

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

Rosimara L. de Jesus

portador(a) da Identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às 18 h 19 portador(a) da patologia CID-10

S82.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (150) dias, a
partir desta data.

Patos 28/02/20

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e CRM-PB 7417
(Carimbo Oficial Médico)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

autorizo o(a) Dr.(a) _____,

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Herculano Nóbrega, s/n - Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone 83 3423.2741



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

Rosimara L. de Jesus

portador(a) da Identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às 18 h 19 portador(a) da patologia CID-10

S82.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (150) dias, a
partir desta data.

Patos 28/02/20

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e cargo (do(a) Médico(a))
CRM-PB 7417

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

autorizo o(a) Dr.(a) _____,

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Herculano Nóbrega, s/n - Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone 83 3423.2741





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 026352.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 026352.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 01:09 min do dia 28/05/2020, na Delegacia Online, **ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO**, nacionalidade Brasileiro(a), nascido(a) em 23/11/1973, idade 46, filho(a) de MARIA JOSE DE ARAUJO, CPF 105.891.404-93, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Paulo Licarião, complemento - lado par, bairro Monte Castelo, na cidade de Patos/PB. CEP: 58707110, telefone(s) 83998802050, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 28/02/2020 17:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**, Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA JOAQUIM AMARO, MONTE CASTELO, Patos/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o notificante, na data 28.02.2020, por volta das 17:00 horas, conduzia o veículo de marca modelo Honda/Nxr 150 bros, ano 2012, placa OFH 3444/PB, cor preta, CHASSI 9C2KD0550CR603616, RENAVAM 00498932435, licenciado no nome de Rafael Elizeu da Silva, na Rua Joaquim Amaro, Bairro monte Castelo, quando se chocou com outro veículo automotor moto, do qual, lhe ocasionou fratura exposta e outros ferimentos, que foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduby Carneiro (Hospital Regional de Patos), onde foi submetido a cirurgia.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

B52FD52176B8ACAE3D47265CB8D88113

Código de Controle

ATENÇÃO: Este Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (08-18). E-mail: delegaciaonline@odp.pb.gov.br



Nº 026352.01.2020.0.00.704 1/1





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 026352.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 026352.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 01:09 min do dia 28/05/2020, na Delegacia Online, **ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO**, nacionalidade Brasileiro(a), nascido(a) em 23/11/1973, idade 46, filho(a) de MARIA JOSE DE ARAUJO, CPF 105.891.404-93, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Paulo Licarião, complemento - lado par, bairro Monte Castelo, na cidade de Patos/PB. CEP: 58707110, telefone(s) 83998802050, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 28/02/2020 17:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**, Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA JOAQUIM AMARO, MONTE CASTELO, Patos/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o notificante, na data 28.02.2020, por volta das 17:00 horas, conduzia o veículo de marca modelo Honda/Nxr 150 bros, ano 2012, placa OFH 3444/PB, cor preta, CHASSI 9C2KD0550CR603616, RENAVAM 00498932435, licenciado no nome de Rafael Elizeu da Silva, na Rua Joaquim Amaro, Bairro monte Castelo, quando se chocou com outro veículo automotor moto, do qual, lhe ocasionou fratura exposta e outros ferimentos, que foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduby Carneiro (Hospital Regional de Patos), onde foi submetido a cirurgia.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

B52FD52176B8ACAE3D47265CB8D88113

Código de Controle

ATENÇÃO: Este Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel: (83) 3612-8612 (08-18). E-mail: delegaciaonline@odp.pb.gov.br



Nº 026352.01.2020.0.00.704 1/1





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

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

29016436

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RECEBEMOS

JAN 2018

MARIA APARECIDA B DE LIMA
RUA FRANCISCO PAULO LICARIAO, S/N - 00000 - MONTE
CASTELO PATOS PB 58707-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
075.010.230.0022.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N521426	06/01/2016	INTERNO - LIGADO	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
359	380	21	32	16/02/2018

HIST. DE CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. DA ÁGUA-DECRETO	01-01-2018
DEZ/2017	18	0	PARAMETROS EXIG. ANAL.
NOV/2017	17	0	TURBIDEZ 45 84
OUT/2017	19	0	CLORO 91 97
SET/2017	18	0	COL. TERMOT 0 0
AGO/2017	16	0	COR 45 84
JUL/2017	19	0	COL. TOTAIS 91 97
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: NOV/2017

DATA DA IMPRESSÃO: 17/01/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:58:43

DESCRICAO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL (M3)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 36,84 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,27 POR M3

10 M3	36,84
10 M3	38,00
1 M3	5,64

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 29,47 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,80 POR M3
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,64 POR M3

10 M3	29,47
10 M3	38,00
1 M3	5,64

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,14 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

29/01/2018

Total a Pagar:

R\$ 163,72



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

TIPO DE TARIFA: 1

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 11/12/2017 REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO
E AGORA O ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA
DÚVIDAS, POR FAVOR, CONTATE-NOS.





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

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

29016436

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RECEBEMOS

JAN 2018

MARIA APARECIDA B DE LIMA
RUA FRANCISCO PAULO LICARIAO, S/N - 00000 - MONTE
CASTELO PATOS PB 58707-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
075.010.230.0022.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N521426	06/01/2016	INTERNO - LIGADO	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
359 | 380 | 21 | 32 | 16/02/2018

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO Nº 014/2017

DEZ/2017	18	0	PARAMETROS EXIG.	ANAL.	
NOV/2017	17	0	TURBIDEZ	45	84
OUT/2017	19	0	CLORO	91	97
SET/2017	18	0	COL. TERMOT	0	0
AGO/2017	16	0	COR	45	84
JUL/2017	19	0	COL. TOTAIS	91	97
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: NOV/2017		

DATA DA IMPRESSÃO: 17/01/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:58:43

DESCRICAÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL (M3)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 36,84 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,27 POR M3

10 M3 36,84
10 M3 47,50
1 M3 6,27

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 29,47 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,60 POR M3
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,64 POR M3

10 M3 29,47
10 M3 38,00
1 M3 5,64

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,14 PIS E CONFINS. LEI 12.741/13

VENCIMENTO:

29/01/2018

Total a Pagar:

R\$ 163,72



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

TIPO DE TARIFA: 1

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 11/12/2017 REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO
E AGORA O ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA

YOUNG & RUBICAM

DA, DE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Resposta para tipo de cobertura:



DAMI (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do documento do INSS:

3 - CPF do segurado:

105.891.404-93

4 - Nome completo da vítima:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

MINISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2013

5 - Nome completo:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

6 - CPF:

105.891.404-93

7 - Profissão:

ANTÔNIO

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO PAULA LACLAU

9 - Número:

SN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

PATOS/PB

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.707-710

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Conta para os bancos abertos. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (344)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Conta de banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (4982)

CONTA: (00020506)

(3)

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



Declaro, sob as penas da Lei, que não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às instâncias da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.134/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ONICIS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(o), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informe o nome:

30 - Vítima deixou parentes (além de parentes)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informe o nome:

33 - Vítima deixou parentes (além de parentes)?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e pagarem em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a rgo):

35 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a rgo):

013 733 724 86

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: João Evangelista dos Santos

39 - 2ª Nome: Maria Zilda Rosa Ferreira

40 - Local e Data: PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura do representante legal (se houver):

42 - Assinatura do representante legal (se houver):

43 - Assinatura do representante legal (se houver):

44 - Assinatura do representante legal (se houver):

45 - Assinatura do representante legal (se houver):

46 - Assinatura do representante legal (se houver):

47 - Assinatura do representante legal (se houver):

48 - Assinatura do representante legal (se houver):

49 - Assinatura do representante legal (se houver):

50 - Assinatura do representante legal (se houver):

51 - Assinatura do representante legal (se houver):

52 - Assinatura do representante legal (se houver):

53 - Assinatura do representante legal (se houver):

54 - Assinatura do representante legal (se houver):

55 - Assinatura do representante legal (se houver):

56 - Assinatura do representante legal (se houver):

57 - Assinatura do representante legal (se houver):

58 - Assinatura do representante legal (se houver):

59 - Assinatura do representante legal (se houver):

60 - Assinatura do representante legal (se houver):

FPS 001 4002/2019

Scanned with CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Resposta para tipo de cobertura:



DAMI (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do documento do INSS:

3 - CPF do segurado:

105.891.404-93

4 - Nome completo da vítima:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

MINISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2013

5 - Nome completo:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

6 - CPF:

105.891.404-93

7 - Profissão:

ANTÔNIO

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO PAULO LACLAU

9 - Número:

SN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

PATOS/PB

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.707-710

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Conta para os bancos abertos. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Conta de banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4982

CONTA: 00020506

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



Declaro, sob as penas da Lei, que não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às instâncias da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.134/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ONICIS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(o), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informe quantos (até cinco):

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou parentes próximos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informe quantos (até cinco):

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e pagarem em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

013 733 724 86

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

105.891.404-93

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: João Evangelista dos Santos

