

PROCURAÇÃO AD JUDICIA e ET EXTRA

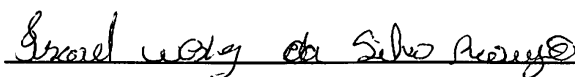
1) OUTORGANTE: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF/MF nº. 108;735.824-89 e portador do RG nº 3.780.485 – SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Cícero Galdino Batista, nº 88, Bairro Jardim Etelvina, CEP: 58.150-000, na cidade de Pocinhos, Paraíba.

2) OUTORGADA: JULIANA ALENCAR SILVA, nacionalidade, solteira, advogada inscrita na OAB/PB nº 25.466 e no CPF/MF nº 100.943.654-66, endereço eletrônico: jualencar.advocacia@gmail.com, com escritório profissional na Rua Presidente Epitácio Pessoa, nº 155, centro, na cidade de Solânea/PB, CEP.: 58.225-000.

3) PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de mandato, o outorgante constitui como sua bastante procuradora a outorgada, concedendo-a os mais amplos e gerais poderes, especialmente os da *cláusula ad negotia, extra judicia e ad judicia*, para o foro em geral, notadamente para os fins descritos no Item 4 do presente instrumento, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termos, oferecer defesa - direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelece-lo a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, afim de praticar todos os atos legais e necessários ao fiel desempenho do presente instrumento.

4) PODERES ESPECÍFICOS/ESPECIAIS: A presente procuração outorga a Advogada acima qualificada, os poderes específicos/especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, pedir gratuidade da justiça e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Solânea/PB, 19 de Junho de 2018.



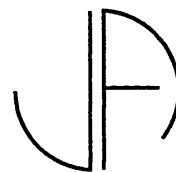
(Outorgante)



Rua Epitácio Pessoa, 155
Centro, Solânea/PB
Cep: 58225-000

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF/MF nº. 108;735.824-89 e portador do RG nº 3.780.485 – SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Cícero Galdino Batista, nº 88, Bairro Jardim Etelvina, CEP: 58.150-000, na cidade de Pocinhos/PB, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Solânea/PB, 19 de Junho de 2018.



(declarante)



Rua Epitácio Pessoa, 155
Centro, Solânea/PB
Cep: 58225-000

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-234



Israel Wesley da Silva Araujo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.780.458 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/08/2009

NOME ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

FILIAÇÃO EXPEDITO OLIVEIRA DE ASSIS
ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 06/01/1995

DOC ORIGEM NASC.N.14721 FLS.130V LIV.A-15

CPF CARTORIO POCINHOS-PB

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEINP7.116 DE 29/08/83





Número
108.735.824-89

Nome
ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Nascimento
06/01/1995

CÓDIGO DE CONTROLE
17FB.7C22.0418.0640



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 17:32:19 do dia 23/02/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





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

47801433

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2018

INES ARAUJO DA SILVA
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 88 - JARDIM ETELVINA
POCINHOS PB 58150-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
152.001.070.0158.000		000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A05X030474	18/08/2005	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA	
1073		1076	3	30		19/07/2018	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
MAR/2018	6	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2018	5	0	TURBIDEZ	0	0	0	
MAR/2018	4	0	CLORO	0	0	0	
FEV/2018	4	0	COL.TERMOT	0	0	0	
JAN/2018	4	0	COR	0	0	0	
DEZ/2017	0	0	COL.TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	5		DADOS REFERENTES A: ABR/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 20/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:38:09

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIM(S) MES(ES) ANT. 03/2018		0,73
JUROS DE MORA 03/2018		0,46

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS IPI 12,741/12

VENCIMENTO:

01/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 39,10



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHO"



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
47801433	JUN/2018	01/07/2018	R\$ 39,10

82690000000 9 39100010152 0 04780143301 3 06201870003 9



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361187300000027195245

Número do documento: 20021119361187300000027195245



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL-
DELEGACIA DE POCINHOS
rua Padre Antônio Galdino, Nº 211 - Centro - Pocinhos - 58150-000 - (83)



OCORRÊNCIA Nº 000148/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000148/18 registrada em 11/06/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de Pocinhos, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POCINHOS, quando encontrava-se presente o Bel. LAMARTINE LACERDA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:51 horas, compareceu o Sr. ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO, com 23 anos de idade, filho de EXPEDITO OLIVEIRA DE ASSIS e ELIETE DA SILVA ARAÚJO LINO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de POCINHOS - PB, Solteiro, escolaridade Superior Incompleto, profissão ESTUDANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3.780.458, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10873582489, residindo à rua CÍCERO GALDINO BATISTA, Nº 88, bairro JARDIM ETELVINA, na cidade de Pocinhos - PB, celular (83)99372-3939.

