



---

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

### OUTORGANTE:

**MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**, brasileiro, portador do RG nº 3814302 SSDS/PB e CPF nº 113-310.134-88, residente e domiciliado em Rua Manaus, 74, bairro Grotão, João Pessoa-PB, CEP 58079-778

### OUTORGADO:

**FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839, estabelecido à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB.

### PODERES:

A quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

### PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência (art. 105, CPC).

### CONTRATO:

Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

*Mikaelly Vasconcelos dos Santos*  
\_\_\_\_\_  
OUTORGANTE

---

Paraíba  
João Pessoa  
Rua Rodrigues de Aquino, 55  
Centro, CEP 58.013-030  
Tel.: (83) 3566.3006

[fidelis@fidelisadv.com](mailto:fidelis@fidelisadv.com)

Maranhão  
São Luís  
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A  
Renascença II, CEP 65.075-441  
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

x Mikhailly dos Santos



## SINISTRO 3180022610 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS  
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev  
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB  
BENEFICIÁRIO MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS  
CPF/CNPJ: 11331013488

Posição em 26-07-2019 15:55:43

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

21/02/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=Cj0KCQjwvdXpBRCoARIsAMJSKqLCTtWvmKYf...> 1/1



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>  
Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 2

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00055.01.2017.1.02.011**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00055.01.2017.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:15 horas do dia 01 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11<sup>a</sup> Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélia Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Mikaelly Vasconcelos dos Santos, CPF nº 113.310.134-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Corretora de Imóveis, filho(a) de Marinalva Vasconcelos dos Santos e Jose Ronaldo Severino dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/11/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manaus, Nº 74, complemento casa, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98671-3233.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Rua Estevão Gerson Carneiro da Cunha, Outros, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/16 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

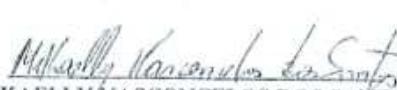
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG FAN DE COR PRETA ANO 2013, DE PLACA OFX-4086-PB, CHASSI Nº 9C2JC4110DR735689, EM NOME DE WAGNER DA COSTA MACÁRIO, QUANDO FOI COLIDIDA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA CONFORME CERTIDÃO EXPEDIDA PELA DRA. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM PB 3137, DATADA DE 29/07/2017.

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

João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2017.

  
**CLEODON FERREIRA DA SILVA**  
Agente de Investigação

  
**MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS**  
Noticiante

Procedimento Policial: 00055.01.2017.1.02.011

1/1





## CERTIDÃO

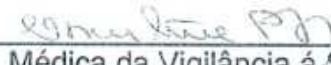
Nº. 1106/2016

Atendendo solicitação de **MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial N° 859367 pertencente ao mesmo que foi atendido no dia 09/06/2016 às 14H31min, vítima De colisão carro x moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura en radio distal desalinhada. Realizado procedimento clínico.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de julho de 2016

  
\_\_\_\_\_  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859367 Adm: Não Reg:  
Data: 09/06/2016  
Hora: 14:31:28  
Recepção: JUSSARA DOS SANTOS  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2016.06.000728

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3814302 Fone: 988631695

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/11/1996 Id: 19 ano(s)

End.: RUA EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA, 134

Bairro: FUNCIONARIOS II Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Pai: JOSE RONALDO SEVERINO DOS SANTOS

Mae: MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS

Ocupação: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 988631695 / IDENTIDADE: 3814302

Procedencia: BAIRRO JOSE AMERICO

Transporte utilizado: SAMU/ COLISAO MOTO X CARRO NA RUA JERSON CARNEIRO

Vitima de acidente por: DA CUNHA PROX A NET AS 13:30HS CONDUTORA

Vitima de violência por: ENS. MEDIO COMP. PARDA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemias:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Colisão envolvendo moto, traume em punho D

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Pt. vítima de colisão entre moto e carro. Local: Rua Jerson Carneiro  
Punho D

Diagnóstico

| Conduta

Rx punho D

Pcua de ORTOPEDIA

Prescrição

| Horário da medicacão



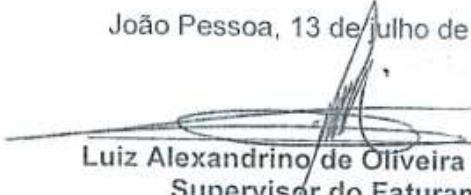


Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07  
Av. Júlia Freire, 1058-Expeditonários – (83) 3255-8900  
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

### DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que a paciente MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS, foi atendida neste Hospital no dia 09.06.2016 e sendo internada durante o período de 10.06.2016 a 12.06.2016, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário nº 13768110.

João Pessoa, 13 de julho de 2016.

  
Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto  
Supervisor do Faturamento

Clinica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto

Supervisor de Faturamento

53



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>  
Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 7



HOSPITAL DA  
PARAÍBA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
36561483



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

14/07/2016 12:20:35

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13768110	MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS	F	27/11/1996	19
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
SSDS PB	11331013488		2-SOLTEIRO	

Endereço

R EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA 134 FUNCIONARIOS JOAO PESSOA-PB CEP:58000000

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
98642 5903		MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
10/06/2016	09:22		
Médico Atendente			Clinica
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			0 INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	I N D I V I D U A L
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	4-PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira:	Validade	
30100873937012021		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	
1631709	99996666	C10434145	Descrição
1631709	30721199	C10434145	INTERNACAO
			FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO

R4310RI - LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA NETO



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>  
 Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 8

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:29

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36553030 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO Nº: 04983753 09/06/2016 às 23:26 Leito: 118215 CRM 4518

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

CID10 S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10 S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO





HOSPITAL DA  
PÓPUA

## BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - HGJP

13/06/2016 15:56

Paciente: MIRELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36561483 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO  
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 8734 Nº: 04989574 10/06/2016 às 10:46 Letto: 1A-1C3

### DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Cirúrgico S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

### DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 10/06/2016

Hora Da Cirurgia 10:46

Cirurgia OSTEOSINTSE COM FIOS PERCUTANEOS

Cirurgião DR RAFAEL LARA

Anestesiista DR JULIANO

Descrição Cirúrgica  
1-ANESTESIA  
2-ANTISEPSIA + ASSEPSIA  
3-COLOCACAO DE CAMPO CIRURGICO  
4-REDUCAO DO FRAGMENTO DA FRATURA E FIXACAO COM 02 FIO  
DE KIRCHNER NO PUNHO DIREITO  
5-CONTROLE FLUOROSCOPICO OK  
6-TALA GESSADA TIPO LUVA