CPF: 028.925.724-18

39 - 2ª Nome: Maria Zilda Rosa Ferreira

CPF: 930.387.724-72

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS 001 4002/2019

Scanned with CamScanner



LIVRO.: 0108

FOLHA: 144



PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 09 (nove) dias do mês de abril do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **ALDO XAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL**, situado na Rua Pres. Epitácio Pessoa, 214 - Centro - Patos - PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **IONEIDE XAVIER CESAR – Titular**, compareceu como **OUTORGANTE** o Sr. **ROSINALDO TAVARES DE FRANCA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do Documento de Identidade RG nº 4153900-SSDS/PB., inscrito no CPF/MF nº 105.891.404-93, residente e domiciliado na Rua Francisco Paulo Nicarião, s/nº, bairro Monte Castelo, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba; identificado como o próprio por mim Notária, à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele me foi dito que constituía e nomeava seus bastante procuradores: o Bel. **WALDEY LEITE LEANDRO**, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 13.958, inscrito no CPF/MF sob nº 059.007.684-14, o Bel. **YURE PEREIRA GOMES**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 20.152, inscrito no CPF/MF sob nº 086.417.024-66, a Bel. **FERNANDA DE LUCENA SANTOS**, brasileira, casada, advogada, portadora da OAB/PB sob Nº 24.547, inscrita no CPF/MF sob nº 082.429.484-02, e o Bel. **EDMAR DE ARAUJO FERREIRA**, brasileiro, divorciado, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 23270, inscrito no CPF/MF sob nº 051.599.934-28, todos com escritório profissional na Rua Jarbas Moura, Nº 46, Bairro Belo Horizonte, nesta cidade de Patos Estado da Paraíba; a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a **Cláusula Ad Judicia Et Extra**, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando os mandatários autorizados a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-a, podendo os ditos procuradores praticarem todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (**NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DOS OUTORGANTES**) agindo separado ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-la e defendê-la perante **QUALQUER ÓRGÃO DO PODER JUDICIÁRIO**, na ação **PREVIDENCIÁRIA** competente, movida em favor do outorgante. **FEITA SOB MINUTA**. Os elementos relativos à qualificação e identificação dos procuradores, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que por eles se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,14, FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 1,90, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 0,47, sendo os Emolumentos R\$ 9,48,. Selo Digital: **AGS51797-2MLE**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando a Sra. **LUBIA CRISTINA COSTA FRAGA**, brasileira, solteira, do lar, portadora do Documento de Identidade RG nº 2985077-SSDS/PB.(2ª via), inscrita no CPF/MF sob nº 013.733.724-86, residente e domiciliada na Rua Francisco Paulo Nicarião, s/nº, bairro Monte Castelo, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba, devidamente identificada conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo



LIVRO.: 0108

FOLHA: 144



PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 09 (nove) dias do mês de abril do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **ALDO XAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL**, situado na Rua Pres. Epitácio Pessoa, 214 - Centro - Patos - PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **IONEIDE XAVIER CESAR – Titular**, compareceu como **OUTORGANTE** o Sr. **ROSINALDO TAVARES DE FRANCA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do Documento de Identidade RG nº 4153900-SSDS/PB., inscrito no CPF/MF nº 105.891.404-93, residente e domiciliado na Rua Francisco Paulo Nicarião, s/nº, bairro Monte Castelo, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba; identificado como o próprio por mim Notária, à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele me foi dito que constituía e nomeava seus bastante procuradores: o Bel. **WALDEY LEITE LEANDRO**, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 13.958, inscrito no CPF/MF sob nº 059.007.684-14, o Bel. **YURE PEREIRA GOMES**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 20.152, inscrito no CPF/MF sob nº 086.417.024-66, a Bel. **FERNANDA DE LUCENA SANTOS**, brasileira, casada, advogada, portadora da OAB/PB sob Nº 24.547, inscrita no CPF/MF sob nº 082.429.484-02, e o Bel. **EDMAR DE ARAUJO FERREIRA**, brasileiro, divorciado, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 23270, inscrito no CPF/MF sob nº 051.599.934-28, todos com escritório profissional na Rua Jarbas Moura, Nº 46, Bairro Belo Horizonte, nesta cidade de Patos Estado da Paraíba; a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a **Cláusula Ad Judicia Et Extra**, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando os mandatários autorizados a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-a, podendo os ditos procuradores praticarem todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (**NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DOS OUTORGANTES**) agindo separado ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-la e defendê-la perante **QUALQUER ÓRGÃO DO PODER JUDICIÁRIO**, na ação **PREVIDENCIÁRIA** competente, movida em favor do outorgante. **FEITA SOB MINUTA**. Os elementos relativos à qualificação e identificação dos procuradores, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que por eles se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,14, FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 1,90, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 0,47, sendo os Emolumentos R\$ 9,48,. Selo Digital: **AGS51797-2MLE**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando a Sra. **LUBIA CRISTINA COSTA FRAGA**, brasileira, solteira, do lar, portadora do Documento de Identidade RG nº 2985077-SSDS/PB.(2ª via), inscrita no CPF/MF sob nº 013.733.724-86, residente e domiciliada na Rua Francisco Paulo Nicarião, s/nº, bairro Monte Castelo, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba, devidamente identificada conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	97825	HORA	18:19	PRONTUÁRIO	4253
DATA	28/02/2020	OPERADOR	LCLEA		
OCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO	IDADE	46a 3m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA JOSE DE ARAUJO				
FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA				
CIDADE	PATOS PB 58704000				
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO SN				
BAIRRO	MONTE CASTELO				
NATURALIDADE	CACIMBA DE AREIA				
TELEFONE	83996911207	CELULAR	83996911207		
C.N.S.	700404916244142	IDENTIDADE	4.153.900		
C.P.F.	105.891.404-93	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/11/1973	COR	PARDO		
EST.CIVIL	UNIAO ESTA	PROFISSÃO	AMPARO		

RESPONSÁVEL LUBIA CRISTINA COSTA FRAG Ass. Resp./Paciente *Lubia e Costa Fraga*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Vitima colisão moto X moto

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Do 2º Exame + Sonhos Perto Perto @

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Rx Perto @ 2º*

DIAGNÓSTICO *Fratura exposta tíbia direita @* CID

DADOS DA SAÍDA

Data *04/03/20* Hora *7* H *0* Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

*João H. Gonçalves Lima Neto
Otorrinolaringologista
CRM 1017*



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	97825	HORA	18:19	PRONTUÁRIO	4253
DATA	28/02/2020	OPERADOR	LCLEA		
OCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO	IDADE	46a 3m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA JOSE DE ARAUJO				
FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA				
CIDADE	PATOS PB 58704000				
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO SN				
BAIRRO	MONTE CASTELO				
NATURALIDADE	CACIMBA DE AREIA				
TELEFONE	83996911207	CELULAR	83996911207		
C.N.S.	700404916244142	IDENTIDADE	4.153.900		
C.P.F.	105.891.404-93	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/11/1973	COR	PARDO		
EST.CIVIL	UNIAO ESTA	PROFISSÃO	AMPARO		

RESPONSÁVEL LUBIA CRISTINA COSTA FRAG Ass. Resp./Paciente *Lubia e Costa Fraga*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Vitima colisão moto X moto

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Do 2º Exame + Sinais positivos Pernas @

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *RX Pernas @ 2º*

DIAGNÓSTICO *Fratura exposta tíbia direita @* CID

DADOS DA SAÍDA

Data *04/03/20* Hora *7* H *0* Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

*João H. Gonçalves Lima Neto
Otorrinolaringologista
CRM 1017*



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA
DE SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m COR PARDO GÊNERO M
NASCIMENTO	APARCO		
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	BAIRRO	MONTA CASTELO
ENDEREÇO	PATOS - UF PB	CEP	58704000
CIDADE	(83) 9969-1120	CELULAR	83996911207
TELEFONE	700404916244142	CPF	REG. NASC.
CNS	R.G. 4.153.900		
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCIA
CARATER	02 - URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Liba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	mmHg
TEMP=			
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	Acidente de trânsito		
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)	Acidente de trânsito		
SOLICITAÇÃO DE PARECER	Solicitação de Parecer		
DIAGNÓSTICO	Acidente de trânsito		
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	Acidente de trânsito		
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS			
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO			
MEDICO/CRM/CNS			

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAÇÃO PELO SISTEMA TCM

0301060061



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



SECRETARIA
ESTADUAL DE SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m COR PARDO GÊNERO M
NASCIMENTO	APARAO		
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	Bairro	MONTA CASTELO
ENDEREÇO	PATOS - UF PB	CEP	58704000
CIDADE	(83) 9969-1120	CELULAR	83996911207
TELEFONE	700404916244142 R.G. 4.153.900	CPF	REG. NASC.
CNS	UNIAO ESTÁ		
ESTADO CIVIL			
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCIA
CARATER	02 - URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - PROCEDIMENTO NAO DEFINIZIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Liba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	mmHg
TEMP=			
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	Acidente de trânsito		
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)	Acidente de trânsito		
SOLICITAÇÃO DE PARECER	Solicitação de Parecer		
DIAGNÓSTICO	Acidente de trânsito		
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	Acidente de trânsito		
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS			
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO			
MEDICO/CRM/CNS			

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

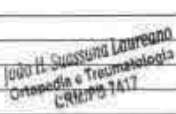
ESTADIAÇÃO PELO SISTEMA TCM

030260061



 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL (SUS TANGARÁ - CAMPESIN)		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
Nome do Paciente: <i>Resumo bom a resumo</i>				Nº Prontuário:		
Data da Cirurgia: <i>28/02/20</i>		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: <i>A. S. S. S. S.</i>		1º Auxiliar: <i>A. S. S. S.</i>		2º Auxiliar:		
3º Auxiliar:		Instrumentador:		Anestesista:		
Tipo de Anestesia:		Diagnóstico Pré-Operatório: <i>fratura exposta do antebraço</i>				
Tipo de Cirurgia: <i>fixação externa</i>						
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>o mesmo</i>						
Relatório imediato do Patologista:						
Exame Radiológico no ato:						
Acidente Durante a Cirurgia:						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

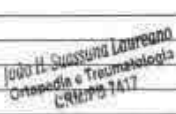
1) Pint com solução antisséptica 2) Desbridamento + colocação de curativo 3) Anestesia f.o + fixação externa 4 pontos 4) Realização de fratura + fixação externa 11 pontos 5) Sutura + curativo	 João H. Silveira Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM 1417
---	--

RELATÓRIO DE CIRURGIA



 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL (SUS TANGARÁ - CAMPESIN)		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
Nome do Paciente: <i>Resumo bom a resumo</i>				Nº Prontuário:		
Data da Cirurgia: <i>28/02/20</i>		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: <i>A. S. S. S. S.</i>		1º Auxiliar: <i>A. S. S. S.</i>		2º Auxiliar:		
3º Auxiliar:		Instrumentador:		Anestesista:		
Tipo de Anestesia:		Diagnóstico Pré-Operatório: <i>fratura exposta do antebraço</i>				
Tipo de Cirurgia: <i>fixação externa</i>						
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>o mesmo</i>						
Relatório imediato do Patologista:						
Exame Radiológico no ato:						
Acidente Durante a Cirurgia:						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Pint com solução antisséptica 2) Desbridamento + colocação de curativo 3) Anestesia f.o + fixação externa 4 pontos 4) Realização de fratura + fixação externa 11 pontos 5) Sutura + curativo	 João H. Silveira Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM 1417
---	--