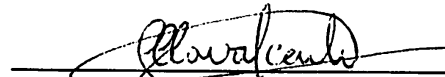
Declarou que:

QUE é proprietário da MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, COR PRETA, ANO 2011/2011, PLACA NPY 4243/PB, CHASSI 9C2NC4310BR106976, RENAVAM 0031525274-0, LICENCIADA EM NOME GUSTAVO CESAR DE S. RIBEIRO; QUE na data de 03/04/2018, aí por volta das 18:40h, quando transitava na motocicleta supra citada, nas imediações do ginásio de esportes, centro dessa cidade de Pocinhos/PB, sofreu um acidente ao tentar desviar de um cão que atravessava a rua naquele momento; QUE na ocasião, o comunicante, que estava sozinho, derrapou e tombou no chão, tendo a base do motor da moto lhe fraturado a perna esquerda em três pontos distintos; QUE foi socorrido por populares no local, que por sua vez chamaram de imediato o pronto atendimento do SAMU local; QUE após o primeiro atendimento médico, foi conduzido pelo SAMU ao Hospital de Traumas da cidade de Campina Grande/PB, onde foi examinado e permaneceu aguardando cirurgia por três dias; QUE após esse período, foi removido ao Hospital João XXIII, na mesma cidade, onde teve atendimento particular e passou por intervenção cirúrgica na perna esquerda, onde foram colocados 05 (CINCO) pinos e uma placa; QUE no dia seguinte à cirurgia, retornou para casa, onde permaneceu aproximadamente um mês de recuperação na cama e afirma que atualmente continua em tratamento fisioterapêutico. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Pocinhos, Segunda-feira, 11 de Junho de 2018


ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO

Declarante


GLEYDSON C. CAVALCANTE

Escrivão





POCINHOS – PB

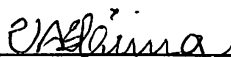
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS
Secretaria Municipal de Saúde
Juventude e Solidariedade



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e direito que o SAMU 192 POCINHOS, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Israel W. da Silva Araújo, vítima acidente de moto no dia 03/04/2018, zona urbana do município de Pocinhos, sendo encaminhada para HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE.

Atenciosamente:


Valquíria Anselmo de Souza Lima
Coordenadora Geral e de Enfermagem

Pocinhos-PB 28/06/2018.

Rua, Apolinário Costa SN, Nova Brasília – Celular (83) 9154 - 8652.
Celular (83) 8183-9572 CEP: 58150 - 000 Pocinhos - PB





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



Solicitação de Cópia de Prontuário

Eu Grand Wally da Silva Araújo, portador (a)
do RG nº 3.780.458 e de CPF nº 108.735.824-89, solicito ao
Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia do Prontuário do paciente
Grand Wally da Silva Araújo referente à
Ouvidoria do Hospital do dia 06/09/2018.

Campina Grande, 06/09/2018

Solicitante: Grand Wally da Silva Araújo
Telefone: 94232-3939

RECIBO

Recebi do Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia de prontuário do
paciente Grand Wally da Silva Araújo

Campina Grande, 10/10/2018

Recebido por: Grand Wally da Silva Araújo
RG: 3.780.458 CPF: 108.735.824-89





SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE E CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/04/2018
HORA: 17:22:17



64162

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
34851	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	06/01/1995	23	M			1-CATOLICA
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão	Fone Residencial	Fone Trabalho	
		3780458 SSP PB			991468846		
Filiação	Mãe: ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO	Pai:			Complemento Endereço		
Endereço	R. CICERO GALDINO BATISTA, 88 - MERCADO, POCINHOS-PB CEP:						
Atendimento	Data/Hora Atend.	Data/Hora Prev.	Sector	Tipo Atendimento			
64162	06/04/2018 17:26	07/04/2018 10:00	121710-RECEPÇÃO EMERGENCIA / ELETIVA - CNV	5-INTERNAÇÃO CIRURGICA			
Médico Atendente	310620-LEONARDO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA			Motivo Atendimento			
				4-INTERNAÇÃO/URGENCIA			
Plano / Convênio	Nº Carteira		Validade	Nº CNS			
0-PARTICULAR/0-PARTICULAR							
Posto	Acomodação		Leito				
POSTO 100	121813 POSTO 100 - APTO 103		APT-103 1				
Guia	Procedimento						
INTERNAÇÃO	99396666 INTERNAÇÃO						

