () Aumento () Protrusão () ISCA

11. BOCA:

() Protrusão () Sistêmica () Devio de Comissura () Síndrome

2. ESTADO GERAL:

() Regular () Comprometido () Crítico () Desconhecido

6. FÍSICO:

() Normal () Diminuída () Tida () Duração () SCA

8. PUPILAS:

() Reativas () Midíase () Dilatadas () Lipocriose () Anisocôricas

10. MARIZ:

() Respiratória () Epistaxe () Frotas nasais () Síndrome

12. PESCOÇO:

Caróides: () Palpáveis () Duração () Intensidade

Turgência de jugular () E () Intensidade

Escala de Dependência de Flugelton

ÁREA DE CUIDADO	1	2	3	4
ESTADO MENTAL	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de inconsciência no tempo (no dia)	Orientação no tempo e no espaço
ORIENTAÇÃO	Ventilação mecânica	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Depende de oxigênio
SIGNS 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 6 horas
MOTILIDADE	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal; evidência de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pelo enfermeiro	Dificuldade para movimentar segmentos corporais resultante de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermeira	Umeração de membros	Movimento todos os segmentos corporais
DEAMBULAÇÃO	Resisto ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Movimento de resolução de decúbito	Ambulante
ALIMENTAÇÃO	Por meio de cateter central	Por sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Autossuficiente
CUIDADO CONSTITUCIAL	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermeira	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermeira	Suvinha no banho de cama	Autossuficiente
BALNEAÇÃO	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário	Autossuficiente
TERAPÉUTICA	Uso de drogas vasodilatadoras para manutenção da PA	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.
TOTAL				

COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

Internativo

Sem dependência

Alta dependência

Intermediária

Mínima

COMPLEXIDADE

0,1

0,2

0,3

0,4

0,5

0,6

0,7

0,8

0,9

1,0

1,1

1,2

1,3

1,4

1,5

1,6

1,7

1,8

1,9

2,0

2,1

2,2

2,3

2,4

2,5

2,6

2,7

2,8

2,9

3,0

3,1

3,2

3,3

3,4

3,5

3,6

3,7

3,8

3,9

4,0

4,1

4,2

4,3

4,4

4,5

4,6

4,7

4,8

4,9

5,0

5,1

5,2

5,3

5,4

5,5

5,6

5,7

5,8

5,9

6,0

6,1

6,2

6,3

6,4

6,5

6,6

6,7

6,8

6,9

7,0

7,1

7,2

7,3

7,4

7,5

7,6

7,7

7,8

7,9

8,0

8,1

8,2

8,3

8,4

8,5

8,6

8,7

8,8

8,9

9,0

9,1

9,2

9,3

9,4

9,5

9,6

9,7

9,8

9,9

10,0

13.1 CARACTERÍSTICAS DA PA

() Espontânea () Eupneia

() Ictus () Apneia () Bruxismo

() Cheyne-Stokes () Osípnea

Sopro da crista

Disponibilidade

13. RENSPRATORIA:

Forma do Tórax: () Normal () Simétrica () D () E

Expansibilidade: () Diminuída () D () E

Tosse: () Ausente () Seca () Produtiva

Secreção: () Multa () Pouca Asperita

14. SUPORTE VENTILATÓRIO:

() A Ambiente () Cateter Nasal () Máscara de Ventilador () BiPAP/CPAP

15. CARDIOPULMONAR:

() Normotensão () Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Normocárdico () Taquicardia

16. GASTROINTESTINAL:

Forma do abdome: () Escavado () Plano () Sí-Globo () Globo () Braxíquio

Estado Nutricional: () Obeso () Normotrófico () Desnutrido () Caquéxico () RM () P () RH () RH+

Diátese: () NO () Enteral () NFT () Gastrostomia () Jejunostomia () Colostomia () Fístula () Enema () Aceitando

Eliminações Intestinais: () Presentes () Ausentes, Quantos:

17. GENITOURINÁRIO:

Diurese: () Espontânea () SYD () Cistostomia () Disúria

Nefrite: () Líquido () Concentrado () Piúra () Hematuria () Colorido

Vostame: () Normal () Polidímero () Oliguira () Anuria

18. APENDICULAR:

Hospital Semeariano João Pessoa

Av. Avenida Santa Julia, 35 Torre - João Pessoa/PB - CEP 58010-150

FMS-CMC 00

FORMULÁRIO NÃO GRAFICO

Floripa, 09/02/2020

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

APÊNDICES:

MMSS: () Edema () Ferida Operatória () Viésões () Fratura Exposta () Fratura N Exposta () Aparasão () D () F () E
 MMII: () Edema () Ferida Operatória () Viésões () Fratura Exposta () Fratura N Exposta () Aparasão () T () F () E
 Fale: (/) Secada () Desidratada () Icérica () Anicérica () Desidratada () Sudoreica () Fria () Fria

ESCALA DE BRADEN

PONTUAÇÃO

4

FAVORES DE RISCO	PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente limitado.	Muito limitado	Levemente limitado	<input checked="" type="checkbox"/> Restringe limitação
	UMIDADE	Completo ou entre molhado	Muito molhado	Quase seco / levemente molhado	<input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente molhado
	ATIVIDADE	Acinorado	Confundido a cegar	Ainda orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Muito frequentemente
	MOBILIDADE	Tot. Inativa	Bastante limitado	Orientado mas com dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Não apresenta limitações
	NUTRIÇÃO	Muito suco	Provavelmente inadmissível	<input checked="" type="checkbox"/> Excelente	
	FRICÇÃO E CIRSAIMENTO	Sofre deles	Problema potencial	<input checked="" type="checkbox"/> Sempre evita	
	TOTAL	Risco Grande 15 a 16	Risco moderado 12 a 14	Risco baixo 9 a 11	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA

Adaptação prejudicial relacionada a estímulos intenso.	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição intencional dos Padrões de respiração.
Sensibilidade relacionado a ameaça de morte.	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinência intestinal relacionada a lesão colateral.
Baixa auto-estima situacional relacionado a Imagem Corporal perturbada.	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinência urinária relacionada a lesão da bexiga.
Comunicação Verbal prejudicada relacionado a flutuações ambientais.	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinência intestinal relacionada a fármacos.
Confusão aguda relacionada a mais de 60 anos de idade.	<input checked="" type="checkbox"/> Irregularidade da pele e queimaduras relacionadas a circulação alterada.
Confusão aguda relacionada ao abuso de álcool.	<input checked="" type="checkbox"/> Náusea relacionada a ingestão de medicina gastrointestinal.
Deficiência no auto cuidado para alimentação relacionado a prejuízo neuromuscular.	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono perturbado, dormindo e acorda com dificuldade mal adaptada.
Deficiência no auto cuidado para banho / higiene relacionado fraqueza e cansaço.	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão de respiração irregular relacionado a fadiga da musculatura respiratória.
Débito Cardíaco diminuído relacionado ao Edema.	<input checked="" type="checkbox"/> Período Respiratório reduzido relacionado a hiperventilação.
Defeito Cardíaco diminuído relacionado a Rítmos peristálticos diminuidos.	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão Respiratório rítmico, intensidade e ritmo.
Deglutição prejudicada relacionada a Disfunções respiratórias.	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão Respiratório rítmico relacionado a sono.
Deglutição prejudicada relacionada a Traumas internos ou externos.	<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Ansiedad Expressiva alta associada a fadiga e sono ou psicológico.
Deglutição prejudicada relacionada a lesão Traumática da Cabeça.	<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Ansiedad Expressiva alta associada a fadiga e sono.
Deglutição prejudicada relacionada a Anormalidades da cavidade oral ou de orofaringe.	<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Ansiedad Relacionada a fadiga da musculatura respiratória.
Desobstrução nasal de vias aéreas relacionadas as secreções nasais.	<input checked="" type="checkbox"/> Risco para Ansiedad Expressiva alta associada a fadiga.
Desobstrução nasal de vias aéreas relacionados ao fluxo sanguíneo.	<input checked="" type="checkbox"/> Risco para aspiração relacionada a fadiga gástrica aumentada.
Desobstrução nasal de vias aéreas relacionados a Doença pulmonar obstrutiva crônica.	<input checked="" type="checkbox"/> Risco para infecção relacionada a fadiga aumentada.
Diarréia relacionado a alimentação por sonda.	<input checked="" type="checkbox"/> Recuperação clínica referente a adaptação ao novo hábito de vida / desconfiança.

FRESCONTO DE ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA

INTERVENÇÕES	APARELHOS	INTERVENÇÕES	APARELHOS
Deixar as mãos antes e após manipular com o paciente e/ou com seus pertences.	ATEMPO	Manter decubito elevado a 45°	ATENÇÃO
Pagar uso constante de EPI	ATEMPO	Manter mobiliário de enfermagem organizado e limpo	ROTHA
Manter higiene e organizada	ATEMPO	Manter mobiliário de enfermagem organizado e limpo	NO BANHO
Manter roupas de consolidação	HT - H	Manter mobiliário de enfermagem organizado e limpo	ROTHA
Verificar SSVV 35W e C/RC	ROTHA	Realizar vaso de enemas de hidróxido de sódio 100 ml	DIARIA
Realizar Higiene Corporal Diariamente 1x/dia e Q/M	ROTHA	Realizar lavagem de ústica com SABONETE	ROTHA

23. Ocorrência Clínica

15:37hs procurei odontólogo neste setor procedente das necessidades para submeter-se a procedimento cirúrgico. Completou exames, operou, suprindo, diante isso, desembulando.

felicitei
AVL / ADORN

24. Evolução Clínica

20h Procurei em Pre Op Terapêutica, encontro com o paciente consciente orientado e respondeu adequadamente a perguntas e dava respostas corretas.
 Co. enurese plamambá

L
EFL / ADORN

Hospital Samaritano João Pessoa
 Av. Avenida Santa Rita, 35 Teixeira - João Pessoa - PB 58010-000

FMS/CNC

NOME: Oziel Barbosa da Silva
 N.R.: 001031778
 APT.: 700
 CONVÉNIO: Smile
 DATA: 201031778
 IDADE: 53
 SEXO: M (S/F)

Hospital Samantano

FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

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

NOME: Oziel Barbosa da Silva : IDADE: 53
 APT: 700 CONVÉNIO: Smile DATA: 201031778
 Sexo: M (S/F)

BALANÇO HIDRÍCO

HORÁRIO	TEMP.	FC	FR	CONTROLES		INSULINA	GANHOS		PERDAS												
				PA			BIC		HV	MED.	HEMOD.	ÁGUA	DIETA	RESÍDUO GÁST.	IRRIGAÇÃO	DIRESE	DRENO 1	DRENO 2	SNG/ VÓMITOS	FEZES	
				S	D		A	B													
07																					
08																					
09																					
10																					
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 PERIFÉRICO		TROCA DE COLETO ABERTO	
ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAIS		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 ABIERTO	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - DIURNO

15:37-h. Paciente admitida neste setor procedente da UCI para, em seguida, ser encaminhado para Salognetar-se a procedimento cirúrgico na comuna de seu familiar.
 19:00h. Paciente deixa representante para procedimento cirúrgico.

Hospital Samantano João Pessoa
 Av. Avenida Santa Julia, 35 Torre – João Pessoa/PB – CEP: 55040-450
 Fone: 083 3220 3100

F.NG.CMC.007-



Hospital Samaritano

R-0008105
FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

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

NOME: Ogíll Balbosa de Silva IDADE: 51
 APT: 78 CONVÊNIO: Smile Aptd DATA: 20.03.18 SEXO: M () F ()

BALANÇO HIDRÍCO

HORÁRIO	CONTROLES				GANHOS				PERDAS								
	TEMP.	FC	FR	PA	BIC		HV	MED.	HEMOD.	ÁGUA	DIETA	RESÍDUO GAST.	IRRIGAÇÃO	DIURESE	DRENO 1	DRENO 2	SNG/ VÔMITOS	FEZES
				S	D	GLUC.	INSULINA	A	B								
19																	
20	36.4	/	/	550x60	/	/	/	/	/	6000	0	/	/	exp	/	/	Any gen
21																	
22																	
23																	
24																	
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06	36	/	/	550x70	/	/	/	/	/	Zero	/	/	exp	/	/	Any gen	

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 PERIFÉRICO		TROCA DE COLETO ABERTO	
ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAIS		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, deslocando e ESR, consentiu, orientado, auxilio, celeste e hidratante. Digo: Aguardando procedimento, ausente de náuseas, dores, febre, diurese efetiva, no momento fui ex. Fizendo ssip e began os enunciados de equipes de profissão.
O tempo: Encontro zero e o MST (imobilizado)

Técnico em enfermagem de Andréia
CNPJ 59.2.059

Hospital Samaritano João Pessoa
Av. Avenida Santa Julia, 35 Torre – João Pessoa/PB – CEP: 58040-450