RELATÓRIO DE CIRURGIA





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA

Recebido no Centro Cirúrgico Rosângela Polomeno de Almeida Sala A60002

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro _____

Antecedentes Pessoais:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ AVE ☐ Elitista
☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Renal ☒ Doença Cardíaca
Alergia CNCV Tempo de jejum _____

ATO CIRÚRGICO

Data da cirurgia 28/02/20 Hora 18 h 45 Cirurgia Realizada TOR em final, apêndice e bônus
Anestesia Ba + sedação Cirurgião Dn Tereza
Auxiliar _____ Tipo de anestesia Vetral
☐ Antibiótico _____

SEGURANÇA E PROTEÇÃO

Glicemia _____ mg/dl RX ☐ Sim ☐ Não Hb _____ g/dl Ht _____ %
Exames alterados: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____
Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____
Anestesias anteriores: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____
Tricotomias: ☐ Sim ☐ Não Especificar _____

RESPOSTA CARDIOVASCULAR

Pa 120 x 70 mmHg P 81 bat/min R 95% irpm/mio T _____ °C

INTERCORRÊNCIA NO ATU ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? ☐ SIM ☒ NÃO
Especificar _____

INFUSÃO/SOLUÇÕES

☒ S Fisiológica 1000 ml ☐ S Glicosado _____ ml ☐ JR Lactato _____ ml
☐ Plasma _____ ml ☐ C Hemácias _____ ml ☐ Manitol _____ ml
☐ Outros _____ ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO

☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ ECG
☐ Outros _____

Início da Cirurgia 18:45 Final da Cirurgia _____

DESTINO

☐ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

/

HORTENSIAS CONHECIDAS

Patos 28/02/20

Enfermeiro(a) ou Técnico(a) de Enfermagem _____





FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: MAI Enfermaria: _____

Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 7 / 7 / 2020

Nome: Yure Pereira Gomes da Silva

Sexo: 1 Feminino 0 Masculino Idade: 46 Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____

Data Nascimento: _____ Pressão Arterial: 120/80 Pulso: 80 Respiração: 20

Temperatura: 36 Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Ureia: _____ Outros: _____

Exame: VPM

Aparelho Respiratório: NPV Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: NPV Eletrocardiograma: RS

Aparelho Digestivo: NPV Dentes: _____ Pecaço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: NPV Ataxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: _____ Estado Físico: ASA 2 Risco: 2

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Tempo	Pressão Arterial (mmHg)	Pulso (b/min)	Saturação (SpO2)	Temperatura (°C)	Observações
00:00	120/80	80	98	36	Indução
00:05	110/70	75	98	36	Manutenção
00:10	100/60	70	98	36	Despertar
00:15	90/50	65	98	36	Final

Posição: DPV

Agentes: Propofol 100mg, Sufentanil 100mcg, Rocuronio 10mg

Técnica: Intubação

Cirurgião: Dr. Silva Anestesiologista: Dr. Pereira

Observações: Procedimento realizado sem incidentes. Paciente estável.



PACIENTE: <u>Romildo Tavares de Araújo</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL S&P
QT: <u>11</u>	LEITO: <u>01</u>	CONVÊNIO: <u>205</u>	IDADE: <u>46</u>	REGISTRO: <u>4053</u>	
CIRURGIA: <u>Prost. Cirurg. de Test. e Fim. Cirurg.</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Fábio Spé</u>			
ANESTESIA: <u>Raquel</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Norberto</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>-</u>		DATA: <u>06.03.20</u>	INÍCIO: <u>09:15</u>	FIM: <u>-</u>	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	/	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	/	Sealp <u>2 P397</u>
	TX. Bomba de Infusão	<u>01</u>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	/	Lâmina de Bisturi <u>15 34</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	/	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	/	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	/	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	<u>01</u>	Eletrodos desc.
/	Neocain <u>PERCADA</u>	/	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimidade	X	Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
/	Dilmorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	X	Agulha Descartável
X	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
/	Cefalotina 1g <u>2g</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
/	Dixtal <u>Descont. Funes</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
/	Plasil <u>Descont. Funes</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
/	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
/	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
/	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>Vylen 2-0</u>



PACIENTE: <u>Ronildo Tavares de Araújo</u>					
QT: <u>11</u>	LEITO: <u>01</u>	CONVÊNIO: <u>205</u>	IDADE: <u>46</u>	REGISTRO: <u>4053</u>	
CIRURGIA: <u>Prost. Cirurg. de Test. e Fim. Cirurg.</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Fábio Spé</u>			
ANESTESIA: <u>Raquel</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Norberto</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>-</u>		DATA: <u>06.03.20</u>	INÍCIO: <u>09:15</u>	FIM: <u>-</u>	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	/	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	/	Sealp <u>2 P397</u>
	TX. Bomba de Infusão	<u>01</u>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	/	Lâmina de Bisturi <u>15 34</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	/	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	/	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	/	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	<u>01</u>	Eletrodos desc.
/	Neocain <u>PERCADA</u>	/	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimidade	X	Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
/	Dilmorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	/	Agulha Descartável
X	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
/	Cefalotina 1g <u>2g</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
/	Dixtal <u>Descont. Funes</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
/	Plasil <u>Descont. Funes</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
/	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
/	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
/	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>Vylen 2-0</u>



TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

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 Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente: Rosmário Tavares de Araújo RG: 4.453.900

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data da realização: _____

- ☒ 1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito 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 como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, incluindo risco de morte.
- ☒ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
- ☒ 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, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do Paciente ou Responsável: 28 de Fevereiro de 2020

Huber Antônio Costa Froga
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e incorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo 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: _____

Assinatura do Médico



TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

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 Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente: Rosmário Tavares de Araújo RG: 4.453.900

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data da realização: _____

- ☒ 1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito 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 como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, incluindo risco de morte.
- ☒ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
- ☒ 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, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do Paciente ou Responsável: 28 de Fevereiro de 2020

Huber Antônio Costa Froga
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e incorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo 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: _____

Assinatura do Médico



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
 Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 6.3.20

Nome: Wesley Gervasio Bezerra
 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Idade: 16 Peso: _____ Altura: _____ Cor: W
 Data Nascimento: _____ Pressão Arterial: 110/70 Pulso: 78 Respiração: _____
 Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
 Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
 Urina: _____
 Aparelho Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____
 Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
 Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
 Estado Mental: Alerta Ataxia: Não Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
 Diagnóstico Pré Operatório: Amigdalite Estado Físico: Bom Risco: _____
 Anestesia Anteriores: _____
 Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Tempo	Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Saturação	Observações
00	110/70	78	36,5	98	
05	110/70	78	36,5	98	
10	110/70	78	36,5	98	
15	110/70	78	36,5	98	
20	110/70	78	36,5	98	
25	110/70	78	36,5	98	
30	110/70	78	36,5	98	
35	110/70	78	36,5	98	
40	110/70	78	36,5	98	
45	110/70	78	36,5	98	
50	110/70	78	36,5	98	
55	110/70	78	36,5	98	
60	110/70	78	36,5	98	
65	110/70	78	36,5	98	
70	110/70	78	36,5	98	
75	110/70	78	36,5	98	
80	110/70	78	36,5	98	
85	110/70	78	36,5	98	
90	110/70	78	36,5	98	
95	110/70	78	36,5	98	
100	110/70	78	36,5	98	

Sinais e Anestesia: _____

INDUÇÃO
 Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____
 Laringe Espasmo _____ Lenta _____
 Náuseas _____ Vômitos _____
 Outros _____

MANUTENÇÃO
 Anestesia Satisf. Sim. _____ Não _____
 Não, porque? _____

DESPERTAR
 Reflexos na SO _____
 Obst. _____ CO2 _____ Excit. _____
 Náuseas _____ Vômitos _____
 Outros _____
 Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: Supino
 Agentes: Propofol + N2O + N2 Cânula: 3,0
 Técnica: Intubação Operação: Amigdalotomia
 Cirurgião: Dr. João Anestesista: Dr. João
 Observações: _____



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
 Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 6.3.20

Nome: Wesley Gervasio Bezerra
 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Idade: 16 Peso: _____ Altura: _____ Cor: W
 Data Nascimento: _____ Pressão Arterial: 110/70 Pulso: 78 Respiração: _____
 Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
 Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
 Urina: _____
 Aparelho Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____
 Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
 Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
 Estado Mental: Alerta Ataxia: Não Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
 Diagnóstico Pré Operatório: Amigdalite Estado Físico: Bom Risco: _____
 Anestesia Anteriores: _____
 Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Tempo	Pressão Arterial	Pulso	Temperatura	Saturação	Observações
00	110/70	78	36,5	98	
05	110/70	78	36,5	98	
10	110/70	78	36,5	98	
15	110/70	78	36,5	98	
20	110/70	78	36,5	98	
25	110/70	78	36,5	98	
30	110/70	78	36,5	98	
35	110/70	78	36,5	98	
40	110/70	78	36,5	98	
45	110/70	78	36,5	98	
50	110/70	78	36,5	98	
55	110/70	78	36,5	98	
60	110/70	78	36,5	98	
65	110/70	78	36,5	98	
70	110/70	78	36,5	98	
75	110/70	78	36,5	98	
80	110/70	78	36,5	98	
85	110/70	78	36,5	98	
90	110/70	78	36,5	98	
95	110/70	78	36,5	98	
100	110/70	78	36,5	98	

Sinais e Anestesia: _____

INDUÇÃO
 Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____
 Laringe Espasmo _____ Lenta _____
 Náuseas _____ Vômitos _____
 Outros _____