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, CRM _____, Estado de(a) PB, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: ANA CAROLINA TOME DE SOUZA
Endereço: R. CICERO GALDINO BATISTA, 88 Bairro MERCADO, POCINHOS-PB
Telefone: 991468846

CAMPINA GRANDE, 06 de Abril de 2018

ROSANA FERREIRA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

Ana Carolina Tome de Souza
ANA CAROLINA TOME DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

NOME DO PACIENTE:	Jorge Menezes		
QUARTO/LEITO	503	DATA ADMISSÃO:	
		CONVÊNIO	Parte
		PRONTUÁRIO:	

[illegible]

CONTINUO ()				CONTINUO ()				CONTINUO ()				CONTINUO ()			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
3ADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
SUG:				DESUG:				DESUG:				DESUG:			
\				\				\				\			
DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS
3ADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
SUG:				DESUG:				DESUG:				DESUG:			
\				\				\				\			
DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS
3ADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
SUG:				DESUG:				DESUG:				DESUG:			
\				\				\				\			
DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS
3ADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
SUG:				DESUG:				DESUG:				DESUG:			
\				\				\				\			
DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS	DATA		HORAS	LTS
3ADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
SUG:				DESUG:				DESUG:				DESUG:			



- ~~Exat~~ Pontos admitidos para tratamento específico, ss vv Oclusão
a as curvaturas

Érica C. da Silveira
Téc. em Radiologia
COREN-PA 139733

1 Paciente em PAI tratamento cirurgico Fratura Tornozelo, Condição
2 e Orientado, sendo medicado C.p.m. em venoclise, segue em repouso
no leito no cuidados e controles da Enfermagem. repasso
Realizado Raio X anexo no sistema.





LEONARDO CEZAR

CIRURGIA DA MÃO
PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE CAMPINA GRANDE

Isso é Wiscoy e L

L

1) R. Juncos ARD

2.6.70

06/04/18

MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - ACUPUNTURA MÉDICA

Leonardo Cezar
Ortopedia - Cirurgia da Mão
Goleiro e Microcirurgia
CRM 10.545.10.07-0000

leocezzar@hotmail.com

SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata).

(83) 32011918

www.leonardocezarmao.com.br

Clínica Maior - (Nilo Peçanha 636 Prata).

(83) 9 99974277.



 Centro Hospitalar João XXIII Sistema de Assistência Social e de Saúde 				
MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100				
PACIENTE	CONVÊNIO			APTO
Israel Wesley da Silva Araújo	Part.			103
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento			04	
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)			02	
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)			06	
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Israel Wesley IDADE: _____ LEITO: 103

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: MANHÃ

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: _____ / _____ / _____ TURNO: TARDE

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: NOITE

pac. em ps operat. Torçozelo esquerdo
em dor + ATB, afétil no momento
carante, apresenta pequena sangramento
no local, em observação.

ENFERMEIRO (A): [Assinatura] COREN: 79071





CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: <u>06 / 04 / 18</u> Hora: <u>18:35</u>	Identificação: Etiqueta do paciente
Procedimento a ser realizado: ☐ Geral ☒ Ortopedia ☐ Cirurgia Cardíaca	<u>Israel Wesley da S. Araújo</u>

CHECK-LIST

☒ Prontuário Completo	<u>RX</u> ☒ <u>em sistema</u>	☐ Pen Drive/ CD
☐ Pulseira de Identificação		☐ Tricotomia local da cirurgia
☐ Avaliação Pré-Anestésica		☐ Exames Laboratoriais
☐ Consentimento Cirúrgico		☐ Exames Radiográficos
☐ Jejum desde: <u>06 / 04 / 18</u> às <u>06</u> h ECG		
☐ Alergias: <u>Nega</u>	☒ Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas	
Técnico de Enfermagem: <u>Andra</u>		COREN: <u>1254589</u>
OBS: _____		





