

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Michael Sohn de Souza Pereira, brasileiro (a),
solteiro, motoboy portador da Cédula de Identidade nº:
50527509, inscrito no CPF nº: 048 / 278 / 029 / 04, residente e domiciliado
na Rua Eivaldo Gonzaga de Albuquerque, Nº 75, Bairro, Purizinho,
na Cidade de Campina Grande /PB. 83-998107441

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Dinamarca Alves Correia,**
1020, loja 02, Dinamérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-
5048/98769-2274.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do
Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta
Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante,
defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar,
desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar
compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a
presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os
atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme
e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo
Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei n.º 8906, de
04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária
advocatória remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%,
calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem
comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 17 de Agosto de 2020.

Michael Sohn de Souza Pereira
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamérica Alves Correia, nº 1020, loja 02,
Dinamérica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
50527509 SSP SC

CPF
048.278.029-04 DATA NASCIMENTO
12/09/1985

FILIAÇÃO
JUVENAL DA SILVA
PEREIRA
MARILENA DE SOUZA
PEREIRA

PERMISSÃO ACC CATHAR
AB

Nº REGISTRO
05053227587 VALIDADE
01/08/2024 1ª HABILITAÇÃO
08/10/2010

OBSERVAÇÕES
EAR:

Assinatura do Portador

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO
07/08/2019

Assinatura do Emissor

50441294837
PBO38380551

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838505736

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838505736



MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
RUA EVALDIO FONSECA DE ALBUQUERQUE, 75 - CRUZEIRO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58417553 (AG 401)

CPF/CNPJ/RANI: 048.278.028-04

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES-MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICA
Roteiro: 14-401-792-21/5 Nº Medidor: 00008090890



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/262991-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002629913



VALOR DA FATURA
R\$ 68,46



VENCIMENTO
29/07/2020



REFERÊNCIA
Jul / 2020



CONSUMO **2,80 kWh**
84kWh MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO									
CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)	Outros (R\$)
0801	Consumo em kWh	84	0,722070	60,65	60,65	25	15,16	60,65	0,65
	LANÇAMENTO E SERVIÇOS								3,02
0807	CONTRIB LUM PUBLICA			7,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORANG/2020			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 06/2020			1,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0809	BÔNUS ITAIPULEI 10438/2002 12/2019			-0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	88,46	60,65	15,16	60,65	0,65	3,02
Tarifa s/ Tributos	0,497680						

RESERVADO AO FISCO 939b.b44b.75b6.9a79.e2ad.1821.63bf.4124

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	%	Descrição	Valor (R\$)	%	
Jul/19	63			Serviços de Dist da Energisa/BO	14,72	21,23	
Ago/19	58			Compra de Energia	21,17	30,64	
Set/19	63						
Out/19	61						

LEITURAS

Anterior 29/06/2020 3654





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº02957.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 16/12/2019

Hora: 21:58:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Av Almirante Barroso, Cruzeiro, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Giradouro Que Dá Acesso a Av Pres Juscelino Kubitchek

VÍTIMA(S)

Michael John de Souza Pereira, filiação: Marilena de Souza Pereira e Juvenal da Silva Pereira, idade: 34, data de nascimento: 12/09/1985, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino médio completo, profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: CPF nº 048.278.029-04, endereço: Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande, PB, ponto de referência: Medfarma, telefone: (83) 99810-7441.

TESTEMUNHA(S)

Maria Eduarda Domingos de Oliveira, filiação: Maria Adriana Domingos e Eduardo Julio de Oliveira, idade: 19, data de nascimento: 11/04/2001, identidade de gênero: feminino, nome social: Maria Eduarda Domingos de Oliveira, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Itabaiana, estado civil: casado(a), profissão: Manicure, documentos(s) de identificação: CPF nº 111.590.804-96, endereço: Rua Prefeito Antônio Luiz Coutinho, 690, Liberdade, Campina Grande, PB, ponto de referência: Churrascaria Paulistano, telefone: (83) 98873-2223.

Jhoais Felipe Coutinho, filiação: Maria do Socorro Leal e Pedro Coutinho de Castro, idade: 27, data de nascimento: 06/10/1992, identidade de gênero: masculino, nome social: Jhoais Felipe Coutinho, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: RG nº 3751178 SSP/PB, endereço: Av Pres Juscelino Kubitchek, 1648, Presidente Médice, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa/proximo a Medfarma, telefone: (83) 99600-3041.