MANUTENÇÃO
 Anestesia Satisf. Sim. _____ Não _____
 Não, porque? _____

DESPERTAR
 Reflexos na SO _____
 Obst. _____ CO2 _____ Excit. _____
 Náuseas _____ Vômitos _____
 Outros _____
 Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: Supino
 Agentes: Propofol + N2O + N2 Cânula: 3,0
 Técnica: Intubação Operação: Amigdalotomia
 Cirurgião: Dr. João Anestesista: Dr. João
 Observações: _____



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA

Recebido no Centro Cirúrgico P. Osório F. Campos (Anestesiologista) Sala 03

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro

Antecedentes Pessoais:
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ JAVE ☐ Etilista
☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Renal ☐ Doença Cardíaca
 Alergia TRU Tempo de jejum

ATO CIRÚRGICO
 Data da cirurgia 06/03/2020 Hora 09:15 Cirurgia Realizada Prost. da Fíbula distal e
 Anestesia PM + bloqueio Cirurgia Pr. Fíbula
 Auxiliar Tipo de anestesia Racal
☒ Antibiótico

SEGURANÇA E PROTEÇÃO
 Glicemia mg/dl RX ☒ Sim ☐ Não Hb g/dl Ht %
 Exames alterados: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Anestesias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Especificar

RESPOSTA CARDIOVASCULAR
 Pa 130 x 90 mmHg P 89 bat/min R SP02 96% Jpm/min T 36 °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? ☐ SIM ☒ NÃO
 Especificar

INFUSÃO/SOLUÇÕES
☒ S. Fisiológico 500 ml ☐ S. Glicosado ml ☐ R. Lactato ml
☐ Plasma ml ☐ C. Hemácias ml ☐ Manitol ml
☐ Outros ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO
☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ JECB
☐ Outros

Início da Cirurgia 09:15 Final da Cirurgia

DESTINO
☐ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOTIFICAÇÃO DE Ocorrência
Yure Pereira Gomes
 Enfermeiro(a) do(a) Setor Técnico de Enfermagem

Patos 06/03/2020



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA

Recebido no Centro Cirúrgico P. Osório F. Campos (Anestesiologista) Sala 03

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro

Antecedentes Pessoais:
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ JAVE ☐ Etilista
☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Renal ☐ Doença Cardíaca
 Alergia Tru Tempo de jejum

ATO CIRÚRGICO
 Data da cirurgia 06/03/2020 Hora 09:15 Cirurgia Realizada Prost. da Fíbula distal e
 Anestesia PM + Ringer Cirurgião Dr. Sampaio
 Auxiliar Tipo de anestesia Racal
☒ Antibiótico

SEGURANÇA E PROTEÇÃO
 Glicemia mg/dl RX ☒ Sim ☐ Não Hb g/dl Ht %
 Exames alterados: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Anestesias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar
 Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Especificar

RESPOSTA CARDIOVASCULAR
 Pa 130 x 90 mmHg P 89 bat/min R SP02 96% Jpm/min T 36 °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? ☐ SIM ☒ NÃO
 Especificar

INFUSÃO/SOLUÇÕES
☒ S. Fisiológico 500 ml ☐ S. Glicosado ml ☐ R. Lactato ml
☐ Plasma ml ☐ C. Hemácias ml ☐ Manitol ml
☐ Outros ml

SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO
☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ JECB
☐ Outros

Início da Cirurgia 09:15 Final da Cirurgia

DESTINO
☐ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOTIFICAÇÃO DE Ocorrência
Yure Pereira Gomes
 Enfermeiro(a) do(a) Serviço de Enfermagem

Patos 06/03/2020



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
	30/07 Paciente admitido às 20:30 por trauma. Exame físico estável. Procedimento de lavagem cirúrgica e procedimentos com fístula cefálica nos membros do membro inferiores.
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
	28/07/20 - Paciente admitido do bloco cirúrgico às 20:30 médico intensivo. Exame físico estável. Segue aos cuidados da equipe.
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico



[illegible]

 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL (SAP - MOURA - CAMPUS II)		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE 	
Nome do Paciente: <u>ROSELIANA TORRES DA SILVA</u>				Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <u>06/03/2020</u>		Enf.:		Leito:	
Cirurgião: <u>DR. FÁBIO SPÁ</u>		1º Auxiliar: <u>DR. SARGENT</u>			
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>DR. MATEUS</u>		Tipo de Anestesia: <u>PERIDURAL</u>			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FRATURA DESLOCADA DA 9ª VÉRTEBRA</u>					
Tipo de Cirurgia: <u>COM FIXAÇÃO TRANSDERMICA</u>					
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>FRATURA DESLOCADA DA 9ª VÉRTEBRA</u>					
Relatório Imediato do Patologista: <u>NÃO</u>					
Exame Radiológico no ato: <u>NÃO</u>					
Acidente Durante a Cirurgia: <u>NÃO</u>					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em decúbito dorsal, com a cabeça elevada e fixada e estabilizada.
2. Exame de rotina.
3. Exame de rotina.
4. Fixação da coluna da região lombar com o uso de placas e parafusos.
5. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
6. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
7. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
8. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
9. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
10. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
11. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
12. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
13. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
14. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
15. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
16. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
17. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
18. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
19. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
20. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
21. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
22. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
23. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
24. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
25. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
26. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
27. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
28. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
29. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
30. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
31. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
32. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
33. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
34. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
35. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
36. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
37. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
38. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
39. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
40. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
41. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
42. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
43. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
44. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
45. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
46. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
47. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
48. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
49. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
50. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
51. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
52. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
53. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
54. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
55. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
56. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
57. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
58. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
59. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
60. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
61. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
62. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
63. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
64. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
65. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
66. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
67. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
68. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
69. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
70. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
71. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
72. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
73. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
74. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
75. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
76. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
77. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
78. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
79. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
80. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
81. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
82. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
83. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
84. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
85. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
86. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
87. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
88. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
89. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
90. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
91. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
92. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
93. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
94. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
95. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
96. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
97. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
98. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
99. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.
100. Realizado o bloqueio da coluna com o uso de placas e parafusos.

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119

RELATÓRIO DE CIRURGIA



 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL (SAP - MOURA - CAMPUS II)		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE 	
Nome do Paciente: <u>ROSELIANA TORRES DA SILVA</u>				Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <u>06/03/2020</u>		Enf.:		Leito:	
Cirurgião: <u>DR. FÁBIO SPÁ</u>		1º Auxiliar: <u>DR. SARGENT</u>			
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>DR. MATEUS</u>		Tipo de Anestesia: <u>RAQUIDIANALGIA</u>			
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FRATURA DESLOCADA DA 9ª VÉRTEBRA</u>					
Tipo de Cirurgia: <u>COM FIXAÇÃO TRANSLACETAR</u>					
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>FRATURA DESLOCADA DA 9ª VÉRTEBRA</u>					
Relatório Imediato do Patologista: <u>NÃO</u>					
Exame Radiológico no ato: <u>NÃO</u>					
Acidente Durante a Cirurgia: <u>NÃO</u>					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em decúbito dorsal, pele limpa e preparada.
2. Anestesia e intubação.
3. Lavagem ampla da cirurgia.
4. Fixação da coluna da coluna cervical com parafusos.
5. Redução da fratura e descompressão da medula com o uso de lâminas e parafusos.
6. Realização de fixação da coluna com parafusos e placas.
7. Lavagem.
8. Curativo.
9. Medicação.
10. Medicação.
11. Medicação.
12. Medicação.
13. Medicação.
14. Medicação.
15. Medicação.
16. Medicação.
17. Medicação.
18. Medicação.
19. Medicação.
20. Medicação.

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119

RELATÓRIO DE CIRURGIA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e carimbo do Técnico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e carimbo de Enfermeiro

Assinatura e Carimbo do T



Assinatura e Carimbo do T



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

100



10



INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
Paciente sem queixas atuais. Mantém-se bem, sem alterações. S.S. 016.	Recondicionamento realizado em EAP. Foi avaliada pelo Condutor da equipe, segundo os familiares, houve melhorias de saúde, porém de acompanhamento, visando a não ocorrência de complicações por parte da equipe.
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	Assinatura e carimbo de Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
04-03-20 - paciente evoluiu de acordo com o plano de cuidados. Não houve alterações. Foi realizado o atendimento de enfermagem, com a realização de curativos, administração de medicamentos, e monitorização de sinais vitais. A equipe de enfermagem.	Paciente evoluiu de acordo com o plano de cuidados. Não houve alterações. Foi realizado o atendimento de enfermagem, com a realização de curativos, administração de medicamentos, e monitorização de sinais vitais. A equipe de enfermagem.
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e carimbo do Técnico

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
At. paciente evoluiu bem, com sinais vitais estáveis, sem alterações, com dor leve, medicação conforme prescrição médica. Assinatura e carimbo de Enfermeiro Antônio Barbosa Enfermeiro COREN-PB 122775	At. paciente evoluiu bem, com sinais vitais estáveis, sem alterações, com dor leve, medicação conforme prescrição médica. Assinatura e carimbo do Enfermeiro Ana Raquel S. Rodrigues Enfermeira COREN/PB - 539521
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
Paciente evoluiu bem, com sinais vitais estáveis, sem alterações, com dor leve, medicação conforme prescrição médica. Assinatura e carimbo do Técnico Adriana Técnica de Enfermagem	Paciente evoluiu bem, com sinais vitais estáveis, sem alterações, com dor leve, medicação conforme prescrição médica. Assinatura e carimbo do Técnico Adriana Técnica de Enfermagem



INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
At. paciente evoluiu bem, com sinais vitais estáveis, sem alterações, com dor leve, medicação conforme prescrição médica. Assinatura e carimbo de Enfermeiro Antônio Barbosa Enfermeiro COREN-PB 122775	At. paciente evoluiu bem, com sinais vitais estáveis, sem alterações, com dor leve, medicação conforme prescrição médica. Assinatura e carimbo do Enfermeiro Ana Raquel S. Rodrigues Enfermeira COREN/PB - 539521
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
Paciente evoluiu bem, com sinais vitais estáveis, sem alterações, com dor leve, medicação conforme prescrição médica. Assinatura e carimbo do Técnico Adriana Técnica de Enfermagem	Paciente evoluiu bem, com sinais vitais estáveis, sem alterações, com dor leve, medicação conforme prescrição médica. Assinatura e carimbo do Técnico Adriana Técnica de Enfermagem



SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
Rh. Paciente avaliado em ECG, data correta, eliminando as fibrilações presentes no monitor (PVC), sem a infusão de heparina. A leitura da creatinina em HIE (sem jejum) estava normal. Paciente bem, aguardando a chegada da enfermeira para a administração da medicação.	Porém em ECG, com a presença de fibrilação, sem a infusão de heparina. A leitura da creatinina em HIE (sem jejum) estava normal. Paciente bem, aguardando a chegada da enfermeira para a administração da medicação.
<i>[Assinatura]</i> Enfermeira COREN-PA 381564	<i>[Assinatura]</i> Enfermeira COREN-PA 381564
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
Paciente avaliado em ECG, com a presença de fibrilação, sem a infusão de heparina. A leitura da creatinina em HIE (sem jejum) estava normal. Paciente bem, aguardando a chegada da enfermeira para a administração da medicação.	05.08.20 às 20h, paciente bem, aguardando a chegada da enfermeira para a administração da medicação.
<i>[Assinatura]</i> Técnico COREN-PA 381564	<i>[Assinatura]</i> Técnico COREN-PA 381564
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico







PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Rosivaldo Fereira Diagnóstico: _____
Setor/Enfermaria: 41 Leito: 03 Data da Adm: 1 / 1 / 1
DATA: 21 / 01 / 20 : h

HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIAS DAS 24H	
1.	DIETA ORAL R/DH		
2.	SF 0.9% 1000ML EV		
3.	DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV		
4.	TILATIL 10MG 10/10 HS EV 1x/dia		
5.	TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS		
6.	CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG		
7.	LIQUEMINE 5000 UI/ 0.25ML (SC) 12/12 HS		
8.	CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS		
9.	NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)		
10.	CEFAZOLINA 1G + AD 8/8 HS		
11.	CURATIVO		
12.	SSVV+CCGG		
13.	Genbimilino 240g + SF 0.9% 200ml 1x/dia		
14.	Algt. 66h q probado imlino.		
15.	Medicad com familiar.		
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

SINAIS VITAIS			
06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: <u>95</u> °C	Tax: <u>36.5</u> °C	Tax: <u>36.5</u> °C	Tax: <u>36.5</u> °C
R: <u>18</u> irpm	R: <u>18</u> irpm	R: <u>18</u> irpm	R: <u>18</u> irpm
SpO ₂ : <u>98</u> %	SpO ₂ : <u>98</u> %	SpO ₂ : <u>98</u> %	SpO ₂ : <u>98</u> %
PA: <u>100</u> mmHg	PA: <u>100</u> mmHg	PA: <u>100</u> mmHg	PA: <u>100</u> mmHg
HGT: <u>181</u> mg/Dl	HGT: <u>181</u> mg/Dl	HGT: <u>181</u> mg/Dl	HGT: <u>181</u> mg/Dl
Diurese:	Diurese:	Diurese:	Diurese:



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



SECRETARIA
DE SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS - UF PB		
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m COR PARDO GÊNERO M
NASCIMENTO	APARAO		
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	BAIRRO	MONTA CASTELO
ENDEREÇO	PATOS - UF PB	CEP	58704000
CIDADE	(83) 9969-1128	CELULAR	83996911287
TELEFONE	700404916244142	CPF	REG. NASC.
CNS	R.G. 4.153.900		
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCIA
CARATER	02 - URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Liba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	mmHg
TEMP=			
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	Acidente de trânsito		
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)	Exame físico		
SOLICITAÇÃO DE PARECER	Solicitação de parecer		
DIAGNÓSTICO	Solicitação de parecer		
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	Solicitação de parecer		
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS	Solicitação de parecer		
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO	Solicitação de parecer		
MEDICO/CRM/CNS	Solicitação de parecer		

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAÇÃO PELO SISTEMA TCM

030260061



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA
DE SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m
NASCIMENTO		COR	PARDOS
PROFISSÃO		BAIRRO	MONTE CASTELO
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	CEP	58704000
CIDADE	PATOS	CELULAR	83996911287
TELEFONE	(83)9969-1128	REG. NASC.	
CNS	700404916244142	R.G.	4.153.900
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ	CPF	
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCIA
CARATER	02 - URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - PROCEDIMENTO NAO DEFINIZIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Liba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	mmHg
TEMP=			
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	Acidente de trânsito		
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)	Exame físico		
SOLICITAÇÃO DE PARECER	Solicitação de Parecer		
DIAGNÓSTICO	Solicitação de Parecer		
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	Solicitação de Parecer		
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS	Solicitação de Parecer		
OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO	Solicitação de Parecer		
MEDICO/CRM/CNS	Solicitação de Parecer		

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAÇÃO PELO SISTEMA TCM

030060061



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

86

Data: 28/02/2020 Hora: 17h28 Gênero: He 46 anos

Nome/Nome Social: Rosinaldo Tavares de Araujo

Origem: Via Pública Regulado? ☐ Sim ☒ Não

Queixa principal/História atual da doença/início dos sintomas: 007 Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não

Motivo do atendimento:

Cliente: Patas

Transporte: AMU

Alergia? ☒ Não ☐ Sim

Uso de medicação? ☐ Não ☒ Sim

Doença prévia? ☐ Não ☒ Sim: Cardio Patas

Temp: 36,5 Fuso: bpm Resp: r/min SpO2: % PA: mmHg HGT: mg/dL

Idade

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão do: ☒ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☒ Laranja

Especialidade Médica: Cirurgião

Acompanhante: ☐ 1/5/ Acamp. (Setor Crítico) ☐ 1/5/ Acamp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado) ☒ 1/5/ Acamp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ 1/5/ Acamp. p/ paciente com sinal clínico limitadora

* Classificação de risco por cor de risco

[Assinatura]
107 JARDIM TERRA
107 JARDIM TERRA
107 JARDIM TERRA



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

86

Data: 28/02/2020 Hora: 17h28 Gênero: He 46 anos

Nome/Nome Social: Rosinaldo Tavares de Araujo

Origem: Via Pública Regulado? ☐ Sim ☒ Não

Queixa principal/História atual da doença/início dos sintomas: 007 Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não

Motivo do atendimento:

Cliente: Patas

Transporte: AMU

Alergia? ☒ Não ☐ Sim

Uso de medicação? ☐ Não ☒ Sim

Doença prévia? ☐ Não ☒ Sim: Cardio Patas

Temp: 36,5 Fuso: bpm Resp: r/min SpO2: % PA: mmHg HGT: mg/dL

Idade

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão do: ☒ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cartão de: ☐ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☒ Laranja

Especialidade Médica: Cirurgião

Acompanhante: ☐ 1/5/ Acamp. (Setor Crítico) ☐ 1/5/ Acamp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado) ☒ 1/5/ Acamp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ 1/5/ Acamp. p/ paciente com sinal clínico limitadora

* Classificação de risco por cor de risco

[Assinatura]
107 JARDIM TERRA
107 JARDIM TERRA
107 JARDIM TERRA



EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES	
DATA	HORA
# 01/02/20	18:20
Hb: Frestas expostas. Tímido. (6)	
Co: Examinar M. B. e C. cirúrgica	
João H. Suassuna Laureano Ortopedia Traumatologia CRM 7417	



EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES	
DATA	HORA
# 01/02/20	18:20
Hb: Frestas expostas. Tímido. (6)	
Co: Examinar M. B. e C. cirúrgica	
João H. Suassuna Laureano Ortopedia Traumatologia CRM 7417	



Da Clínica Ortop Enfermaria 11
A Clínica univ. com Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas da enfermidade)

Vitória Lúcia Mota 16 ± 02/08
Admissão por + distúrbios de respiração

(6)

Data 03/03/20

Yure H. Siqueira Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1417

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

urgência ortop.

Paciente vítima de acidente de moto referindo
dores (humeral esquerda) pós a ingestão
de BEB, AAA, curativo, curativo, ECG 15

AP. NUTRICIONAL

CD. Solicito Radiografia de Tórax PA e

perfil. Paciente após exame

15/17:20 R. Tórax SEM
alterações estruturais
em pulmões e pleura
em tórax e costas

Data 01/03/20

Yure H. Siqueira Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1417



Da Clínica Ortop Enfermaria 11
A Clínica univ. com Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas da enfermidade)

Vitória Lúcia Mota 16 ± 02/08
Admissão por + distúrbios de respiração

(6)

Data 03/03/20

Yure H. Siqueira Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1417

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

urgência ortop.

paciente vítima de acidente de moto referindo
dores (humeral esquerda) pós a ingestão
de BEB, AAA, curativo, curativo, ECG 15

AP. NUTRICIONAL

CD. Solicito Radiografia de Tórax PA e

perfil, Paciente após exame

15/17:20 RE TÓRAX SEM
alterações estruturais
em pulmões e coração

Data 03/03/20

Yure H. Siqueira Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1417



DIAGNÓSTICO:

CID-10:

F80.3 313 desord. ans. (E)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

fixação externa + Pcrfex



DIAGNÓSTICO:

CID-10:

F80.3 313 desord. ans. (E)