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



RI: 64362

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL

Paciente: Israel Wesley da Silva Araújo - 23 anos
Registro: 34853 Quarto: 103 Leito: 1 Sala: 02 Convênio: Particular
Cirurgião: Dr. Leonardo Anestesia: Dr. Veldelino
Cirurgia: Trat. Cirúrgico Fratura Tornozeiro
Instrumentador: Rogério

Data: 06/04/2018

Início: 19:30

Término: 20:30

QTD	MED. ANESTESICAS	QTD	MATERIAL / SOLUÇÕES	QTD	POMADAS
	Clonidin amp.		Agulha Descartável 25x7		Epítezan
01	Dimof amp 1 mg	02	Agulha Descartável 40x12		Kolagenase
01	Dimof amp 0,2 mg		Agulha Descartável 13x4,5		Nebacetim
01	Dormonid amp		Agulha Peridural n° 17		Xilocaína Geléio
01	Esmeron amp		Agulha Raquí n° 25		
01	Fentanil amp. 2 ml	01	Agulha Raquí n° 27		
01	Fentanil amp. 10 ml	03	Atadura de Crepom n° 103		
	Hypnomidate		Atadura Gessada n°		
01	Ketalar fr/amp.		Bolsa Colostomia		
	Marcalina fr. Pesada		Borracha Silicone		
	Narcan amp		Cateter p/02		
	Nilperidol amp	01	Cateter Peridural		
	Nimblum	000	Clorhexedina Alcoólica	QTD	FIOS
	Propofol amp		Clorhexedina Aquosa	03	Mononytyon 3-0
	Sevorane	100	Clorhexedina Degermante 4% ul		Mononytyon
	Tramal amp	05	Compressa Grande (45x50 -0131)		Calgut cromado
	Tracrium	05	Dreno		Polycot
	Rapifen	05	Eletrodo dose.		Polycot
QTD	MEDICAÇÕES	01	Equipo Macrogotas c/injetor *		Prolene
01	Adrenalina		Equipo Microgotas c/injetor		Prolene
01	Água destilada amp		Equipo 4 vias		Vicril
01	Antak amp		Esparadrapo		Vicril
	Atropina amp		Filtro p/Respirador 100ml		Cromado
	Buscopan amp	06	Gases com 10cm²		Cromado
01	Cefazolina (Kefazol)	01	Gelco n° 20		Simples
01	Decadron amp		Intracath Adulto		Simples
01	Dipirone amp		Lâmina de Bisturi n° 11		Ethibond
	Dramin amp		Lâmina de Bisturi n° 15		Ethibond
	Efedrina amp	02	Lâmina de Bisturi n° 23	QTD	SOROS
	Garamicina amp	03	Luva Procéd. Pres	03	SF 100 ml
	Glicose amp		Luva n° 6,5 (estéril)	01	SF Normotérmico fr 500ml
	Hidro cortisona amp	03	Luva n° 7 (estéril)	01	SF Oxiado fr 500 ml
	Hisocel	03	Luva n° 7,5 (estéril)	02	SF Hipertérmico fr 500ml
	Kanakion amp	03	Luva n° 8 (estéril)		Soro Ringer fr 500 ml
	Keftin fr		Luva n° 8,5 (estéril)		SG fr 500 ml
	Laxil amp		Luva n° 8,5 (estéril)		SG fr 100 ml
	Metrodinazol amp	02	Micropore		
01	Naudedron amp		Oxigênio 1m n° entubado	QTD	ORTESE E PROTESE
	Novabupri 0,5% c/vaso		PVPI Degermante		Uso de co cirurgia
	Novabupri 0,5% s/vaso		Seringa descartável 1ml (c/ag)		Intensificação de
	Omeprazol	01	Seringa descartável 3ml (c/ag)		medicação
	Plasil amp	02	Seringa descartável 5 ml(c/ag)		
	Profenid fr	01	Seringa descartável 10 ml (c/ag)		
	Prostigmine amp		Seringa descartável 20 ml (c/ag)		
	Quelicin		Seringa descartável 60 ml (bico curto)		EQUIPAMENTOS
	Rocofin fr (Ceftriaxona)		Seringa descartável 60 ml (bico longo)		(x) oxímoto pulso () Foco Auxiliar
01	Tilatil fr		Sonda Endotraquel n°		() Serra () Eletrocautério
	Transamin amp		Sonda de Foley n°		() Desfibrilador () Oxícapinográfico
	Toradol		Sonda de Foley n°		() Foco Frontal (x) Cardiomonitor
	Xilocaína 2% c/caso		Sonda Nasogástrica n°		() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico
	Xilocaína 2% s/caso		Sonda Uretral n°		Tempo de Oxigênio
			Tomorinha		Circulante Responsável
			Urofix		Simone