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>  
Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 10

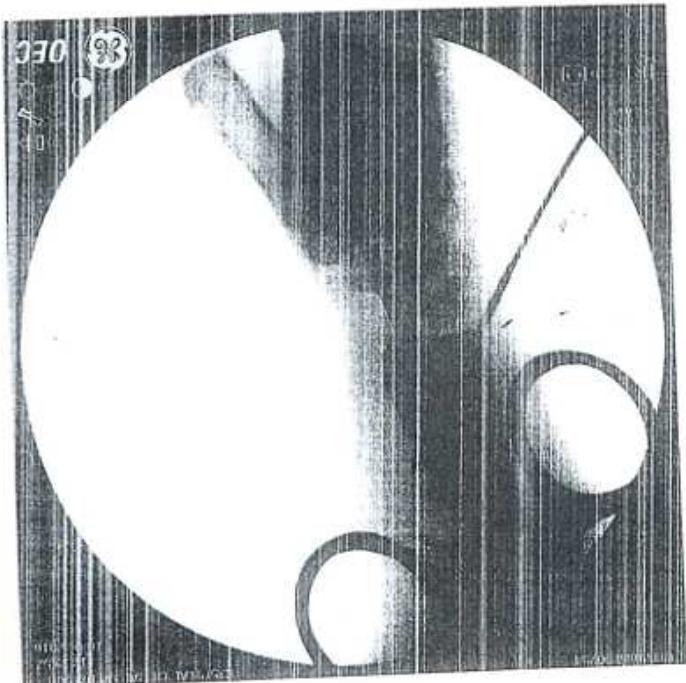
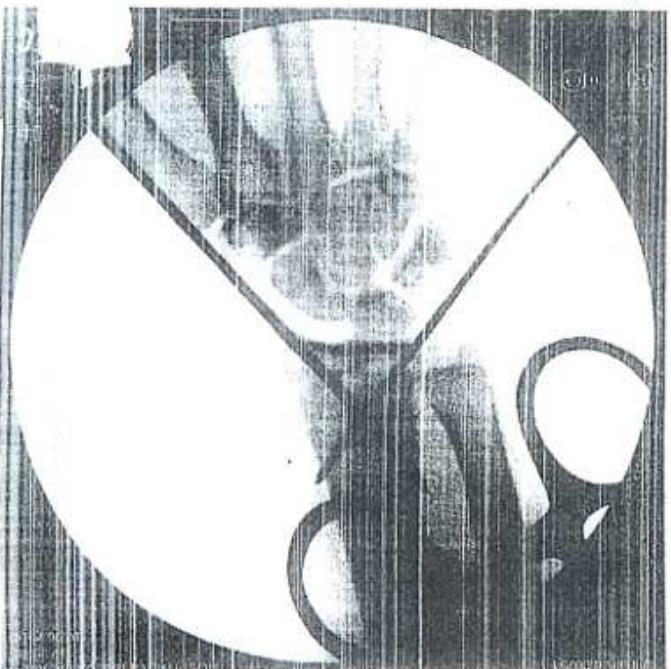
## FICHA DE ANESTESIA

Name: McNelly Venezuela Gómez Date: 10/06/16  
 Ids: 19a Sex: ± 60 kg Series: F.K. 11 (1)  
 Frontal: 13 268150 Comments: grande  
 Diagnóstico: Fistula expulsiva recto-rectal (D) (gruesa)  
 Cirugía: NO. enyesada Anestesia: BV. pleco + sedación  
 Cirujano: Rafael Losa ASA: (i)

1.5 R> A  
X  
X  
X

Rev. Anestesiolo - CEMI - Prof. Dr. J. M. Basso





PAGINA - 0001 / 0001  
DATA - 15/06/16  
HORA - 16:27:45

Operacional ? Sim ( ) Nao ( X )  
Telefona: 8332441520  
Telefona:

acao Procedimento: NORMAL  
MENTO CIRURGICO

:01

Ita Dt Liberacao CNHAP Dt Internacao  
\* 10/06/2016 10/06/2016  
Operador CNHAP  
AROGERIO  
Qdt Dias Situacao  
1 LIBERADO

DOC	VL Fornec	VL CNHAP	Tx Computador	Op Lib	NR
	13.00	13.00	35.00	SIM	NR
	15.48	275.48		NAO	

31879

R\_DPIVRS 57636001



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>  
Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 12



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
36561483



13/07/2016 08:30:59

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário 13768110	Nome do Paciente MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS		Sexo F	Nascimento 27/11/1996	Idade 19
RG SSDS PB	CPF 11331013488	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO		
Endereço R EUGENIA DE OLIVEIRA LIMA 134 FUNCIONARIOS JOAO PESSOA-PB CEP:58000000					
Telefone Residencial 98642 5903	Telefone Trabalho	Nome da Mãe MARINALVA VASCONCELOS DOS SANTOS			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP

Data 10/06/2016	Hora 09:22	Matricula	Tipo Documento
Médico Atendente 29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			Clinica 4-CIRURGICA
Médico Acompanhante 29510716 JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO			Tipo Atendimento 0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio 1822-HAPVIDA JOAO PESSOA Carteira 30100873937012021	Plano INDIVIDUAL 4-PLANO INDIVIDUAL ENFERMARIA - COLETIVO Validade
--	--

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
N. Guia 1631709	Procedimento 99996666	Senha C10434145
1631709	30721199	Descrição INTERNACAO FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO

*Reagendado 10/07/2016*

R4310RI - LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA NETO



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>  
Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 13

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:26

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36549501 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): MARCOS VINICIOS AMORIM FREITAS Nº: 04979124 09/06/2016 às 17:45 leito:  
CRM 7605

ANAMNESE

CID10

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Queixas e Sintomas Gerais

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM PUNHO DIREITO HÁ 5 HORAS

HDA



## Evolução de Enfermagem

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

13/07/2016 08:30

Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS Atendimento: 36553030 Prontuário: 13768110 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO COREN Nº: 04983861 09/06/2016 às 23:39 Telefone: 118215  
783734

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE TRAMAL AMPL 100MG 0 EV ADMINISTRADO AS 23:39, EM 09/06/2016  
SUPORTE RESP. GISELY MARIA DA CONCEIÇÃO, COREN/PB 783734.