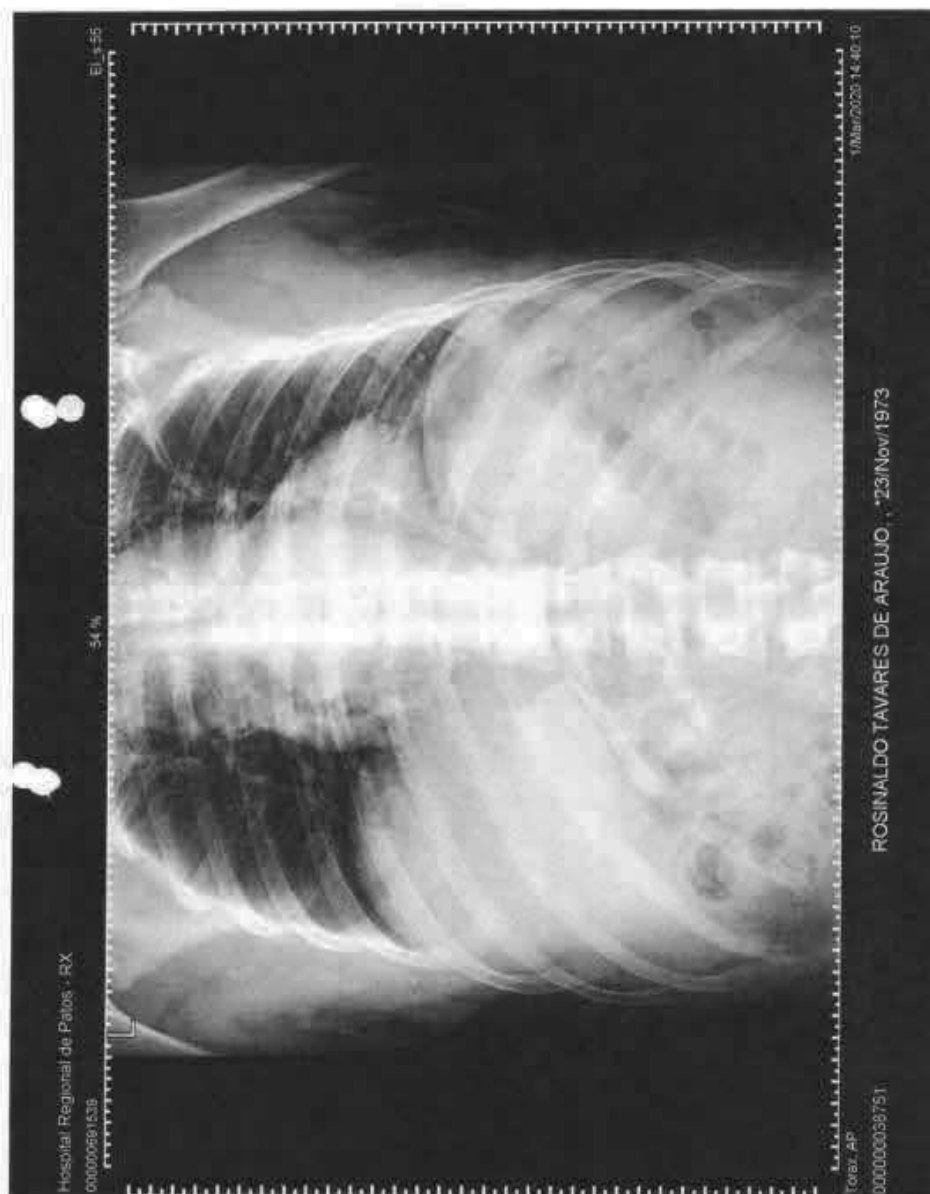
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