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361356900000027195249

Número do documento: 20021119361356900000027195249

ANESTESIOLOGISTA: <u>Valdir Cesar de Abreu Junior</u> CPF: <u>05.944.124.944-1</u> CRM: <u>9736</u> OPF: <u>034.413.044-46</u>		HOSPITAL: <u>SFC XX</u> DATA: <u>06/04/18</u>													
ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR: CPF: <u> </u> CRM: <u> </u>		CONVÊNIO: <u>Particular</u>													
PACIENTE: <u>Israel Wesley de Silveira</u>		NÚMERO DA CARTEIRA: <u> </u>													
IDADE: <u>23</u> SEXO: ☒ MAS ☐ FEM ☐ APTO ☐ ENF ☐ UTI ☐		GUIA DE INTERNAÇÃO: <u> </u>													
IMC: <u> </u> PESO: <u> </u> ALTURA: <u> </u> ASA: <u>(E) I-II-III-IV-V-VI</u>		SENHA: <u> </u>													
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura Torácica</u>		INÍCIO: <u>11:00</u> TÉRMINO: <u>20:20</u>													
CIRURGIÃO: <u>Lauro de Souza</u> 1º AUX.: <u> </u> 2º AUX.: <u> </u>		HORÁRIO ESPECIAL: ☒ SIM ☐ NÃO													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">CÓDIGOS</th> <th style="width:85%;">PROCEDIMENTOS</th> <th style="width:10%;">VIA%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td rowspan="8"><u>Tratamento Cirúrgico Fr. Torácica</u></td><td></td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7</td></tr> <tr><td>8</td></tr> </tbody> </table>			CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS	VIA%	1	<u>Tratamento Cirúrgico Fr. Torácica</u>		2	3	4	5	6	7	8
CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS	VIA%													
1	<u>Tratamento Cirúrgico Fr. Torácica</u>														
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
HORA: <u>07:00</u>		MONITORIZAÇÃO													
AG. INAL. <u> </u>		☐ PAM ☒ PANI ☒ ECG ☐ PVC ☐ TNM ☐ Esteto. Esofágico ☐ Esteto. Precordial ☐ BIS ☐ AN. Gases													
LÍQUIDOS															
S. Glicosado 5%: <u> </u>															
S. Fisiológico 0.9%: <u> </u>															
Ringer Lactato: <u> </u>															
Conc. de Hemácias: <u> </u>															
TOTAL = <u> </u>															
OXIMETRIA <u> </u>															
CAPNOGRAFIA <u> </u>															
DIURESE		1ª HORA = <u> </u>	2ª HORA = <u> </u>	3ª HORA = <u> </u>	4ª HORA = <u> </u>	T = <u> </u>									
DROGAS UTILIZADAS															
1 - <u> </u>	9 - <u> </u>	17 - <u> </u>	25 - <u> </u>												
2 - <u> </u>	10 - <u> </u>	18 - <u> </u>	26 - <u> </u>												
3 - <u> </u>	11 - <u> </u>	19 - <u> </u>	27 - <u> </u>												
4 - <u> </u>	12 - <u> </u>	20 - <u> </u>	28 - <u> </u>												
5 - <u> </u>	13 - <u> </u>	21 - <u> </u>	29 - <u> </u>												
6 - <u> </u>	14 - <u> </u>	22 - <u> </u>	30 - <u> </u>												
7 - <u> </u>	15 - <u> </u>	23 - <u> </u>	31 - <u> </u>												
8 - <u> </u>	16 - <u> </u>	24 - <u> </u>	32 - <u> </u>												
Transferido para: ☒ RPA ☐ UTI ☐ APTO ☐ ENF ☐ Técnica/ Observações: <u> </u>															
INDUÇÃO ☐ Endovenosa ☐ M. LARÍNGEA ☒ Raquianestesia ☐ Bloqueios: <u> </u>															