F.NG.CMC.01

FORMULÁRIO NÃO GRAFTICO

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

NOME: <u>Oziel Barbosa dos Santos</u>		IDADE: <u>53</u>
APT: <u>70</u> CONVENIO: <u>Smile</u>		SEXO: <u>M</u>
DATA: <u>03/03/18</u>		
DIAGNÓSTICO: <u>Tenosplenomegalia - Pré-operatório</u>		
PROCEDÊNCIA:		
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> B.C. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Anglocar		
ESTADO GERAL:		
<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssima		
NEUROLOGICO:		
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Somnolento <input type="checkbox"/> Coma		
6. CABEÇA:		
<input type="checkbox"/> Alopécia <input type="checkbox"/> Periculoso <input type="checkbox"/> Incisão <input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> Sutura(s) <u>YHOR</u>		
7. OLHOS: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ictéricas <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Hiperemias		
8. PUPILAS: <input type="checkbox"/> Reativas <input type="checkbox"/> Prostase <input type="checkbox"/> Mydriose <input type="checkbox"/> Antagonistas		
9. OUVIDOS:		
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Tumoreto <input type="checkbox"/> ISCA		
10. NARIZ:		
<input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Anormalidades		
11. PESCOÇO:		
<input type="checkbox"/> Carótidas: <input type="checkbox"/> Palpáveis <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 101 <input type="checkbox"/> 102 <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> 104 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 106 <input type="checkbox"/> 107 <input type="checkbox"/> 108 <input type="checkbox"/> 109 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 111 <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 114 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> 116 <input type="checkbox"/> 117 <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 121 <input type="checkbox"/> 122 <input type="checkbox"/> 123 <input type="checkbox"/> 124 <input type="checkbox"/> 125 <input type="checkbox"/> 126 <input type="checkbox"/> 127 <input type="checkbox"/> 128 <input type="checkbox"/> 129 <input type="checkbox"/> 130 <input type="checkbox"/> 131 <input type="checkbox"/> 132 <input type="checkbox"/> 133 <input type="checkbox"/> 134 <input type="checkbox"/> 135 <input type="checkbox"/> 136 <input type="checkbox"/> 137 <input type="checkbox"/> 138 <input type="checkbox"/> 139 <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 141 <input type="checkbox"/> 142 <input type="checkbox"/> 143 <input type="checkbox"/> 144 <input type="checkbox"/> 145 <input type="checkbox"/> 146 <input type="checkbox"/> 147 <input type="checkbox"/> 148 <input type="checkbox"/> 149 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 151 <input type="checkbox"/> 152 <input type="checkbox"/> 153 <input type="checkbox"/> 154 <input type="checkbox"/> 155 <input type="checkbox"/> 156 <input type="checkbox"/> 157 <input type="checkbox"/> 158 <input type="checkbox"/> 159 <input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 161 <input type="checkbox"/> 162 <input type="checkbox"/> 163 <input type="checkbox"/> 164 <input type="checkbox"/> 165 <input type="checkbox"/> 166 <input type="checkbox"/> 167 <input type="checkbox"/> 168 <input type="checkbox"/> 169 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 171 <input type="checkbox"/> 172 <input type="checkbox"/> 173 <input type="checkbox"/> 174 <input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> 176 <input type="checkbox"/> 177 <input type="checkbox"/> 178 <input type="checkbox"/> 179 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 181 <input type="checkbox"/> 182 <input type="checkbox"/> 183 <input type="checkbox"/> 184 <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 186 <input type="checkbox"/> 187 <input type="checkbox"/> 188 <input type="checkbox"/> 189 <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 191 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> 193 <input type="checkbox"/> 194 <input type="checkbox"/> 195 <input type="checkbox"/> 196 <input type="checkbox"/> 197 <input type="checkbox"/> 198 <input type="checkbox"/> 199 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 202 <input type="checkbox"/> 203 <input type="checkbox"/> 204 <input type="checkbox"/> 205 <input type="checkbox"/> 206 <input type="checkbox"/> 207 <input type="checkbox"/> 208 <input type="checkbox"/> 209 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> 212 <input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 216 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 220 <input type="checkbox"/> 221 <input type="checkbox"/> 222 <input type="checkbox"/> 223 <input type="checkbox"/> 224 <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 226 <input type="checkbox"/> 227 <input type="checkbox"/> 228 <input type="checkbox"/> 229 <input type="checkbox"/> 230 <input type="checkbox"/> 231 <input type="checkbox"/> 232 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 234 <input type="checkbox"/> 235 <input type="checkbox"/> 236 <input type="checkbox"/> 237 <input type="checkbox"/> 238 <input type="checkbox"/> 239 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 241 <input type="checkbox"/> 242 <input type="checkbox"/> 243 <input type="checkbox"/> 244 <input type="checkbox"/> 245 <input type="checkbox"/> 246 <input type="checkbox"/> 247 <input type="checkbox"/> 248 <input type="checkbox"/> 249 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 251 <input type="checkbox"/> 252 <input type="checkbox"/> 253 <input type="checkbox"/> 254 <input type="checkbox"/> 255 <input type="checkbox"/> 256 <input type="checkbox"/> 257 <input type="checkbox"/> 258 <input type="checkbox"/> 259 <input type="checkbox"/> 260 <input type="checkbox"/> 261 <input type="checkbox"/> 262 <input type="checkbox"/> 263 <input type="checkbox"/> 264 <input type="checkbox"/> 265 <input type="checkbox"/> 266 <input type="checkbox"/> 267 <input type="checkbox"/> 268 <input type="checkbox"/> 269 <input type="checkbox"/> 270 <input type="checkbox"/> 271 <input type="checkbox"/> 272 <input type="checkbox"/> 273 <input type="checkbox"/> 274 <input type="checkbox"/> 275 <input type="checkbox"/> 276 <input type="checkbox"/> 277 <input type="checkbox"/> 278 <input type="checkbox"/> 279 <input type="checkbox"/> 280 <input type="checkbox"/> 281 <input type="checkbox"/> 282 <input type="checkbox"/> 283 <input type="checkbox"/> 284 <input type="checkbox"/> 285 <input type="checkbox"/> 286 <input type="checkbox"/> 287 <input type="checkbox"/> 288 <input type="checkbox"/> 289 <input type="checkbox"/> 290 <input type="checkbox"/> 291 <input type="checkbox"/> 292 <input type="checkbox"/> 293 <input type="checkbox"/> 294 <input type="checkbox"/> 295 <input type="checkbox"/> 296 <input type="checkbox"/> 297 <input type="checkbox"/> 298 <input type="checkbox"/> 299 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 301 <input type="checkbox"/> 302 <input type="checkbox"/> 303 <input type="checkbox"/> 304 <input type="checkbox"/> 305 <input type="checkbox"/> 306 <input type="checkbox"/> 307 <input type="checkbox"/> 308 <input type="checkbox"/> 309 <input type="checkbox"/> 310 <input type="checkbox"/> 311 <input type="checkbox"/> 312 <input type="checkbox"/> 313 <input type="checkbox"/> 314 <input type="checkbox"/> 315 <input type="checkbox"/> 316 <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> 318 <input type="checkbox"/> 319 <input type="checkbox"/> 320 <input type="checkbox"/> 321 <input type="checkbox"/> 322 <input type="checkbox"/> 323 <input type="checkbox"/> 324 <input type="checkbox"/> 325 <input type="checkbox"/> 326 <input type="checkbox"/> 327 <input type="checkbox"/> 328 <input type="checkbox"/> 329 <input type="checkbox"/> 330 <input type="checkbox"/> 331 <input type="checkbox"/> 332 <input type="checkbox"/> 333 <input type="checkbox"/> 334 <input type="checkbox"/> 335 <input type="checkbox"/> 336 <input type="checkbox"/> 337 <input type="checkbox"/> 338 <input type="checkbox"/> 339 <input type="checkbox"/> 340 <input type="checkbox"/> 341 <input type="checkbox"/> 342 <input type="checkbox"/> 343 <input type="checkbox"/> 344 <input type="checkbox"/> 345 <input type="checkbox"/> 346 <input type="checkbox"/> 347 <input type="checkbox"/> 348 <input type="checkbox"/> 349 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 351 <input type="checkbox"/> 352 <input type="checkbox"/> 353 <input type="checkbox"/> 354 <input type="checkbox"/> 355 <input type="checkbox"/> 356 <input type="checkbox"/> 357 <input type="checkbox"/> 358 <input type="checkbox"/> 359 <input type="checkbox"/> 360 <input type="checkbox"/> 361 <input type="checkbox"/> 362 <input type="checkbox"/> 363 <input type="checkbox"/> 364 <input type="checkbox"/> 365 <input type="checkbox"/> 366 <input type="checkbox"/> 367 <input type="checkbox"/> 368 <input type="checkbox"/> 369 <input type="checkbox"/> 370 <input type="checkbox"/> 371 <input type="checkbox"/> 372 <input type="checkbox"/> 373 <input type="checkbox"/> 374 <input type="checkbox"/> 375 <input type="checkbox"/> 376 <input type="checkbox"/> 377 <input type="checkbox"/> 378 <input type="checkbox"/> 379 <input type="checkbox"/> 380 <input type="checkbox"/> 381 <input type="checkbox"/> 382 <input type="checkbox"/> 383 <input type="checkbox"/> 384 <input type="checkbox"/> 385 <input type="checkbox"/> 386 <input type="checkbox"/> 387 <input type="checkbox"/> 388 <input type="checkbox"/> 389 <input type="checkbox"/> 390 <input type="checkbox"/> 391 <input type="checkbox"/> 392 <input type="checkbox"/> 393 <input type="checkbox"/> 394 <input type="checkbox"/> 395 <input type="checkbox"/> 396 <input type="checkbox"/> 397 <input type="checkbox"/> 398 <input type="checkbox"/> 399 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 401 <input type="checkbox"/> 402 <input type="checkbox"/> 403 <input type="checkbox"/> 404 <input type="checkbox"/> 405 <input type="checkbox"/> 406 <input type="checkbox"/> 407 <input type="checkbox"/> 408 <input type="checkbox"/> 409 <input type="checkbox"/> 410 <input type="checkbox"/> 411 <input type="checkbox"/> 412 <input type="checkbox"/> 413 <input type="checkbox"/> 414 <input type="checkbox"/> 415 <input type="checkbox"/> 416 <input type="checkbox"/> 417 <input type="checkbox"/> 418 <input type="checkbox"/> 419 <input type="checkbox"/> 420 <input type="checkbox"/> 421 <input type="checkbox"/> 422 <input type="checkbox"/> 423 <input type="checkbox"/> 424 <input type="checkbox"/> 425 <input type="checkbox"/> 426 <input type="checkbox"/> 427 <input type="checkbox"/> 428 <input type="checkbox"/> 429 <input type="checkbox"/> 430 <input type="checkbox"/> 431 <input type="checkbox"/> 432 <input type="checkbox"/> 433 <input type="checkbox"/> 434 <input type="checkbox"/> 435 <input type="checkbox"/> 436 <input type="checkbox"/> 437 <input type="checkbox"/> 438 <input type="checkbox"/> 439 <input type="checkbox"/> 440 <input type="checkbox"/> 441 <input type="checkbox"/> 442 <input type="checkbox"/> 443 <input type="checkbox"/> 444 <input type="checkbox"/> 445 <input type="checkbox"/> 446 <input type="checkbox"/> 447 <input type="checkbox"/> 448 <input type="checkbox"/> 449 <input type="checkbox"/> 450 <input type="checkbox"/> 451 <input type="checkbox"/> 452 <input type="checkbox"/> 453 <input type="checkbox"/> 454 <input type="checkbox"/> 455 <input type="checkbox"/> 456 <input type="checkbox"/> 457 <input type="checkbox"/> 458 <input type="checkbox"/> 459 <input type="checkbox"/> 460 <input type="checkbox"/> 461 <input type="checkbox"/> 462 <input type="checkbox"/> 463 <input type="checkbox"/> 464 <input type="checkbox"/> 465 <input type="checkbox"/> 466 <input type="checkbox"/> 467 <input type="checkbox"/> 468 <input type="checkbox"/> 469 <input type="checkbox"/> 470 <input type="checkbox"/> 471 <input type="checkbox"/> 472 <input type="checkbox"/> 473 <input type="checkbox"/> 474 <input type="checkbox"/> 475 <input type="checkbox"/> 476 <input type="checkbox"/> 477 <input type="checkbox"/> 478 <input type="checkbox"/> 479 <input type="checkbox"/> 480 <input type="checkbox"/> 481 <input type="checkbox"/> 482 <input type="checkbox"/> 483 <input type="checkbox"/> 484 <input type="checkbox"/> 485 <input type="checkbox"/> 486 <input type="checkbox"/> 487 <input type="checkbox"/> 488 <input type="checkbox"/> 489 <input type="checkbox"/> 490 <input type="checkbox"/> 491 <input type="checkbox"/> 492 <input type="checkbox"/> 493 <input type="checkbox"/> 494 <input type="checkbox"/> 495 <input type="checkbox"/> 496 <input type="checkbox"/> 497 <input type="checkbox"/> 498 <input type="checkbox"/> 499 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 501 <input type="checkbox"/> 502 <input type="checkbox"/> 503 <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> 505 <input type="checkbox"/> 506 <input type="checkbox"/> 507 <input type="checkbox"/> 508 <input type="checkbox"/> 509 <input type="checkbox"/> 510 <input type="checkbox"/> 511 <input type="checkbox"/> 512 <input type="checkbox"/> 513 <input type="checkbox"/> 514 <input type="checkbox"/> 515 <input type="checkbox"/> 516 <input type="checkbox"/> 517 <input type="checkbox"/> 518 <input type="checkbox"/> 519 <input type="checkbox"/> 520 <input type="checkbox"/> 521 <input type="checkbox"/> 522 <input type="checkbox"/> 523 <input type="checkbox"/> 524 <input type="checkbox"/> 525 <input type="checkbox"/> 526 <input type="checkbox"/> 527 <input type="checkbox"/> 528 <input type="checkbox"/> 529 <input type="checkbox"/> 530 <input type="checkbox"/> 531 <input type="checkbox"/> 532 <input type="checkbox"/> 533 <input type="checkbox"/> 534 <input type="checkbox"/> 535 <input type="checkbox"/> 536 <input type="checkbox"/> 537 <input type="checkbox"/> 538 <input type="checkbox"/> 539 <input type="checkbox"/> 540 <input type="checkbox"/> 541 <input type="checkbox"/> 542 <input type="checkbox"/> 543 <input type="checkbox"/> 544 <input type="checkbox"/> 545 <input type="checkbox"/> 546 <input type="checkbox"/> 547 <input type="checkbox"/> 548 <input type="checkbox"/> 549 <input type="checkbox"/> 550 <input type="checkbox"/> 551 <input type="checkbox"/> 552 <input type="checkbox"/> 553 <input type="checkbox"/> 554 <input type="checkbox"/> 555 <input type="checkbox"/> 556 <input type="checkbox"/> 557 <input type="checkbox"/> 558 <input type="checkbox"/> 559 <input type="checkbox"/> 560 <input type="checkbox"/> 561 <input type="checkbox"/> 562 <input type="checkbox"/> 563 <input type="checkbox"/> 564 <input type="checkbox"/> 565 <input type="checkbox"/> 566 <input type="checkbox"/> 567 <input type="checkbox"/> 568 <input type="checkbox"/> 569 <input type="checkbox"/> 570 <input type="checkbox"/> 571 <input type="checkbox"/> 572 <input type="checkbox"/> 573 <input type="checkbox"/> 574 <input type="checkbox"/> 575 <input type="checkbox"/> 576 <input type="checkbox"/> 577 <input type="checkbox"/> 578 <input type="checkbox"/> 579 <input type="checkbox"/> 580 <input type="checkbox"/> 581 <input type="checkbox"/> 582 <input type="checkbox"/> 583 <input type="checkbox"/> 584 <input type="checkbox"/> 585 <input type="checkbox"/> 586 <input type="checkbox"/> 587 <input type="checkbox"/> 588 <input type="checkbox"/> 589 <input type="checkbox"/> 590 <input type="checkbox"/> 591 <input type="checkbox"/> 592 <input type="checkbox"/> 593 <input type="checkbox"/> 594 <input type="checkbox"/> 595 <input type="checkbox"/> 596 <input type="checkbox"/> 597 <input type="checkbox"/> 598 <input type="checkbox"/> 599 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 601 <input type="checkbox"/> 602 <input type="checkbox"/> 603 <input type="checkbox"/> 604 <input type="checkbox"/> 605 <input type="checkbox"/> 606 <input type="checkbox"/> 607 <input type="checkbox"/> 608 <input type="checkbox"/> 609 <input type="checkbox"/> 610 <input type="checkbox"/> 611 <input type="checkbox"/> 612 <input type="checkbox"/> 613 <input type="checkbox"/> 614 <input type="checkbox"/> 615 <input type="checkbox"/> 616 <input type="checkbox"/> 617 <input type="checkbox"/> 618 <input type="checkbox"/> 619 <input type="checkbox"/> 620 <input type="checkbox"/> 621 <input type="checkbox"/> 622 <input type="checkbox"/> 623 <input type="checkbox"/> 624 <input type="checkbox"/> 625 <input type="checkbox"/> 626 <input type="checkbox"/> 627 <input type="checkbox"/> 628 <input type="checkbox"/> 629 <input type="checkbox"/> 630 <input type="checkbox"/> 631 <input type="checkbox"/> 632 <input type="checkbox"/> 633 <input type="checkbox"/> 634 <input type="checkbox"/> 635 <input type="checkbox"/> 636 <input type="checkbox"/> 637 <input type="checkbox"/> 638 <input type="checkbox"/> 639 <input type="checkbox"/> 640 <input type="checkbox"/> 641 <input type="checkbox"/> 642 <input type="checkbox"/> 643 <input type="checkbox"/> 644 <input type="checkbox"/> 645 <input type="checkbox"/> 646 <input type="checkbox"/> 647 <input type="checkbox"/> 648 <input type="checkbox"/> 649 <input type="checkbox"/> 650 <input type="checkbox"/> 651 <input type="checkbox"/> 652 <input type="checkbox"/> 653 <input type="checkbox"/> 654 <input type="checkbox"/> 655 <input type="checkbox"/> 656 <input type="checkbox"/> 657 <input type="checkbox"/> 658 <input type="checkbox"/> 659 <input type="checkbox"/> 660 <input type="checkbox"/> 661 <input type="checkbox"/> 662 <input type="checkbox"/> 663 <input type="checkbox"/> 664 <input type="checkbox"/> 665 <input type="checkbox"/> 666 <input type="checkbox"/> 667 <input type="checkbox"/> 668 <input type="checkbox"/> 669 <input type="checkbox"/> 670 <input type="checkbox"/> 671 <input type="checkbox"/> 672 <input type="checkbox"/> 673 <input type="checkbox"/> 674 <input type="checkbox"/> 675 <input type="checkbox"/> 676 <input type="checkbox"/> 677 <input type="checkbox"/> 678 <input type="checkbox"/> 679 <input type="checkbox"/> 680 <input type="checkbox"/> 681 <input type="checkbox"/> 682 <input type="checkbox"/> 683 <input type="checkbox"/> 684 <input type="checkbox"/> 685 <input type="checkbox"/> 686 <input type="checkbox"/> 687 <input type="checkbox"/> 688 <input type="checkbox"/> 689 <input type="checkbox"/> 690 <input type="checkbox"/> 691 <input type="checkbox"/> 692 <input type="checkbox"/> 693 <input type="checkbox"/> 694 <input type="checkbox"/> 695 <input type="checkbox"/> 696 <input type="checkbox"/> 697 <input type="checkbox"/> 698 <input type="checkbox"/> 699 <input type="checkbox"/> 700 <input type="checkbox"/> 701 <input type="checkbox"/> 702 <input type="checkbox"/> 703 <input type="checkbox"/> 704 <input type="checkbox"/> 705 <input type="checkbox"/> 706 <input type="checkbox"/> 707 <input type="checkbox"/> 708 <input type="checkbox"/> 709 <input type="checkbox"/> 710 <input type="checkbox"/> 711 <input type="checkbox"/> 712 <input type="checkbox"/> 713 <input type="checkbox"/> 714 <input type="checkbox"/> 715 <input type="checkbox"/> 716 <input type="checkbox"/> 717 <input type="checkbox"/> 718 <input type="checkbox"/> 719 <input type="checkbox"/> 720 <input type="checkbox"/> 721 <input type="checkbox"/> 722 <input type="checkbox"/> 723 <input type="checkbox"/> 724 <input type="checkbox"/> 725 <input type="checkbox"/> 726 <input type="checkbox"/> 727 <input type="checkbox"/> 728 <input type="checkbox"/> 729 <input type="checkbox"/> 730 <input type="checkbox"/> 731 <input type="checkbox"/> 732 <input type="checkbox"/> 733 <input type="checkbox"/> 734 <input type="checkbox"/> 735 <input type="checkbox"/> 736 <input type="checkbox"/> 737 <input type="checkbox"/> 738 <input type="checkbox"/> 739 <input type="checkbox"/> 740 <input type="checkbox"/> 741 <input type="checkbox"/> 742 <input type="checkbox"/> 743 <input type="checkbox"/> 744 <input type="checkbox"/> 745 <input type="checkbox"/> 746 <input type="checkbox"/> 747 <input type="checkbox"/> 748 <input type="checkbox"/> 749 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 751 <input type="checkbox"/> 752 <input type="checkbox"/> 753 <input type="checkbox"/> 754 <input type="checkbox"/> 755 <input type="checkbox"/> 756 <input type="checkbox"/> 757 <input type="checkbox"/> 758 <input type="checkbox"/> 759 <input type="checkbox"/> 760 <input type="checkbox"/> 761 <input type="checkbox"/> 762 <input type="checkbox"/> 763 <input type="checkbox"/> 764 <input type="checkbox"/> 765 <input type="checkbox"/> 766 <input type="checkbox"/> 767 <input type="checkbox"/> 768 <input type="checkbox"/> 769 <input type="checkbox"/> 770 <input type="checkbox"/> 771 <input type="checkbox"/> 772 <input type="checkbox"/> 773 <input type="checkbox"/> 774 <input type="checkbox"/> 775 <input type="checkbox"/> 776 <input type="checkbox"/> 777 <input type="checkbox"/> 778 <input type="checkbox"/> 779 <input type="checkbox"/> 780 <input type="checkbox"/> 781 <input type="checkbox"/> 782 <input type="checkbox"/> 783 <input type="checkbox"/> 784 <input type="checkbox"/> 785 <input type="checkbox"/> 786 <input type="checkbox"/> 787 <input type="checkbox"/> 788 <input type="checkbox"/> 789 <input type="checkbox"/> 790 <input type="checkbox"/> 791 <input type="checkbox"/> 792 <input type="checkbox"/> 793 <input type="checkbox"/> 794 <input type="checkbox"/> 795 <input type="checkbox"/> 796 <input type="checkbox"/> 797 <input type="checkbox"/> 798 <input type="checkbox"/> 799 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 801 <input type="checkbox"/> 802 <input type="checkbox"/> 803 <input type="checkbox"/> 804 <input type="checkbox"/> 805 <input type="checkbox"/> 806 <input type="checkbox"/> 807 <input type="checkbox"/> 808 <input type="checkbox"/> 809 <input type="checkbox"/> 810 <input type="checkbox"/> 811 <input type="checkbox"/> 812 <input type="checkbox"/> 813 <input type="checkbox"/> 814 <input type="checkbox"/> 815 <input type="checkbox"/> 816 <input type="checkbox"/> 817 <input type="checkbox"/> 818 <input type="checkbox"/> 819 <input type="checkbox"/> 820 <input type="checkbox"/> 821 <input type="checkbox"/> 822 <input type="checkbox"/> 823 <input type="checkbox"/> 824 <input type="checkbox"/> 825 <input type="checkbox"/> 826 <input type="checkbox"/> 827 <input type="checkbox"/> 828 <input type="checkbox"/> 829 <input type="checkbox"/> 830 <input type="checkbox"/> 831 <input type="checkbox"/> 832 <input type="checkbox"/> 833 <input type="checkbox"/> 834 <input type="checkbox"/> 835 <input type="checkbox"/> 836 <input type="checkbox"/> 837 <input type="checkbox"/> 838 <input type="checkbox"/> 839 <input type="checkbox"/> 840 <input type="checkbox"/> 841 <input type="checkbox"/> 842 <input type="checkbox"/> 843 <input type="checkbox"/> 844 <input type="checkbox"/> 845 <input type="checkbox"/> 846 <input type="checkbox"/> 847 <input type="checkbox"/> 848 <input type="checkbox"/> 849 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 851 <input type="checkbox"/> 852 <input type="checkbox"/> 853 <input type="checkbox"/> 854 <input type="checkbox"/> 855 <input type="checkbox"/> 856 <input type="checkbox"/> 857 <input type="checkbox"/> 858 <input type="checkbox"/> 859 <input type="checkbox"/> 860 <input type="checkbox"/> 861 <input type="checkbox"/> 862 <input type="checkbox"/> 863 <input type="checkbox"/> 864 <input type="checkbox"/> 865 <input type="checkbox"/> 866 <input type="checkbox"/> 867 <input type="checkbox"/> 868 <input type="checkbox"/> 869 <input type="checkbox"/> 870 <input type="checkbox"/> 871 <input type="checkbox"/> 872 <input type="checkbox"/> 873 <input type="checkbox"/> 874 <input type="checkbox"/> 875 <input type="checkbox"/> 876 <input type="checkbox"/> 877 <input type="checkbox"/> 878 <input type="checkbox"/> 879 <input type="checkbox"/> 880 <input type="checkbox"/> 881 <input type="checkbox"/> 882 <input type="checkbox"/> 883 <input type="checkbox"/> 884 <input type="checkbox"/> 885 <input type="checkbox"/> 886 <input type="checkbox"/> 887 <input type="checkbox"/> 888 <input type="checkbox"/> 889 <input type="checkbox"/> 890 <input type="checkbox"/> 891 <input type="checkbox"/> 892 <input type="checkbox"/> 893 <input type="checkbox"/> 894 <input type="checkbox"/> 895 <input type="checkbox"/> 896 <input type="checkbox"/> 897 <input type="checkbox"/> 898 <input type="checkbox"/> 899 <input type="checkbox"/> 900 <input type="checkbox"/> 901 <input type="checkbox"/> 902 <input type="checkbox"/> 903 <input type="checkbox"/> 904 <input type="checkbox"/> 905 <input type="checkbox"/> 906 <input type="checkbox"/> 907 <input type="checkbox"/> 908 <input type="checkbox"/> 909 <input type="checkbox"/> 910 <input type="checkbox"/> 911 <input type="checkbox"/> 912 <input type="checkbox"/> 913 <input type="checkbox"/> 914 <input type="checkbox"/> 915 <input type="checkbox"/> 916 <input type="checkbox"/> 917 <input type="checkbox"/> 918 <input type="checkbox"/> 919 <input type="checkbox"/> 920 <input type="checkbox"/> 921 <input type="checkbox"/> 922 <input type="checkbox"/> 923 <input type="checkbox"/> 924 <input type="checkbox"/> 925 <input type="checkbox"/> 926 <input type="checkbox"/> 927 <input type="checkbox"/> 928 <input type="checkbox"/> 929 <input type="checkbox"/> 930 <input type="checkbox"/> 931 <input type="checkbox"/> 932 <input type="checkbox"/> 933 <input type="checkbox"/> 934 <input type="checkbox"/> 935 <input type="checkbox"/> 936 <input type="checkbox"/> 937 <input type="checkbox"/> 938 <input type="checkbox"/> 939 <input type="checkbox"/> 940 <input type="checkbox"/> 941 <input type="checkbox"/> 942 <input type="checkbox"/> 943 <input type="checkbox"/> 944 <input type="checkbox"/> 945 <input type="checkbox"/> 946 <input type="checkbox"/> 947 <input type="checkbox"/> 948 <input type="checkbox"/> 949 <input type="checkbox"/> 950 <input type="checkbox"/> 951 <input type="checkbox"/> 952 <input type="checkbox"/> 953 <input type="checkbox"/> 954 <input type="checkbox"/> 955 <input type="checkbox"/> 956 <input type="checkbox"/> 957 <input type="checkbox"/> 958 <input type="checkbox"/> 959 <input type="checkbox"/> 960 <input type="checkbox"/> 961 <input type="checkbox"/> 962 <input type="checkbox"/> 963 <input type="checkbox"/> 964 <input type="checkbox"/> 965 <input type="checkbox"/> 966 <input type="checkbox"/> 967 <input type="checkbox"/> 968 <input type="checkbox"/> 969 <input type="checkbox"/> 970 <input type="checkbox"/> 971 <input type="checkbox"/> 972 <input type="checkbox"/> 973 <input type="checkbox"/> 974 <input type="checkbox"/> 975 <input type="checkbox"/> 976 <input type="checkbox"/> 977 <input type="checkbox"/> 978 <input type="checkbox"/> 979 <input type="checkbox"/> 980 <input type="checkbox"/> 981 <input type="checkbox"/> 982 <input type="checkbox"/> 983 <input type="checkbox"/> 984 <input type="checkbox"/> 985 <input type="checkbox"/> 986 <input type="checkbox"/> 987 <input type="checkbox"/> 988 <input type="checkbox"/> 989 <input type="checkbox"/> 990 <input type="checkbox"/> 991 <input type="checkbox"/> 992 <input type="checkbox"/> 993 <input type="checkbox"/> 994 <input type="checkbox"/> 995 <input type="checkbox"/> 996 <input type="checkbox"/> 997 <input type="checkbox"/> 998 <input type="checkbox"/> 999 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>		