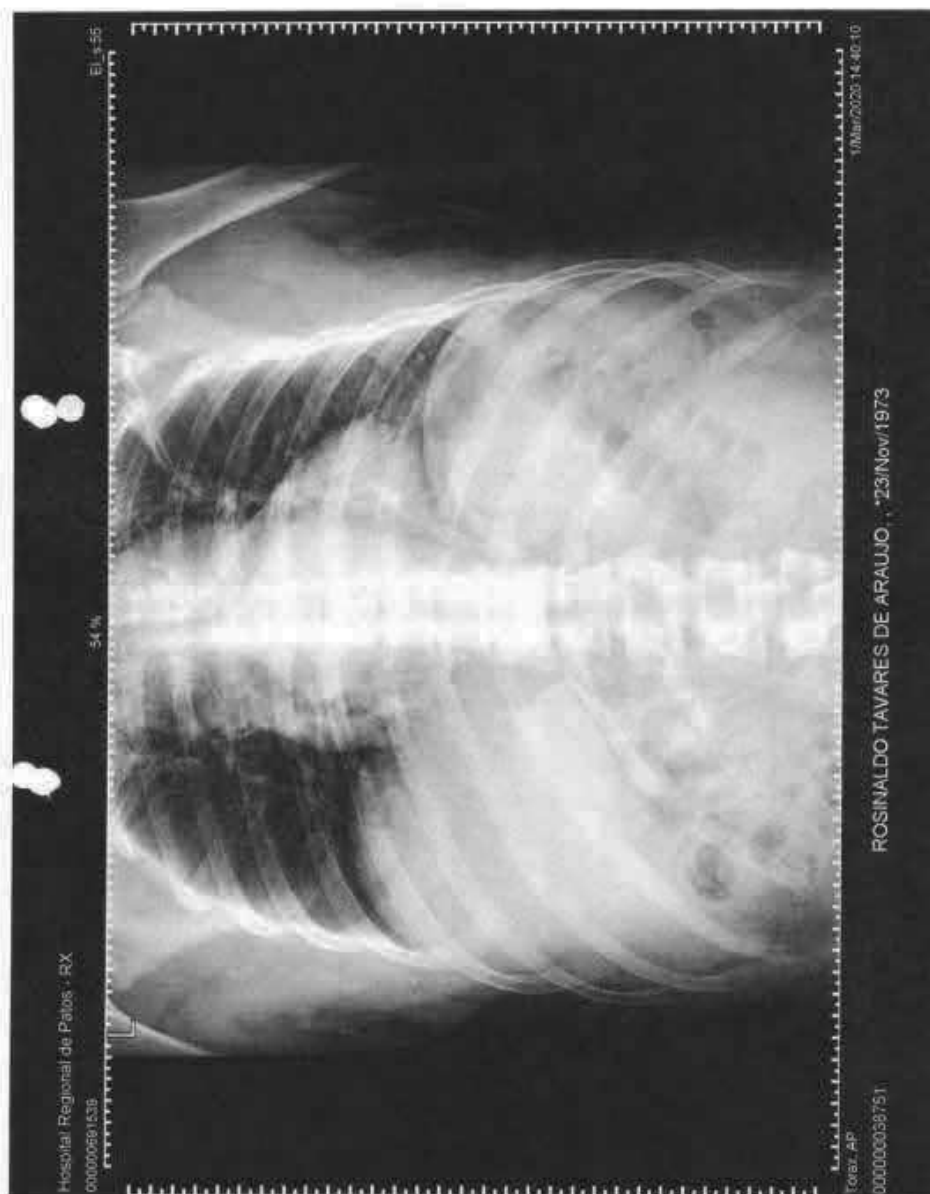
fixação externa + Pcrfex

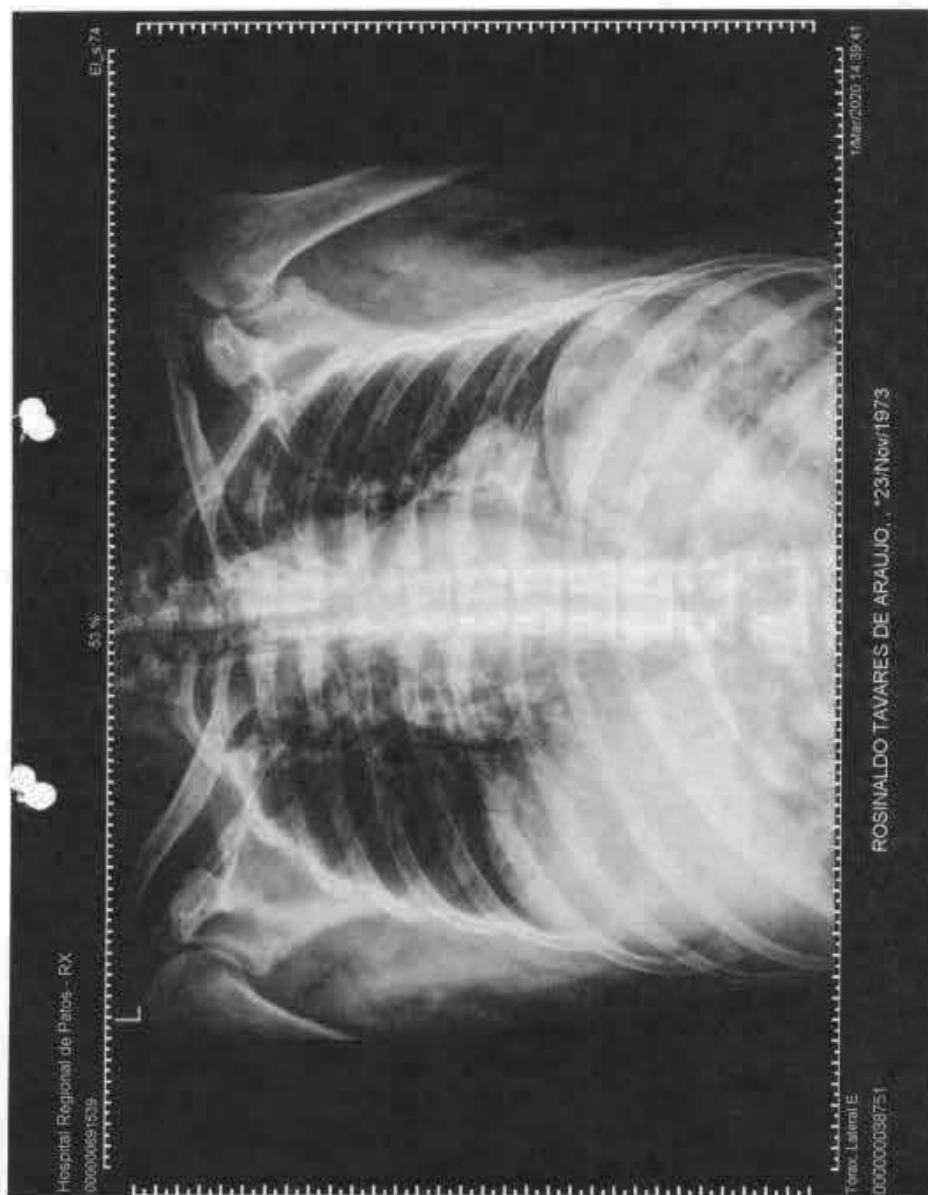


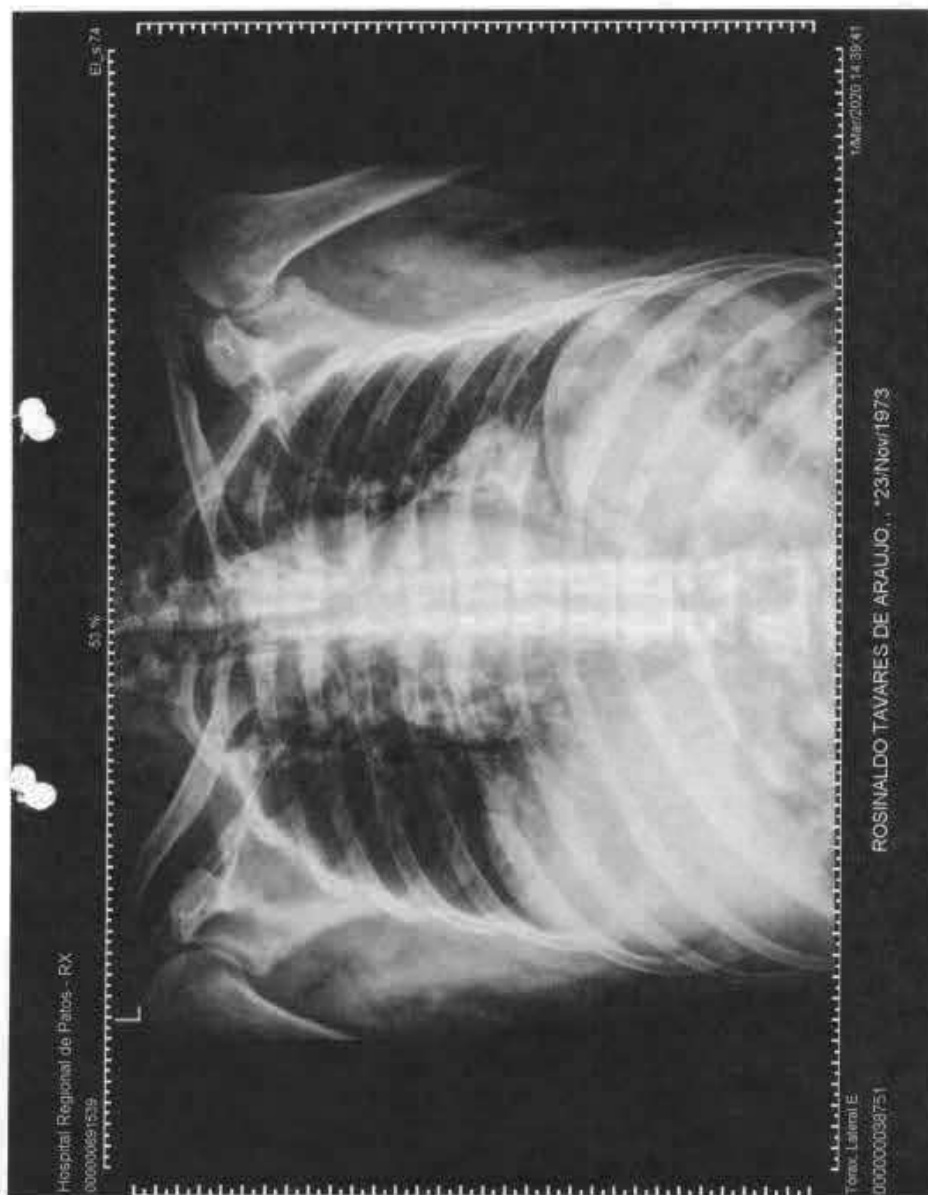


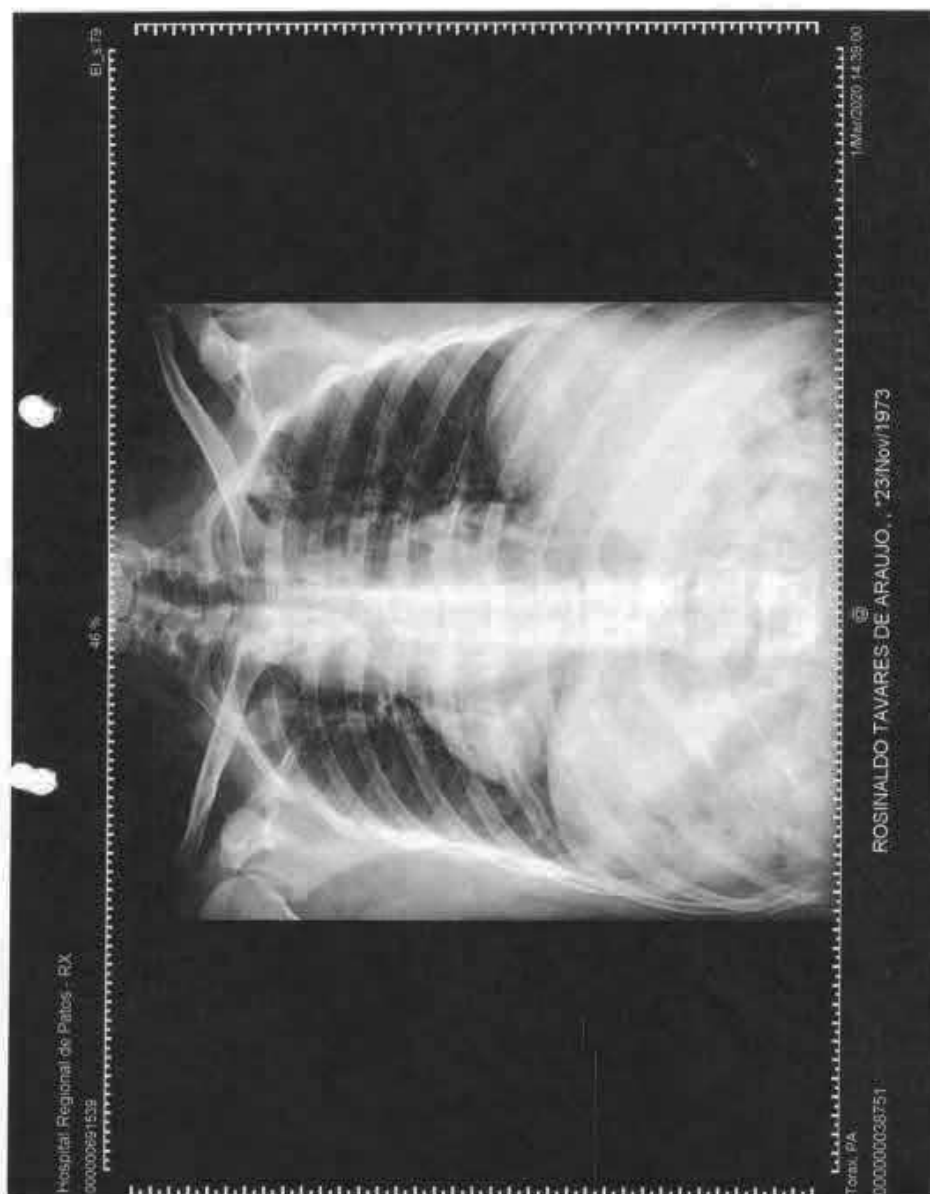


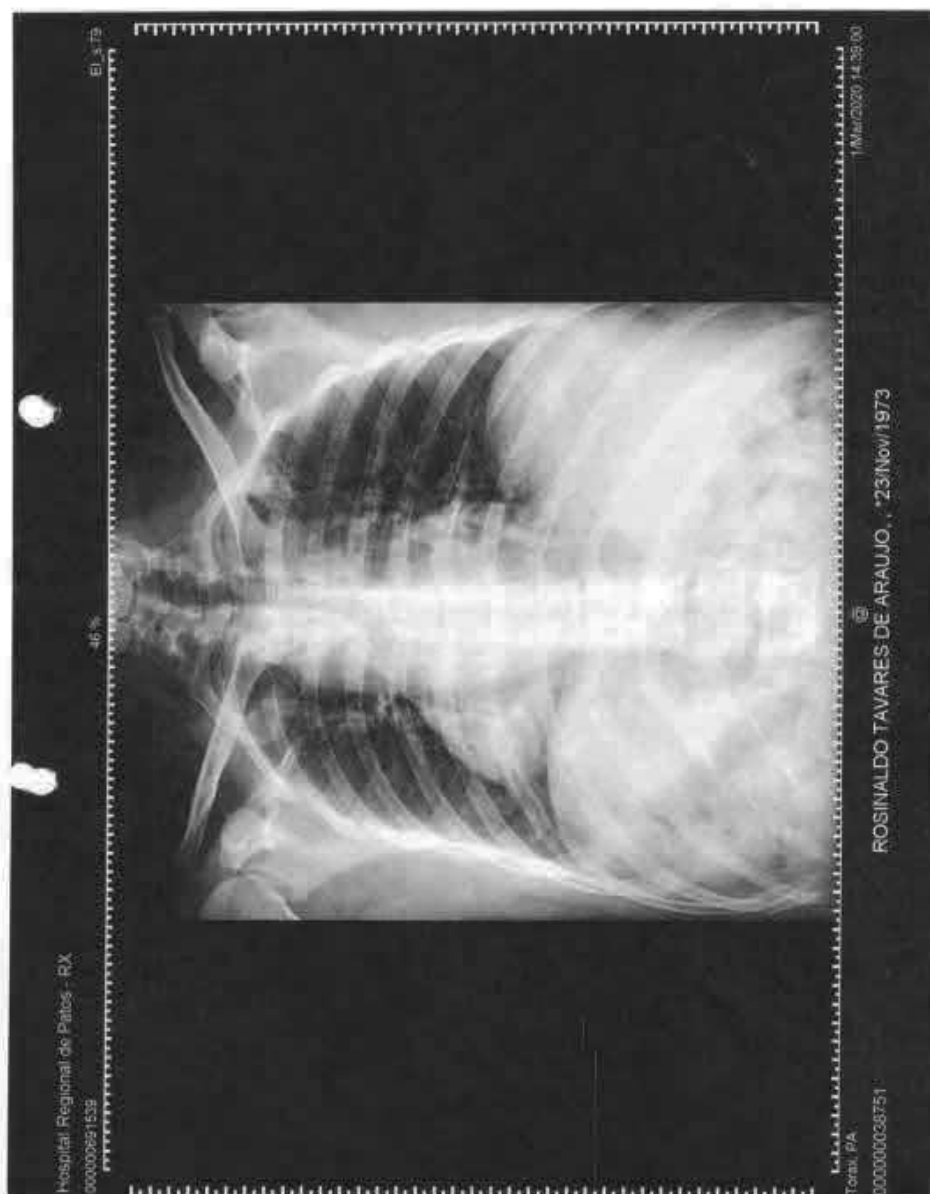




















REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

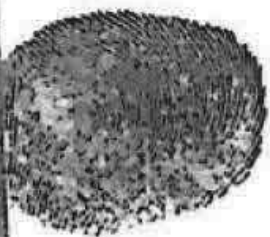
ESTADO DA PARAÍBA

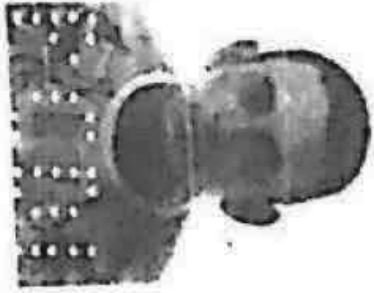
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-239





Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.153.900

DATA DE EMISSÃO 21/03/2013

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

PAI: JOSÉ TAVARES DE FRANÇA

MÃE: MARIA JOSÉ DE ARAUJO

NATURALIDADE CACIMBA DE AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO 23/11/1973

DOC ORIGEM NASC. N. 932 FLS. 233V LIV. A-01

CARTÓRIO C. DE AREIA - PB

CPF 105.891.404-93

Assinatura do Diretor

LEI Nº 116 DE 29.03.93



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

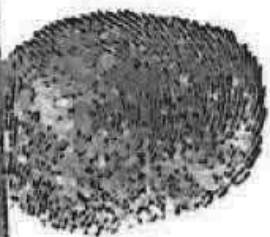
ESTADO DA PARAÍBA

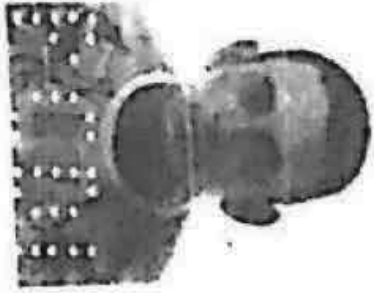
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-239





Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.153.900

DATA DE EMISSÃO 21/03/2013

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

PAI: JOSÉ TAVARES DE FRANÇA

MÃE: MARIA JOSÉ DE ARAUJO

NATURALIDADE CACIMBA DE AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO 23/11/1973

DOC ORIGEM NASC. N. 932 FLS. 233V LIV. A-01

CARTÓRIO C. DE AREIA - PB

CPF 105.891.404-93

Assinatura do Diretor

LEI Nº 116 DE 29.03.93





PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 192-192

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: _____	Idade: _____	Nome: <u>Roberto Tobias da Silva</u>	Sexo: <u>M</u>	Profissão: _____
Local de Ocorrência: _____		Endereço: _____	Médico Regulador: _____	
Apelo no Local: ☐ PR ☐ Sospa / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTAM ☐ ETRAM ☐ TROTE ☐ Outro: _____				
ETA: ☐ Socorro por acidente ☐ Paciente atendido ☐ Socorro por emergência ☐ Local não encontrado ☐ Outro: _____				

TIPO DE AGRADO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ NEUROLÓGICO
☐ ABUSO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUEIXA AFORISMÁTICA (OCCASIONAL)
☐ DESABASTECIMENTO (SUSPENSÃO)	☐ QUEIXA METEÓRICA
☐ ELETROCUSSÃO	☐ INFORMÁTICA
☐ F.A.S.	☐ OUTROS
☐ F.A.E. (P.A.T.)	
☐ QUEIXA CONTÍNUA	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ HIE	☐ DOENÇA RENAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ HIE	☐ ENDOCA
☐ DOENÇA BRONQUIAL	☒ AFECÇÃO CARDÍACA
☐ DOENÇA BRONQUIAL	☐ INTERMITENTE ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ ENDOCA
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ FIBROSE RESPIRATORIAL
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA EMERGENCIAL

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VIA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm (PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente) - PAS: ☐ >90mm

Hg: ☐ <90mm Hg

P.A.: ☐ X / ☐ Y / ☐ Z - FC: ☐ FR: ☐ TEM: ☐ °C - GLICEMIA: ☐ mg/dl - E. Com a: ☐ SpO2: ☐ %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade Adaptativa Interferência Diminuída	☐ Comunicação verbal Prejudicada	☐ Contusão Aguda	☐ Desnutrição Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído	☐ Desobstrução Ineficaz das Vias	☐ Disfonia Autônoma	☐ Dor Aguda	☐ Hipotermia
☐ Fala Prejudicada	☐ Ineficácia Tosses Prejudicada	☐ Medo	☐ Insuficiência da Atividade	☐ Mudança Oral Prejudicada
☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz
☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz
☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz
☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz
☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz
☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz
☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz	☐ Perda Tosses Cardíaca Ineficaz

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:





PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 192-192

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: _____	Idade: _____	Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Local de Ocorrência: _____	Endereço: _____	Médico Regulador: _____
Apelo no Local: ☐ PR ☐ Sogrela / Esposas ☐ Resgate PRF ☐ CPTM ☐ STTAM ☐ TROTE ☐ Outro: _____		
ETA: ☐ Socorro por acidente ☐ Paciente atendido ☐ Socorro por emergência ☐ Local não encontrado ☐ Outro: _____		

TIPO DE AGRADO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ NEUROLÓGICO
☐ ABUSO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUÍMICO / FARMACOLÓGICO
☐ DESABASTECIMENTO / DESABASTECIMENTO	☐ QUINTA MORTAL
☐ ELETROCUSSÃO	☐ SÍNDROME
☐ F.A.S.	☐ OUTROS
☐ F.A.E. (P.A.)	
☐ QUINTA MORTAL	
☐ LESÃO TÉRMICA	

ANTECEDENTES:

☐ HIE	☐ DOENÇA RENAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ HIE	☐ ENDOCA
☐ DOENÇA RENAL	☒ INFECÇÃO SISTÊMICA
☐ DOENÇA RENAL	☐ INTERFERÊNCIA ANTERIORES
☐ DOENÇA RENAL	☐ INOCUENTES
☐ DOENÇA RENAL	☐ FIBROSE RESPIRATORIA
☐ DOENÇA RENAL	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VIA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm (PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente) - PAS: ☐ >90mm Hg

Hg: ☐ <90mm Hg

P.A.: ☐ X / ☐ Y / ☐ Z - FC: ☐ FR: ☐ TEM: ☐ °C - GLICEMIA: ☐ mg/dl - E. Com a: ☐ SpO2: ☐ %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Anestesia	☐ Capacidade Adaptativa Interferência Diminuída	☐ Comunicação verbal Prejudicada	☐ Contusão Aguda	☐ Desnutrição Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído	☐ Desobstrução Ineficaz das Vias	☐ Disfunção Autonômica	☐ Dor Aguda	☐ Hipertermia
☐ Edema Prejudicada	☐ Imobilidade Física Prejudicada	☐ Medo	☐ Imunidade e Infecção	☐ Mudança Oral Prejudicada
☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca
☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca
☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca
☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca
☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca
☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca
☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca	☐ Perda de Tolerância Cardíaca

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNILA OROFARINGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDACÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

Valerato de Sódio 100mg (diagnóstico) 11/11

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Cláudia Maria Viana COREM: 251.755 MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDIÇÃO: em observação

Scanned with CamScanner



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNILA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDACÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1. Analgésico: Paracetamol 1000mg (1x1)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Cláudia Maria Viana COREN: 251.755 MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDIÇÃO: em observação

Scanned with CamScanner





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA DA COMARCA DE PATOS

Processo n. 0803585-61.2020.8.15.0251

DESPACHO

Vistos etc.

É de conhecimento desta magistrada que a seguradora demandada somente formaliza acordos após submissão do autor à perícia médica. Por este motivo, deixo de agendar a audiência de conciliação descrita no art. 334 do Novo CPC.

Assim, cite-se a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis.

Defiro a gratuidade processual à parte autora.





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA DA COMARCA DE PATOS

Processo n. 0803585-61.2020.8.15.0251

DESPACHO

Vistos etc.

É de conhecimento desta magistrada que a seguradora demandada somente formaliza acordos após submissão do autor à perícia médica. Por este motivo, deixo de agendar a audiência de conciliação descrita no art. 334 do Novo CPC.

Assim, cite-se a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis.

Defiro a gratuidade processual à parte autora.



Cumpra-se.

Patos/PB, data e assinatura eletrônicas.

Vanessa Moura Pereira de Cavalcante

Juíza de Direito



Cumpra-se.

Patos/PB, data e assinatura eletrônicas.

Vanessa Moura Pereira de Cavalcante

Juíza de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Patos
AV DOUTOR PEDRO FIRMINO, S/N, - até 199/200, CENTRO, PATOS - PB - CEP: 58700-071
PATOS
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0803585-61.2020.8.15.0251

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito]

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Edifício Citibank_**, Rua da Assembleia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 4ª Vara Mista de Patos, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*). Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis. PATOS, em 27 de julho de 2020.

TATHIANA MARIA SANTOS LIMA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXXXXXXX



Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Patos
AV DOUTOR PEDRO FIRMINO, S/N, - até 199/200, CENTRO, PATOS - PB - CEP: 58700-071
PATOS
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0803585-61.2020.8.15.0251

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito]

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Edifício Citibank_**, Rua da Assembleia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 4ª Vara Mista de Patos, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*). Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis. PATOS, em 27 de julho de 2020.

TATHIANA MARIA SANTOS LIMA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXXXXXXX