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO


$$f_x \ln f \circledast$$

1628212

Paciente	Israel Weisberg	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
03/04	Dieta livre SRC 1500ml em p/24h Digipura 500mg + 100 em 6/6h Tilidaf 20mg + 100 em 12/12h. Quetiapina 40mg em 1q Treac 100mg + 100mg 5f em 6/6h Nomeação 01 FA EV 818L-3A. Talco rate MLE. SSN + CCGC. Avaliação p/ cir. <u>Grav</u> antes de Internar	8ND 12 3 OK OK	Admitido Petição de troca p/ moto de $\pm$ 4h e ordem de esty + esty seu try Ⓔ Nega delírios ag. Interno p/ tre com o agos avaliação da Gerdur Grif. NPM Exame pré op.	
	Hillesson Barros de Almeida GATOZEDA E TRANSDUCCION		Hillesson Barros de Almeida GATOZEDA E TRANSDUCCION	

[illegible]

4

Dr. E. S. Hart
Orrington, Maine
Columbia, S. C.

04.04.18 - 10hs - 120x80 - Paciente consciente, orientado, com AVP. Com MIE imobilizado com tala gessada. Apresenta escoriações no corpo. segue em observação.

04.04.18 16:00 Paciente segue em atestado, feito curativo no braço, e medicação.

Vania de Farias Soares
COREN-PE 452.335-TEC



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Convênio



Convênio

Medicamento

~~Carla dos Santos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3335
MÉDICO~~

50-
JULIANA ALENCAR SILVA

2



2020

15/04/20

2020

4
5
6
7
8

2



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Eliete da Silva Araújo Lima
pessoa responsável pelo doente Ismael Wesley da Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

ID. 1589.168
CPF. 854.352.954-91

Em, 06 de 04 de 18Eliete da Silva Araújo Lima
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

--	--



1

Convênio

--	--

Medicamento

~~Dr. Osmar Santos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICO - CRM 3335~~

Juliana Alencar Silva

502

2



1004

1004

1004

1004

1004



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Eliete da Silva Araújo Lima
pessoa responsável pelo doente Ismael Wesley da Silva Araújo
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

ID. 1589.168
CPF. 854.352.954-91

Em, 06 de 04 de 18Eliete da Silva Araújo Lima
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





PACIENTE:	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
DATA DO EXAME:	03/04/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.
- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio.


DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | CRM-PE 19003







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Israel Wesley Alves Araújo										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

RAIO X
REALIZADO
03/04/18

MATERIAL A EXAMINAR:

Audiano Roberto de Paula
TÉC. RADIOLOGIA
CRTR 020277 RAV/PB

EXAMES SOLICITADOS:

Radiografia total AP
vulve AP
TNE AP e perfil
 Joelho AP e perfil

catumbi AP e perfil

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 3/4/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Danilo Carvalho
MÉDICO
CRM-PB 9969
CREMEPE 2334



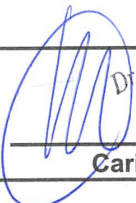




GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		Israel Marleyilton Araujo										PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:					
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐											
DADOS CLÍNICOS:													
Política													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:													
USG FAST													
URGÊNCIA: ☒		ROTINA: ☐		 Dr. Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 9969 CREMEPE 23634									
DATA: 03/04/18		HORA DA SOLICITAÇÃO:											
Carimbo e Assinatura do Médico													





Sr(a): ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO (OAT) Protocolo: 0000395384 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 04-04-2018 10:43 Origem: AREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:19]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.2 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	47 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	91 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.900 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	695
Segmentados.....	79,0	10.981
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	15,0	2.085
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	1,0	139
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	323.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


Geraldo R. Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM 5010

Emissão : 04/04/2018 11:14 - Página 1 de 2





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	Protocolo:	0000395384	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	04-04-2018 10:43	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Emissão : 04/04/2018 11:14 - Página 2 de 2





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruno Wesley

Registro:

Leito: 7

Setor Atual: 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 140/70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

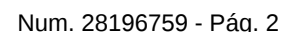
(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM.