Hospital Samaritano João Pessoa
Av. Avenida Santa Julia, 35 Torre – 50000 Pernambuco – CEP 50000-000

Num. 28352784 - Pág. 3

Hospital Santa Rita	FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO
FICHA DE EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CMC F-NG-CMC.008-1	

APÊNDICE:
MMSS: () Edema () Ferida Operatória () /brasões () Fratura Exposta () Fratura N Exposta () Amputação () D () E
MINIT: () Edema () Ferida Operatória () Adrações () Fratura Exposta () Fratura N Exposta () Amputação () D () E
Pele: () Seca () Desidratada () Ictínea () Anictínea () Desidratada () Sudoreica () Fria () Fria

ESCALA DE BRADEN					
		PONTUAÇÃO			
		2	3	4	5
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente limitado	Muito limitado	Ligeiramente limitado	Nenhum limitado	
UMIDADE	Completamente molhado	Muito molhado	Consideravelmente molhado	Raramente molhado	
ATIVIDADE	Aramado	Confundido a ceder	Anda com dificuldade	Anda frequentemente	
MOBILIDADE	Totalmente	Bastante limitado	Ligeiramente limitado	Não apresenta limitações	
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Boa	Excelente	
FRICÇÃO E CIRCULOAMENTO	Problema	Problema potencial	Nenhum problema		
TOTAL	Muito brando 15 a 16	Risco moderado 12 a 14	Risco severo 8 a 11		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA CRÔNICA	
Adaptação prejudicada relacionado a fatores ambientais.	Diarreia relacionada ao Processo Inflamatório
Ansiade relacionado a ansiedade de morte.	Incontinência urinária relacionada a fatores mentais.
Baixa auto-estima situacional relacionada a Imagem Corporal perturbada.	Incontinência intestinal relacionado a Diátese crônica.
Comunicação Verbal prejudicada relacionada a Barreiras ambientais.	Incontinência intestinal relacionada a Diátese.
Confusão aguda relacionado a mais de 60 anos de idade.	Integridade do jejo prejudicada relacionada a constipação avançada.
Confusão aguda relacionado ao abuso de álcool.	Náusea relacionado a irritação do sistema digestivo.
Difícil no auto cuidado para alimentação relacionado prejuízo neuromuscular.	Padrão de sono perturbado influenciado a rotina condicionada mal-adaptada.
Defeito no auto cuidado para banho / higiene relacionado frequente e carente.	Padrão Respiratório infeliz relacionado a fadiga da respirabilidade respiratória.
Defeito Cardíaco diminuído relacionado ao Edema.	Padrão Respiratório infeliz relacionado a fadiga.
Débito Cardíaco diminuído relacionado a Fatores periphericos diminuidos.	Padrão Respiratório infeliz relacionado a fadiga.
Desglutição prejudicada relacionada a Distúrbios respiratórios.	Risco para Aspiração relacionado a risco de obstrução tracheal.
Desglutição prejudicada relacionada a Traumas internos ou externos.	Risco para Aspiração relacionado a risco de obstrução tracheal.
Desglutição prejudicada relacionada a Lesão Traumática da Cabeça.	Risco para Aspiração relacionado a risco de obstrução tracheal.
Desglutição prejudicada relacionada a Anormalidades da conduta oral ou da orofaringe.	Risco para aspiração relacionada a Lesões dentais autênticas.
Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados as secreções rebeldas.	Risco para aspiração relacionado a Lesões dentais autênticas.
Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados ao Muco excessivo.	Risco para infecção relacionado a risco de obstrução tracheal.
Desobstrução ineficaz de Vias Aéreas relacionados a D. Doença pulmonar crônica crônica.	Risco para infecção relacionado a risco de obstrução tracheal.
Diarréa relacionado a alimentação por sonda.	Raciocínio crônico / Estimulação relacionada a causa de dor / desconforto.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA CRÔNICA	
INTERVENÇÕES	APROVAÇÃO
Lavar as mãos antes e após manipular com o paciente e/ou com seus pertences.	ATENÇÃO
Fazer uso constante de EPI.	ATENÇÃO
Manter leito limpo e organizado.	ATENÇÃO
Objetivar nível de conscientização.	M-T-N
Verificar SSVN 0,6g e O/H.	ROTINA
Reassessar Higiene corporal. Encaminhar 1x/dia o GIN.	ROTINA

Evolução ORL:
 Paciente evoluí em EGR, conservando orientado, eupneico, esforço no momento, acidente bem dito, dito zero. MSB imobilizado mega 6,5 e pru. OSE encamado ao bloco cirúrgico 10.15 retorno ao bloco cirúrgico 16.40 sem dor de alto ginecológico, retirado AVP em MSB.

Gabriela Andrade de SIlva

Enfermeira
COREN/PR 469.233
ZG: EVOLUÇÃO MÓTUM/PR

enf./coren

Hospital Samaritano João Pessoa
Av. Avenida Santa Cilia, 35 Torre - João Pessoa - PB CEP: 58010-080
Fone: (83) 3211-2100

F.MG.CMC.008



Hospital Samaritano

FORMULÁRIO NÃO GRÁFICO

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

NAME: Suel Barreto da Silva IDADE: 51
APT: 70 CONVÊNIO: Sanea DATA: 22/03/2013
SEXO: M () F ()

BALANÇO HIDRICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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 PERIFÉRICO		TROCA DE COLETO ABERTO	
ASPIRAÇÃO DE VIAS AERÉAS		TROCA DE EQUIPO MACRO	
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		TROCA DE EQUIPO MICRO	
CATETERISMO VESICAL DE DÉMORA		TROCA DE CONEXÕES	
CATETERISMO NASOGÁSTRICO		TROCA DE CATETER DE OZ	
CATETERISMO NASOENTERICO		TROCA DE COLETOR ABERTO	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - DIURNO

Hospital Samaritano João Basso

Hospital Samaritano João Pessoa COREN-PB 303.020
Av. Avenida Santa Julia, 35 Torre – João Pessoa/PB – CEP: 58010-450 F.NG.CMC.007-2





DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o Sr **OZIEL BARBOSA DA SILVA** esteve internado nesse hospital para tratamento clínico 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



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390384200000027342225>
Número do documento: 20021715390384200000027342225

Num. 28352784 - Pág. 6

Prontuário: 337412 Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA



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: JOAO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3015-2029

PRONTUARIO 337412

VALOR PESSOAS

Prontuário 337412

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. Municipio: 250750 Fone: 988763461
Médico: JÁNIO DANTAS GUALBERTO Convenio: SMILE SAUDE

Observações:

Consulta: 050192200 Tipo Atend: PRIMEIRA Indicação:
Plano Venc: 10/03/2018

RESUMO ATENDIMENTO

HISTÓRIA DO CASO

Tratava-se de um paciente D ferido no dedo

EXAME OBJETIVO

Dorsalgia com náuseas e cefaleia M(1)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

fx 4º MCD com náuseas

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

TRATAMENTO REALIZADO

Gesso + fx met D + lab luxo + retomar m. p. b.
golpeado

Pai: Jânio Dantas Gualberto
Av. Getúlio Vargas, 225 - Centro - João Pessoa - PB - CEP: 58013-240

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



Prontuário: 337412 Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA

Prontuário: 337412 Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA

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

Oziel Barbosa da Silva

DR. BRUNO 14/03/2018

Assunto:

Transf.

Bruno Montenegro
Oficina Transf.
DR. BRUNO

DR. BRUNO DR. Bruno Seg

11 de 2018

transf. de 4º para 3º

DR. Bruno

DR. Bruno

Assunto:

Faz encaminhamento ao

Dr. Bruno. (Dr. Antônio).

Bruno Montenegro
Oficina Transf.
DR. BRUNO





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

Prontuário: 337412

FICHA DO PACIENTE

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 Pat:
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. MONTENEGRÔVENIO: SMILE SAUDE
Observações:
Carteira: 056192200 Tipo Atend: PRIMEIRA Indicação: HAVYLLA 14/03/2018
Plano: Venc: 31/12/2020

Recep: TEREZA

HISTÓRIA DO CASO

EXAME OBJETIVO

Fratura tib 4º metatarso

(30 Mar em 21/04/18)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Mai (1)

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

TRATAMENTO REALIZADO:

rx n. n.

BRUNO H.
Ortopedista
SMB



30104118 2º Boloim Seg.

- 38 dias e encerrado.

Receio Mato. (D)

Orcamento.

Brinco com o D

Chapéu de vime

flw



Prontuário: 337412 Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA



CLINOR-Clin. de Ortop.Traumat. e Reabilitação Ltda
C.N.P.J.: 08323040/0001-86

End.: Av. General Edson Ramalho, 479 - Bairro: Manaira - 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	Avenio: SMILE SAUDE	
Observações:		
Carteira: 056192200	Tipo Atend.: PRIMEIRA Indicação: HAVYLLA 14/03/2018	
Plano:	Venc: 31/12/2020	

HISTÓRIA DO CASO:

Levanté em xii - 93
de férias

EXAME OBJETIVO

4. Hemorrágia.

Tenotomia
ofrato com o reab

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

em fáscia

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

TRATAMENTO REALIZADO:

Ex-lc. lnt. (7)

Bruno Montenegro
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 8117
[Signature]



- Dr. André Luis L. G. de Siqueira
- Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- Dr. Arão Santos de Alencar
- Dr. Felipe Tavares Sena
- Dr. Francisco Karmen X. Pedrosa
- Dr. Milton da Silva Limbarca
- Dr. Renato Soárez de Castro
- Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- Dr. Rômulo Soárez de Castro
- Dr. Rosana Carvalho Almeida
- Dr. Tulio Augusto de M. Tomé
- Dr. Vladimir Antônio Coimbra



30.04.18

Daniel Barbosa da Silva

Tete c/sequela de Fratura
Metacarpiano Mão direita, no qual foi
Operado com fixação de Placa
e Tacos e poliprotacção da lesão.
há + 4 meses depois queda de Moto.

CID: S62.3

Dr. Antônio Almeida de Lacerda
033.005073 / CRM-PB 5078
Cpf: 306.168.184-59

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

Av. Epitácio Pessoa, 4491
Pedro Gondim - João Pessoa - PB
Fones: (83) 3508.5001, 3508.5002
3244.1452

Raio X *
Artroscopia *
Clínica de Fraturas *





Nome: OZIEL BARBOSA DA SILVA
Registro: 337412
CLINOR - Clínica de Ortop. Traumat e Reabilitacao - 30 Anos

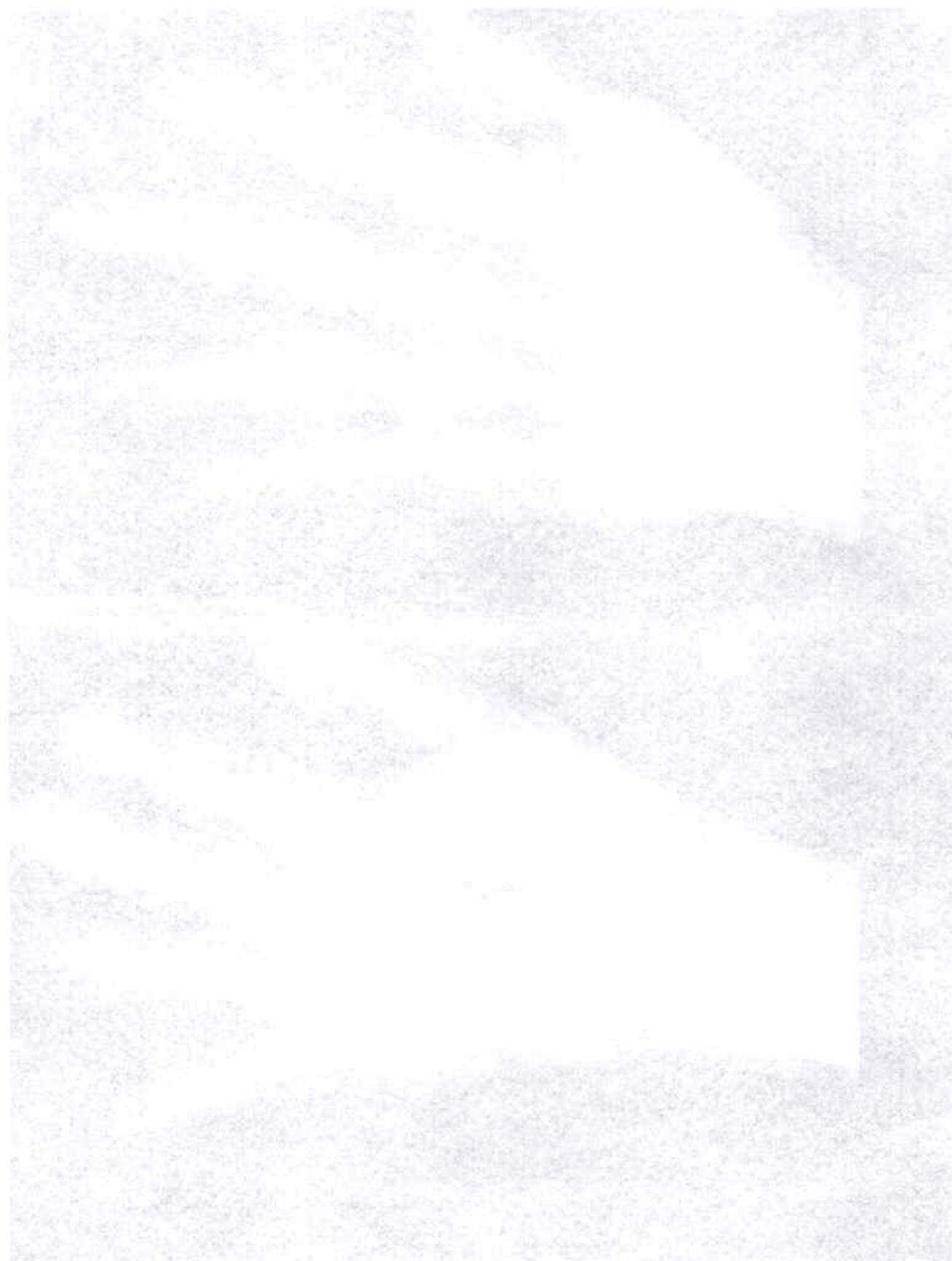
Nusc: 14011167

DataExame: 10/03/2018 10:48:29



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390384200000027342225>
Número do documento: 20021715390384200000027342225

Num. 28352784 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390384200000027342225>
Número do documento: 20021715390384200000027342225

Num. 28352784 - Pág. 14



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 e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

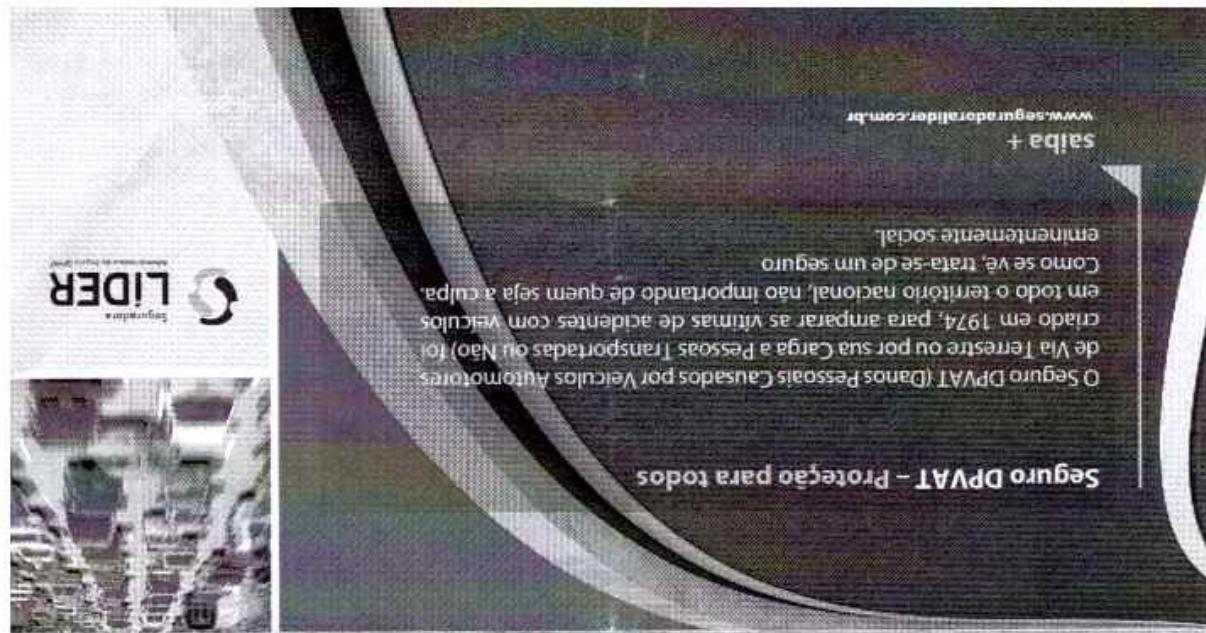
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 17/02/2020 15:39:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021715390439700000027342226>
Número do documento: 20021715390439700000027342226

Num. 28352785 - Pág. 1



DEVOLUGA		Seguradora Lider - DPVAT		CAIXA POSTAL 40.970		www.seguradoralider.com.br	
Responsável pela Informação		Para uso dos correios		CEP: 20.270-971		CEP: 20.270-971	
Mandou-se		Mandou-se		Recomendo		Recomendo	
Descreva		Descreva		Nome e número do Intendente		Nome e número do Intendente	
Especificamente		Especificamente		Assinante		Assinante	
				Nome		Nome	
				Data		Data	
				Portaria		Portaria	
				Intendente		Intendente	

SAC DPVAT 0800 0221204
Entre em contato conosco!
www.seguradoralider.com.br
00 AGO 2019



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