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT N°

33602391



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA -- SPISADT N° 23592792								
1 - Registro Ativo <b>ALBERTO GOMES</b>	2 - Nº Guia Principal 23592792	4 - Data da Realização 09/06/2016	5 - Série	6 - Data de Validade da Série 09/06/2016	7 - Data da Envio/Abertura da Guia 09/06/2016			
DADOS DO BENEFICIÁRIO								
8 - Número da Carteira 30105873930101201	9 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	10 - Unidade da Carteira	11 - Nome MISAELEY VASCONCELOS DOS SANTOS	12 - Número do Cadastro Nacional da Saúde				
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE								
13 - Código na Placa do CNH/COPFF V11469G000107	14 - Nome do Contratado CERICA ORTO E TRAUM DE JOAO PESSOA - HOSP	15 - Código CNES 23592792						
16 - Nome do Profissional Solicitante JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO		17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 4518	19 - UF PB	20 - Código CBO 6			
DADOS DA SOLICITAÇÃO/APROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS								
21 - Data/Hora da Solicitação 09/06/2016 16:35	22 - Centro de Referência C.E. - Estação U - Urgência/Emergência	23 - CID ICD SS05	24 - Início da Consulta	25 - Fim da Consulta	26 - Código do Procedimento 00010071	27 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	28 - Data da Saida 09/06/2016	
1 - 02 2 - 00 3 - 4 - 5 -	1 - 02 2 - 00 3 - 4 - 5 -	1 - 02 2 - 00 3 - 4 - 5 -	1 - 02 2 - 00 3 - 4 - 5 -	1 - 02 2 - 00 3 - 4 - 5 -	1 - 02 2 - 00 3 - 4 - 5 -	1 - 02 2 - 00 3 - 4 - 5 -	1 - 02 2 - 00 3 - 4 - 5 -	
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE								
30 - Código na Operadora CNPJ/CPF 45681465420	31 - Nome do Consultor JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	32 - T. Iug.	33-34-35 - Legislação / Normas / Complementos	36 - Município	37 - UF	38 - Cod. BCO	39 - CEP	
41 - Código da Placa do CPFF/BEN 45681465420	42 - Conselho Profissional CRM	43 - Número no Conselho 4518	44 - UF PB	45 - Código CBO 6	46 - Guia de Previdência			
DADOS DO ATENDIMENTO								
46 - Tipo de Atendimento 01 - Ambulatório 02 - Palpação Cirúrgica 03 - Transporte 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Medicamento Domicílio 07 - SAOT Internado 08 - Consultor externo 09 - Radioterapia 10 - TMR - Exame Referência/Substitutivo	47 - Início do Atendimento 0 / Admitido ou Dessa reinternação/Retorno 1 - Trânsito 2 - Deixa	48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Número SADT 3 - Nefrologia 4 - Internação 5 - Alta 6 - Outro						
CONSULTA REFERENCIAL								
49 - Tipo de Consulta	50 - Tipo de Diagnóstico							
A - Aguda C - Crônica	B - Agudo M - Mórbida D - Dia							
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS								
51 - Data 09/06/2016 09/06/2016	52 - Hora Inicial 11:11:11 11:11:11	53 - Hora Final 11:11:11 11:11:11	54 - Série 1 1	55 - Código Procedimento 00010071 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 33210012 CALHA OU TALA MEMBRO	56 - Glosa 1 1	57 - Via 1 1	58 - Tese 1 1	
59 - Número / Apresentação 60 - Valor Unidade / R\$ 0,00 0,00	61 - Valor Unidade / R\$ 0,00 0,00	62 - Valor Total / R\$ 0,00 0,00						
63 - Data e Assinatura do Procedimento em Série								
1 - 11:11:11 2 - 11:11:11	3 - 11:11:11 4 - 11:11:11	5 - 11:11:11 6 - 11:11:11	7 - 11:11:11 8 - 11:11:11	9 - 11:11:11 10 - 11:11:11				
64 - Observações								
65 - Total Procedimento - R\$ 0,00	66 - Total Taxas e Acréscimo - R\$ 0,00	67 - Total Medicina - R\$ 0,00	68 - Total Medicamentos - R\$ 0,00	69 - Total Diárias - R\$ 0,00	70 - Total Gastos Medicinais - R\$ 0,00	71 - Total Gastos da Guia - R\$ 0,00		
66 - Data e Assinatura do Solicitante 13/07/2016		67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 13/07/2016		68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Representante 09/06/2016		69 - Data e Assinatura do Prestador Executante 09/06/2016		
R3100ANS - LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA ALMA 13/07/2016 09:20		10:12:05						



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº Prescrição: 9806884	Atendimento: 36553030	Pontuário: 13768110	Data: 09/06/2016	Hora: 23:28
Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS		Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP JOAO PE	
1. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG Agora EV	Peso: kg	Leito: 118215/27
Agua Destilada	100 ml			
7. Alta em: 09/06/2016 apartir de 23:30	ALTA AMBULATORIAL NORMAL			
Alta dada por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO				

RP1541

LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA - 13/07/2016 08:30

10.1.22.96

13/7/2016



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441283200000026991488>  
 Número do documento: 20020509441283200000026991488

Num. 27982064 - Pág. 18

**CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE JOÃO PESSOA LTDA**  
MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

Nome: Alípiaelly Morencela dos Santos Registro: 36 561483 CONVÉNIO: Hapvida  
Tipo de Cirurgia: Trauma do Pernos Direitos CHURGIÃO: D. Rafael Lobo  
P. auxiliar:  Anestesiologista: D. Rafael Lobo Tipo de Anestesia: Blasóxico + Seclor

Instrumentador(a):

Início:

Fim:

Duração:

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.	Materiais	Cód.	Q.	Materiais(Fios)	Cód.	
Vitamina A 5000 UI	3272	1	Vitamina C 1000 mg	14572	1	Compressas limpas	20182	50	Fio de Algodão Argilado 2-0	10-50	
Vitamina D 1000 UI	3429	1	Otacalox 500 (Oxacalox)	121737	1	Compressas gizadas	13304	05	Fio de Algodão Argilado 3-0	10-30	
Vitamina E 400 UI	3428	1	Panacurina 2mg	42315	1	Congelador 2 vias	41204	1	Fio de Algodão Argilado 4-0	10-40	
Vitamina K 100 UI	35181	1	Plastilamp	49581	1	Decolorante Pensose 2	26-03		Fio de Algodão S. Ag. Bruto 3	10-30	
Vitamina N 5000 UI	31753	1	Prostofit	96000	1	Desinfetante 10% acetonil	27-004	50	Fio de Algodão S. Ag. Bruto 4	10-40	
Vitamin C 5000 mg 10ml	36084	1	Pragafit 10mg	45542	1	Equipos para gizadas	77-001	1	Fio de Algodão S. Ag. Bruto 5	10-50	
Vitamin C 5000 mg 10ml	36101	1	Pantogime 10mg	43060	1	Equipos Macropompa	27-063		Fio de Algodão S. Ag. Bruto 6	10-60	
Vitamin D 1000 UI	36462	1	Quidam	45150	1	Esquistópico	9-005	50	Fio de Algodão S. Ag. Bruto 7	10-70	
Vitamin E 1000 UI	48180	1	Ranitina/Amak 25 mg (amp)	28944	1	Fixação de Sonda de Drenagem	25534		Fio de Algodão S. Ag. Bruto 8	10-80	
Vitamin E 1000 UI	48194	1	Sedativo Sereptilax 250 ml	27591	1	Fixação de Sonda de Urina	25-06		Fio de Algodão S. Ag. Bruto 9	10-90	
Vitamina C 5000 mg 10ml	42090	1	Soro Ringer eletrolítico 500 ml	42200	1	Fita de Glicerina	134124		Fio de Algodão S. Ag. Bruto 10	10-100	
Vitamina C 5000 mg 10ml	42093	1	Soraballinger 100ml	118240	1	Goma Desenvolvel	10857	06	Fio de Glicerina Cravada 1-0	10-100	
Vitamina C 5000 mg 10ml	42400	1	Soro desidratado 1000 ml	43788	1	Lâmina de Bisturi N° 11	26-922		Fio de Glicerina Cravada 2-0	10-200	
Vitamina C 5000 mg 10ml	28-00	1	Soro hipotônico 500 ml	42300	1	Lâmina de Bisturi N° 15	36-053		Fio de Glicerina Simples 1-0	10-100	
Vitamina C 5000 mg 10ml	36811	1	Soro fisiológico 25 ml	43793	1	Lâmina de Bisturi N° 23	10-229		Fio de Glicerina Simples 2-0	10-200	
Vitamina C 5000 mg 10ml	33075	1	Soro fisiológico 250 ml	48260	1	Lâmina de Bisturi N° 24	112-070		Fio de Glicerina Simples 3-0	10-300	
Vitamina C 5000 mg 10ml	118477	1	Soro fisiológico 500 ml	48344	1	Lâmina p/ Glútema	54040		Fio Ethibond 1-0	10-100	
Vitamina C 5000 mg 10ml	30003	1	Titan/Fluoxitoxin 4-mg (amp)	119765	1	Lâser	105112		Fio Ethibond 2-0	10-200	
Vitamina C 5000 mg 10ml	39985	1	Titan/Fluoxitoxin 20mg (amp)	44415	1	Lâser de Picosecondo	106204	06	Fio Ethibond 3-0	10-300	
Vitamina C 5000 mg 10ml	40043	1	Tramal 10mg 10ml	36306	1	Lâser Laserline P-10	10-651		Fio Monocryl 1-0	10-100	
Vitamina C 5000 mg 10ml	40637	1	Tramal 10mg 10ml	59765	1	Lâser Estrela SP-25	10-691		Fio Monocryl 2-0	10-200	
Vitamina C 5000 mg 10ml	40838	1	Ultra 2mg	118970	1	Lâser Estrela SP-30	10-778		Fio Monocryl 3-0	10-300	
Vitamina C 5000 mg 10ml	125422	1	Vitamina C	45110	1	Lâser Estrela SP-35	10-104		Fio Monocryl 4-0	10-400	
Vitamina C 5000 mg 10ml	119145	1	Vitamina E	50044	1	Máquina Endo-ut	30-224		Fio Monocryl 17-0	10-400	
Vitamina C 5000 mg 10ml	40142	1	Vitamina E	50044	1	Máscara Desenvolvel	10127	06	Fio Monocryl 17-0	10-400	
Vitamina C 5000 mg 10ml	49987	1	Vitamina E	50044	1	Máscara	10104	30	Fio Monocryl 17-0	10-400	
Vitamina C 5000 mg 10ml	49990	1	Materiais	Cód.	Q.	Papel Encardível	10149	06	Fio Monocryl 17-0	10-400	
Abracath Jelco N 14	130021	1	Abracath Jelco N 24	30228	1	PVP Desengomante	21-29		Fio Monocryl 17-0	10-400	
Abracath Jelco N 14	145419	1	Abracath Jelco N 22	30210	1	PVP Tissue	21-160		Fio Monocryl 17-0	10-400	
Abracath Jelco N 22	36722	1	Abracath Jelco N 20	30204	1	Seringa Descatável 1ml	30-018		Fio Monocryl 17-0	10-400	
Abracath Jelco N 22	36730	1	Abracath Jelco N 18	30198	1	Seringa Descatável 5ml	30-556		Fio Monocryl 17-0	10-400	
Abracath Jelco N 16	37400	1	Abracath Jelco N 16	30180	1	Seringa Descatável 10ml	30-004		Fio Pringle 0	10-100	
Abracath Jelco N 16	75554	1	Agrilho de Rágue N° 25	118455	1	Seringa Descatável 20ml	30-012		Fio Pringle 2-0	10-200	
Abracath Jelco N 16	48593	1	Agrilho de Rágue N° 26	118456	1	Sonda de Angiografia N° 06	30-014		Fio Pringle 3-0	10-300	
Abracath Jelco N 27	48588	1	Agrilho de Rágue N° 27	118318	1	Sonda de Angiografia N° 08	30-043		Fio Pringle 4-0	10-400	
Abracath Jelco N 16	363501	1	Agrilho 154.7	27647	1	Sonda de Angiografia N° 10	30-051		Fio Verte N° 0	10-100	
Abracath Jelco N 16	36412	1	Agrilho 16-12	22450	1	Sonda de Angiografia N° 12	30-045		Fio Verte N° 2-0	10-200	
Abracath Jelco N 16	133144	1	Agrilho 16-16	21730	2000	Sonda de Angiografia N° 14	30-031		Fio Verte N° 3-0	10-300	
Abracath Jelco N 16	41462	1	Abracath Endo	31247	1	Sonda de Angiografia N° 16	30-021		Fio Verte N° 4-0	10-400	
Abracath NPH 10cm	41530	1	Aldgil	51063	01K	Sonda de Angiografia N° 18	30-010		Fio Verte N° 6-0	10-600	
Abracath 0,5% C 55 40 ml	134164	1	Aldgillo cromopatina 15	120191	1	Sonda de Angiografia N° 20	30-003		Clorez Alcoolica 200	100	
Abracath 0,5% C 55 40 ml	134165	1	Aldgillo cromopatina 20	119250	1	Sonda de Angiografia N° 20	30-006		Clorez Alcoolica 200	100	
Abracath 25% 30 cm	45233	1	Atadura Crepon de 30cm	22936	1	Sonda Foley N° 12	31291		Taxa/Equipamentos	Cód.	Q.
Abracath 25% 30 cm	45217	1	Atadura Crepon de 35cm	22944	1	Sonda Foley N° 14	31291				
Abracath 25% 30 cm	45230	1	Atadura gomada 10 cm	30074	1	Sonda Foley N° 16	31130				
Abracath 25% 30 cm	45268	1	Atadura gomada 15 cm	30062	1	Sonda Foley N° 18	31481				
Abracath 25% 30 cm	46037	1	Atadura gomada 20 cm	30060	1	Brincofix	107256				
Abracath 25% 30 cm	46051	1	Capa VHL	27003	1	Ajuda de Flocos de Pvc	200				
Abracath 25% 30 cm	10250	1	Cápsula p/ oxigênio	30163	1	Fio de Kishner 15	100				
Abracath 25% 30 cm	149840	1	Cimp. Clorídrico	10992	1	Fio de Kishner 2,0	100				
Abracath 25% 30 cm	118835	1	Crip p/ Colostomia	27030	1	Fio de Kishner 3,0	100				
Abracath 25% 30 cm	127562	1	Códeco de arma fechado	30398	1	Fio de Kishner 4,0	100				

Vinícius Vassouras  
Santos

3) Sociente por fraction of  
parte no Pochos Objetos  
dovidos, encerrado na -  
Tomando empreco  
com Afron Am Rio  
de Janeiro.  
RJ, 09/06/16

Ceará Fortaleza (85) 3255.9000  
(85) 3215.2500  
(88) 3512.1515  
(85) 3208.2100  
(84) 2220.5050

24h. 0300-7891630  
(92) 3617.0300  
(98) 3217.3400  
(83) 3321.9200  
(84) 3316.1170

(71) 3203.6700  
(91) 3289.6500  
(85) 3216.7100



# Diagnóstico de Enfermagem

Paciente: Adriana Oliveira

Leito: 107

Mor deente:

Altura:

Data nascimento: 11/08/1971

Data: 10/06/16

**DESENOSTICOS** - Marque com um "X" nos diagnósticos presentes e sublinhe ou acrescente desenosticos relacionados.

Aplicável s t q q ss d

Ansiedade estresse ineficaz/ interrompida relacionada ac déficit de conhecimento; prematuridade, reflexo diminuído de sucção, doença da mãe.

--	--	--	--	--	--

Ansiedade de relacionamento ao estresse, necessidades não satisfeitas, ameaça de morte, separação de pessoas significativas, mudança do estado de saúde, mudança de ambiente.

--	--	--	--	--	--

Selvaticismo - estima relacionada à distúrbios na imagem corporal, prejuízo funcional, mudança de papel social.

--	--	--	--	--	--

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída relacionada à perfusão cerebral diminuída, PIC aumentada, lesões cerebrais, diminuição na perfusão cerebral.

--	--	--	--	--	--

Comunicação verbal prejudicada relacionada à diminuição da circulação cerebral, barreira física, condições fisiológicas, efeitos colaterais e medicamentos.

--	--	--	--	--	--

Confusão aguda relacionada à demência, delírio, abstinência de álcool e outras substâncias.

--	--	--	--	--	--

Confusão crônica relacionado à demência por multi infarto, TCE, Alzheimer, AVE.

--	--	--	--	--	--

Concentramento deficiente relacionado à limitação cognitiva, falta de familiaridade com os recursos de informação, interpretação errônea de informações, falta de interesse de aprender.

--	--	--	--	--	--

Consciopação relacionada à redução da privacidade, tensão emocional, efeitos adversos de medicamentos, lesão neurológica.

--	--	--	--	--	--

Deficiência prejudicada referente à limitação no leito, doença física, dor.

--	--	--	--	--	--

Defeito cardíaco diminuído relacionado à ritmo, frequência cardíaca, volume de ejeção, batimentos, pressão arterial, pressão capilar, pressão venosa, pressão arterial pulmonar, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica alterados.

--	--	--	--	--	--

Deficiência de autocuidado para o banho/ higiene relacionado à diminuição da falta de movimentação, fraqueza, cansaço, ansiedade, dor, prejuízo neuromuscular.

--	--	--	--	--	--

Deficiência prejudicada relacionada à cistérnios respiratórios, alimentação anterior por sonda, lesão neuromuscular, obstrução mecânica, doença cardíaca, defeitos congênitos.

--	--	--	--	--	--

Deficiência prejudicada das VAS relacionado à secreções retidas e nos brônquios, disfunção neuromuscular, infecção, DPOC.

--	--	--	--	--	--

Deficiência relacionada à alimentação por sonda, efeitos adversos de medicamentos, processos infeciosos, ansiedade e estresse.

--	--	--	--	--	--

Deficiência Crônica relacionada à agentes biológicos, químicos e físicos.

--	--	--	--	--	--

Deficiência prejudicada relacionada à infecção no trato urinário, dano, sensório motor, dor, dor.

--	--	--	--	--	--

Fadiga - relacionada à ansiedade, depressão, barulho, privação do sono, estado de doença, exaustão, má nutrição.

--	--	--	--	--	--

Dificuldade de respirar relacionada à doença ou trauma, medicamentos.

--	--	--	--	--	--

Hipotermia relacionada à exposição à ambiente frio, uso de vaso dilatadores, doença ou trauma, infecção.

--	--	--	--	--	--

Incapacidade neonatal relacionada à idade do neonato entre 1 a 7 dias, meconígio, perda de peso acelerado, dificuldade a realizar a transição à vida extrauterina.

--	--	--	--	--	--

Incapacidade intestinal relacionada à esvaziamento intestinal incompleto, anormalidade de estreitamento, estresse, diminuição geral do tônus muscular, cognição prejudicada, diarréia crônica.

--	--	--	--	--	--

Problema respiratório ir eficaz relacionado à hiper ou hipovenilação, dor, ansiedade, disfunção neuromuscular, posição do corpo, fadiga de musculatura respiratória.

--	--	--	--	--	--

Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a hipovolemia, hiperolemia, hipoventilação,

--	--	--	--	--	--



# PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APLICÁVEL	APRAZAMENTO
<b>REFRIGERAR</b>		
1. Refresco de cítricos	M( ) T( ) N( )	
2. Refresco de canela	M( ) T( ) N( )	
3. Refresco de melado	M( ) T( ) N( )	
4. Suco de laranja	M( ) T( ) N( )	
<b>ALIMENTOS</b>		
1. Sopas: sopa antialérgica oral e circular	M( ) T( ) N( )	
2. Tortas: tortas de frutas elevadas		Continuo
3. Sopas: sopa líquida e passagem de alívio / proteção dos calcâneos		09 12 15 18 21 24 06
4. Sopas: sopa de leite e álcool 70% antes da cada massagem		Cada Massagem
<b>ATENÇÃO</b>		
1. Beber: bebidas		Atenção
2. Fazer: exames do setor		No ato da admissão - hora:
3. Fazer: exames: ____/____ h		
4. Fazer: exames elevados:		Continuo
5. Tomar: de SNG/SNE com 20ml de água após infusão da cada dieta		09 12 15 18 21 24 06
6. Beber: leite materno: ____/____ h		
<b>ENQUANTO IPOLCAR</b>		
1. Tomar: leite materno e toaleteas a 48hs		Hora:
2. Trocar: máscara respiradora a cada 7 dias		Hora:
3. Tomar: TET SN		SN - Hora
4. Tomar: leite materno quando vendidas a SN		Hora:
5. Tomar: cal		Hora:
6. Tomar: leite materna		Hora:
7. Tomar: leite materno		Hora:
8. Tomar: leite materno tipo		Hora:
<b>EXCEÇÃO</b>		
1. Tomar: leite materno / acompanhamento das hidratações	M( ) T( ) N( )	
2. Tomar: leite materno via enteralizado	M( ) T( ) N( )	
3. Tomar: leite de expresso central / parentérico	M( ) T( ) N( )	
<b>CONTRATO INTERCORRÊNCIAS AO(A) ENFERMEIRO (A)</b>		
1. PROBLEMA PSICOLÓGICO		Hora:
		Atenção



## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de  
11/06/2016 01:44 AM

Nº Prescrição: 9816772 Paciente: MIKAELLY VASCONCELOS DOS S/ Prontuário: 13768110 Data: 10/06/2016 Hora: 22:57  
Aendimento: 36561483 Leito: 1A-107 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

### 2 - REALIZAR/REGISTRANDO

Sinais Vitais - Pressão Arterial 19:00 11/06 01:00 11/06 07:00

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

10/06/2016 22:00 PACIENTE EM IDPO DE FRATURA DE PUNHO CONCIENTE, ORIENTADA EM AVP ,ATB, SEQUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	EDJANEIDE VICENTE
11/06/2016 02:00 PACIENTE MCPM	EDJANEIDE VICENTE
11/06/2016 03:00 PACIENTE SEQUE EM SONO E REPOUSO PRESERVADO	EDJANEIDE VICENTE

11/06/2016 04:00 PACIENTE SEQUE MCPM VERIFICADOS SSVV SEQUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

EDJANEIDE VICENTE

### PROFISSIONAIS

EDJANEIDE VICENTE DOS SANTOS (COREN 696786)





## **EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO**

Nome do paciente: Wenceslau Silveira  
Idade: 19 Leito: 157 - Dias de internação:  
HD: \_\_\_\_\_ Unidade: Hospitalar

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO	EXAME FÍSICO
1. Físico e Consciência e Comportamento	8. Controles Vitais (Média do Período)
1. Orientação / Respostas	9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias
2. Sono e Repouso	10. Membros / Sistema Vascular
- Teto - Rota de Respiratório e Cardíaco	11. Pele / Evolução da Ferida
3. Fígado	12. Sinais e Sintomas Referidos
4. Exames - Sistema Respiratório	13. Exames e Procedimentos Realizados
5. Exames	14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

HORAS	DATA	EVOLUÇÃO
16h00	16/06/2016	paciente admitido com lesão cutânea lentiginosa da face. Perguntas: não se tem história de ferimento, não tem praticado a ação de exposição à radiação solar. Tratamento: desbridamento e cobertura com creme hidratante.



# CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: <i>Francisco Varonudos Soárez</i>		Idade: <i>11</i>
Pontuário:	<i>100</i>	Data de admissão: <i>11/11/2019</i>
Médico:	<i>Rafael Lobo</i>	
Acomodação:		

DATA DA ADMISSÃO	<i>10/11/2019</i>
HORÁRIO	<i>10:00</i>
Setor:	<i>Urgência</i>
Horário:	<i>10:00</i>

Marque com um "X" as opções da checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente)			Setor: <i>Urgência</i>		
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N
Identificação do paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exames de imagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avale de pre-anestésica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada de adomos/prótese e guarda adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações de lateralidade pelo MA.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termo de consentimento concedido - cirurgia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmação de vaga em UTI.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termo de consentimento concedido - anestesia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pronto para a cirurgia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmação de reserva de sangue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimento: 2h antes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSINATURA:	<i>Andréa Borges</i>	

ANTES DA INJEÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista do BO):			Setor: <i>Urgência</i>		
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N
Confirmar identidade do paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmada reserva e disponibilidade de sangue se risco de perda sanguínea (>500ml/adulto - 7ml/kg Criança).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimento:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via aérea difícil / risco de aspiração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPF e nome.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmação de vaga em UTI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificar disponibilidade dos equipamentos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checagem completa das medicações a serem utilizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perfusão intravenosa.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):		
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N
Verificação da equipe cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgião, anest. assistente e enfermeira verbalmente confirmam:		
Letra da mão do procedimento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente certo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialista identificado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASSESSIMENTO DE EVENTOS CRÍTICOS:		
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N
Revisão do cirurgião		
Verificar se o instrumental específico para o procedimento a ser realizado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checklist de equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedente anestésico realizada nos últimos 60 min.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão da anestesista		
Checklist de medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão da enfermagem		
Checklist de procedimento em sala e funcionando.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lista de uso do material confirmada e validada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADMITIMENTO PROcedimento - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):		
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificação e atendimento correta de material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de guias e/ou reatores pelo médico cirurgião.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manutenção do leito elevado 30° a 45°.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação de posicionamento de membros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação de cuidados com drains e sondas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lançadas S = Sim / N = Não / NSA = Não se aplica.



Nº da  
Prescrição: 0009810523 Atendimento: 36561483  
Nome: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

Promtúario: 13768110 Data: 10/06/2016 Hora: 10:42  
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJJP  
Peso: 65,00 kg Leito: 1A-103/1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

Vta dada por: RAFAEL LARA DE FREITAS

Até para o SNO

EROFIX Ass.

Legenda horário :  Indica item não administrado.  
 Indica item checado.





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



08.806.754/0015-40  
TOMO 1 VOLUME 006 N.º 134  
PROTOCOLO 1307510  
DATA 09/06/2016  
SALVAMENTO MÉDICO  
AO PACIENTE  
MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS  
Avenida Diógenes Chianca, 1777  
Bairro: Água Fria - João Pessoa - PB  
Data: 09/06/2016  
Horário: 13:30h  
Município: João Pessoa

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 607/076, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1307510, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS idade 19 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 09/06/2016, na R. Estevão Gérson Carneiro da Cunha, Bairro: Água Fria - João Pessoa - aproximadamente às 13:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Buriti (Ortoprátama - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 15 de Julho de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto

Exatristolog

CRM 6º Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

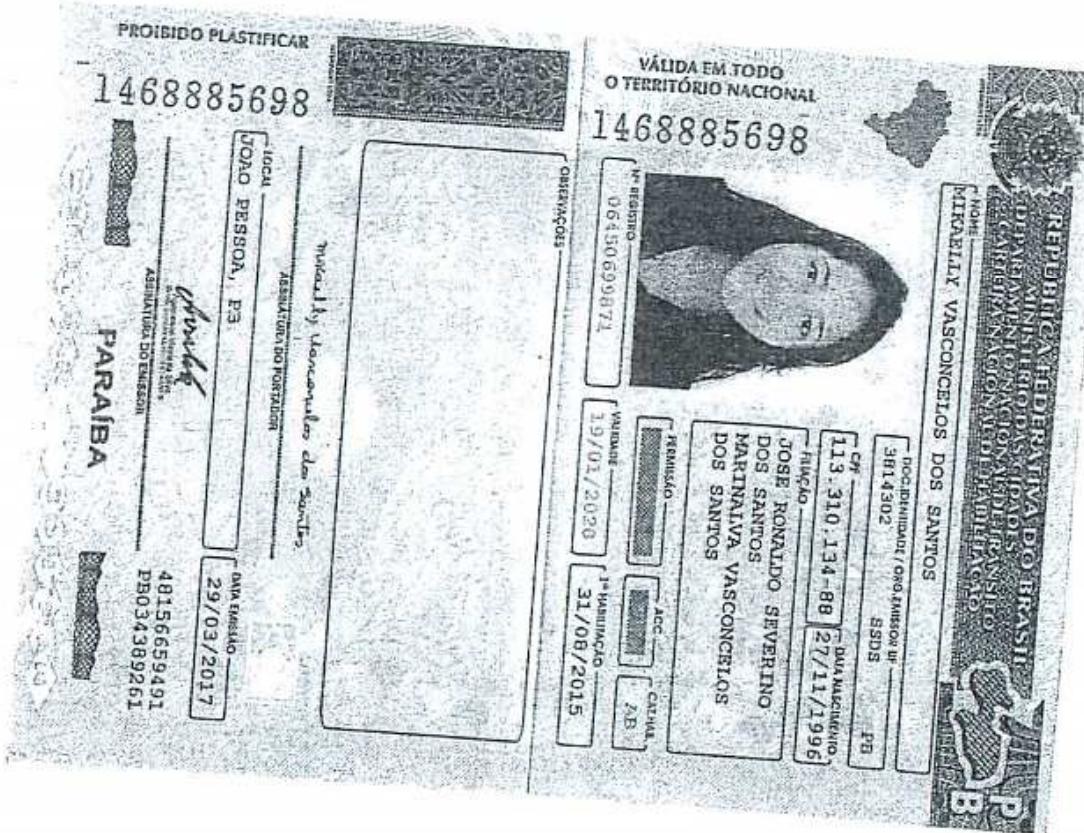
Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002050944131200000026991477>  
Número do documento: 2002050944131200000026991477

Num. 27982053 - Pág. 11

**RCHLO**RIACHUELO  
www.riachuelo.com.br**MIDWAY**FINANCEIRA  
www.midwayfinanceira.com.brTitular: MIKAELLY V D SANTOS  
Cartão: 02161.1118261.109

Vencimento	Saldo a Pagar R\$	Parcelamento de Fatura até o Vencimento	Parcelamento Automático Antes e Após o Vencimento
15/12/2017	175,11	ou Opção não disponível	ou Opção não disponível

Histórico das Despesas			
DATA	LOJA	DESCRIÇÃO	
14/09/17	001	COMPRA PARCELADA	VALOR DA COMPRA N.º PARC LANÇAMENTO DO MES
03/10/17	001	PAGAMENTO	510,48 03/03 175,16 D
15/10/17	001	Seguro Desemprego Novo	175,11 C 495,00
Caso você possua opção de parcelamento automático, pague qualquer valor acima da opção da parcela citada no BOX DE PARCELAMENTO AUTOMÁTICO que a diferença será parcelada com juros em até 12x fixas com valor de parcela mínima de R\$ 5,00. Essa opção é válida até 15 dias após o vencimento. Encargos por atraso e IOF referente ao período, serão incluídos no cálculo do financiamento. Multa contratual por atraso será debitada integralmente na próxima fatura.			
Limites R\$			
Limite Disponível para Compra em 15/12/17		R\$ 79,84	
Total de Compras a Vencer		R\$ 0,00	
Limite disponível de Crédito Pessoal: (*Sujeito a análise e aprovação)		R\$ 0,00	
Limite disponível para Saque: (*Sujeito a análise e aprovação)		R\$ 0,00	
Encargos			
Descrição		Valor	
REFINAN. DE SALDO		17,90% a.m.	
REFINANCIAMENTO MAX. PRÓXIMO MES		20,90% a.m.	
Multa Contratual por Atraso		2,00%	
JUROS REMUNERATÓRIOS POR ATRASO		17,90% a.m.	
Nº Sorteio - Produtos Financeiros			
Descrição		Código	Valor
			Data Sorteio
Informações Importantes			
CARO CLIENTE, CASO POSSUA SEGURO OU ASSISTÊNCIA CONTRATADA INFORMAMOS QUE O NÃO PAGAMENTO DO PRÉMIO MENSAL IMPLICARÁ NA AUSÊNCIA DE COBERTURA SECURITÁRIA E NO CANCELAMENTO DO SEGURO, CONFORME CONDIÇÕES GERAIS: WWW.MIDWAYFINANCEIRA.COM.BR.			

	237-2	23792.37403 92216.111820 61008.360002 4 0000000000000000			
Local de Pagamento	PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU NAS LOJAS RIACHUELO			Vencimento	15/12/2017
Beneficiário	MIDWAY SA - 09.464.032/0001-12 - R LEAO XIII, 500, TERREO ANEXO A, SP			Agência / Código do Beneficiário	2374-4/0083600-1
Data do Documento	Número do Documento	Esposo Documento	Acaba	Data do Processamento	Nossa Número
03/12/2017	161118261	DM	N	03/12/2017	09/22/161118261-0
Usa do Banco	Carteira	Esposa Moeda	Quantidade	Valor	1 (-) Valor do Documento
	09	Real	x		2 (-) Descontos / Abatimento
Instruções: (Texto de responsabilidade do beneficiário)	3 (-) Outras Deduções				
PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO. FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO, TERRÃO ACRESCIMOS E JUROS REMUNERATÓRIOS PELO ATRASO. O PAGAMENTO SOMENTE ESTARÁ DISPONÍVEL PARA A RIACHUELO APÓS 3 DIAS ÚTEIS NAO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE. DICA DE SEGURANÇA CORIFIQUE OS 5 PRIMEIROS NUMEROS DA LINHA DIGITAVEL. ELES SEMPRE DEVERÃO CORRESPONDER AO CÓDIGO DO BANCO BRADESCO 23792.	4 (+) Multa / Multa				
	5 (+) Outros Acréscimos				
	6 (-) Valor Cobrado				
Pagador	MIKAELLY V D SANTOS				
Secador / Avulsa					



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 200.1.19.29181/01
	Joaо Pessoa	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 03/10/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.629181 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/10/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 <b>Promovente:</b> MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.204,15
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866200000127 041509283184 520191031209 011929181011</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.204,15

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 200.1.19.29181/01
	Joaо Pessoa	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 03/10/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.629181 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/10/2019
<b>Promovente:</b> MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS <b>Promovido:</b> MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
<b>Detalhamento:</b> - Despesas processuais postais: - Cartas			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.204,15
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.204,15

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 200.1.19.29181/01
	Joaо Pessoa	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 03/10/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.629181 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/10/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 <b>Promovente:</b> MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.204,15
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866200000127 041509283184 520191031209 011929181011</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.204,15





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 200.2019.629181

**Data Vencimento:** 31/10/2019

**Data Emissão:** 03/10/2019

**Comarca:** Joao Pessoa

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS

**Promovido:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Valor da Causa:** R\$ 11.812,50

**Despesas Processuais:** R\$ 13,01

**Custas:** R\$ 1.012,60

**Taxa:** R\$ 177,19

**Total da Guia:** R\$ 1.202,80

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

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 05/02/2020 09:44:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020509441337100000026991476>  
Número do documento: 20020509441337100000026991476

Num. 27982052 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba  
11ª Vara Cível da Capital**

*Vistos, etc.*

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.



Assinado eletronicamente por: CARLOS EDUARDO LEITE LISBOA - 26/02/2020 15:35:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022615355745600000027528546>  
Número do documento: 20022615355745600000027528546

Num. 28553261 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba  
11ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0807345-06.2020.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [ Segredo ]  
Polo ativo: AUTOR: MIKAELLY VASCONCELOS DOS SANTOS  
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

### CERTIDÃO

Tendo em vista os efeitos das Resoluções 313, 314 e 318/2020 do CNJ e em face dos Atos Conjuntos 01 a 04/2020 adotados pelo TJPB, resta dificultado o encaminhamento de expedientes físicos via Aviso de Recebimento, pelo que os presentes autos passam a constar de relação de expedientes pendentes aguardando a normalização das atividades judiciais para seu imediato cumprimento. Certifico e dou fé.

JOÃO PESSOA, 13 de maio de 2020  
GENEYSSON ANDRE PEREIRA CORREIA



Assinado eletronicamente por: GENEYSSON ANDRE PEREIRA CORREIA - 13/05/2020 17:48:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051317483673100000029424417>  
Número do documento: 20051317483673100000029424417

Num. 30638844 - Pág. 1