Paciente: Ismael Wesley Enfermária: 7 Leito: 1 Data: 05/04/2018

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro (S)	Outro ()		
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo (S)			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()		
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (X)	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()						
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
14	Outro								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

☐ Avaliar distensão abdominal.			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			☐ Melhorar a aceitação alimentar.
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			☒ Auxílio diário às necessidades de higiene.
☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			☒ Controle da dor (melhorada / ausente).
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			
☒ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.			
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.			
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
☒ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
☒ Incentivar a ingestão de líquidos.			
☒ Observar reações de desorientação/confusão.			
☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			
☐ Analisar condições do curativo.			
☒ Orientar e estimular a hidratação da pele.			
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.			
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
☐ Realizar balanço hídrico.			
☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
☐ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Conter o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			
☐ Orientar repouso no leito.			
☐ Administrar medicação CPM.			
☐ Outros:			
☐ Outros			

Maria José da Silva Freire
Téc. DE ENFERMAGEM
COREN-PA 542.016

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

Denise Correa Silva
57464

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>José Luis da Silva</u>			
IDADE: <u>35 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>08/</u> / <u>08/</u> às <u>08</u> h	
SETOR: <u>Amarela</u>	LEITO: <u>08</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/ APOIO ☒	ACAMADO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA		CD/FR:	<u>amb. com uso de muletas</u>
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
☒ RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:	<u>AVP.</u>
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:	
☐ NÁUSEA		CD/FR:	
☒ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:	<u>Excesso fôido de dor</u>
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	CD/FR:	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
		FR: FATOR RELACIONADO	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>30 22</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>U 11 00</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>sempre</u>	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>sempre</u>	

MOD 125



EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

Circumference

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1628141

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07
Data: 03/0/2020
Atendente: Sindja Mayres Gomes Soares

Atendente : Sindjila Mayres Gomes Soares

SILVA ARAUJO

Endereço: MANOEL PORTO

Sexo: M

Telephone: 93136181

Cidade: Pocinhos

Idade:023

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO

RG: 3780458

Nº:487

Responsável: ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO

CPF:

Profissão:ESTUDANTE

Estado Civil:Solteiro(a)

Data de
Atend:03/04/2018

CNS:708102567013937

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X ANIMAL

Hora: 19:59:23

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Abrazo | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amparoção | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Anuliso | 21. Hematoma |
| 4. Contuso | 22. Inguirgamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinlia |
| 7. Edema | 25. Lixação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfiêdama subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxo |
| 10. Enfiêdamento | 28. Objeto Enfiêravado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de Togo | 31. Parêsis |
| 14. F. Contuso | 32. Parêsisia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-contuso | 34. Rinoçrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síndis de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-contante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 00% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Danilo Carvalho
MÉDICO

MEDIC
CRM-PB 9969
CREMEPE 23634

<http://10.1.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1628141>

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Bernolachs & Lind

Tourist reform of ET. Rx forx are
ofxican, TAT are ofxican. Traus
ofxican E.

Dr. M. J. de la Cruz

Dr. Marcos André Diniz
Médico Cirurgião
CRM-PB 6472

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

() Centro cirúrgico _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Internação (setor) _____

() Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

()òbito

Doutor Domício da Silva

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Israel Wesley da Silva Araújo		
End:	R - Manoel Porto n.º 487	Bairro:	Pocinhos
Data de Nascimento:	06-01-95	Documento de Identificação:	
Queixa:	Doi - de	Data do Atend.:	03-04-18
		Hora:	19:50
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Mofo.

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110







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

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 28196762





PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA

VARA ÚNICA DA COMARCA DE POCINHOS

Processo: 0800052-97.2020.8.15.0541

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Trata-se de ação de cobrança de seguro DPVAT proposta por **ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO** em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT**, pelo que expõe na inicial.

Comprovou a realização de requerimento administrativo, ID n. 28196762.

Autos conclusos,



Posto isso, **DETERMINO:**

I - DEFIRO o pedido de gratuidade judicial, com base no artigo 98 e seguintes do CPC;

II - CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente contestação.

Em que pese o contido no art. 334, do CPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a parte ré não costuma promover autocomposição.

Portanto, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, **DEIXO DE DESIGNAR A REFERIDA AUDIÊNCIA.**

Cumpra-se.

Pocinhos/PB, data e assinatura eletrônicas.

CARMEN HELEN AGRA DE BRITO

Juíza de Direito

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