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca HONDA/CG150 START, modelo HONDA/CG150 START, tipo de veículo passeio, cor PRETA, ano 2014/2015, UF: PB, placa LMD-9437, chassi 9C2KC1670FR000777, renavam 01031521140, características gerais: Roubo/furto não município - Uf campina Grande - Pb marca/modelo honda/cg150 Start cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2014/2015 chassi 9c2kc1670fr000777 renavam 01031521140 câmbio n/i motor kc16e7f000777 combustível alcool/gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta nome Proprietário michael John de Souza Pereira

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Michael John de Souza Pereira (VITIMA) - **Exame de Lesão Corporal Nº 172.2020**

Procedimento Policial: 02957.01.2020.2.00.401



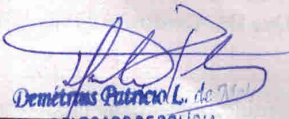


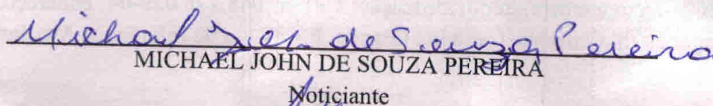
HISTÓRICO

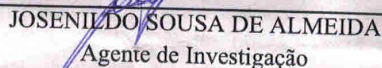
Que a vítima na data hora e local descrito acima estava a transitar com sua moto descrita acima, momento que a vítima colidiu sua moto com um veículo que estava a adentrar a garagem da casa porém o veículo ficou tomando parte da via para adentrar a garagem; Que a vítima com impacto na lateral do veículo que o mesmo não sabe identificar qual seria o veículo, foi lançado ao solo e posteriormente socorrido pelo samu para o hospital de trauma de Campina Grande PB, onde a vítima passou por procedimento cirúrgico em seu tornozelo direito onde foi colocado dois pinos.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 14 de agosto de 2020.


EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO
MAT 181.826-17/PB
Delegado(a) de Polícia Civil


MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
Noticiante


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 02957.01.2020.2.00.401





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

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295411

Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data do Acidente: 16/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000568227-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01541/01542 - carta_15R - INVALIDEZ

00020771





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que o paciente atendido no dia 16/12/2019 nesta unidade hospitalar foi **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**, nascido em 12/09/1985, filho de Juvenal da Silva Pereira e Marilena de Souza Pereira, inscrito no RG 50527509 SSP SC e no CPF de nº 048.278.029-04, residente e domiciliado a Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande - PB, onde lê-se **MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** leia-se **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**.

Sem mais para o momento.

Campina Grande/PB, 13 de agosto de 2020

Hospital de Emergência e Trauma
de Campina Grande - Dr. Luiz Gonzaga Fernandes
Heloísa Fernanda Silva Aragão - OAB/PB 22.893
Fone: 836.4722 - Assessoria Jurídica

HELOÍSA FERNANDA SILVA ARAGÃO

Assessora Jurídica do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 6384722 – OAB/PB 22.893

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PB CEP: 58.432-809

Email: juridico.traumacg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/12/2019

Horas: 08:05:15

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 19/12/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO HEPARINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/12/2019 HORA: 08:04:21

ORTOPEDIA

3 DIH

PACIENTE SEGUE EM BEG,
ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM INTERCORRÊNCIAS.

ESCORIAÇÕES +
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES
NV OK

PRÉ OP: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 8360
CPF: 043.075.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo



PA-140/90

P-71

T-35,9



18/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-12-18&contar=2063864&IDC=72943

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/12/2019

Horas: 09:17:26

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M
Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 2
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 18/12/2019

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	FAZER DE 88H SE NECESSARIO	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:18/12/2019 HORA:09:17:15

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643
ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao







GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/12/2019

Horas: 05:48:35

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 17/12/2019

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 03FRASCO ,	15 22 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	5 N
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/12/2019 HORA: 05:47:23

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 0562



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291929200000034075494>

Número do documento: 20102011291929200000034075494



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/12/2019

Horas: 23:43:57

Médico (a) Diarista : Agnaldo Lima Pereira Junior

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 0

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL

DIA 16/12/2019

MÉDICO(A): Agnaldo Lima Pereira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 03FRASCO ,	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

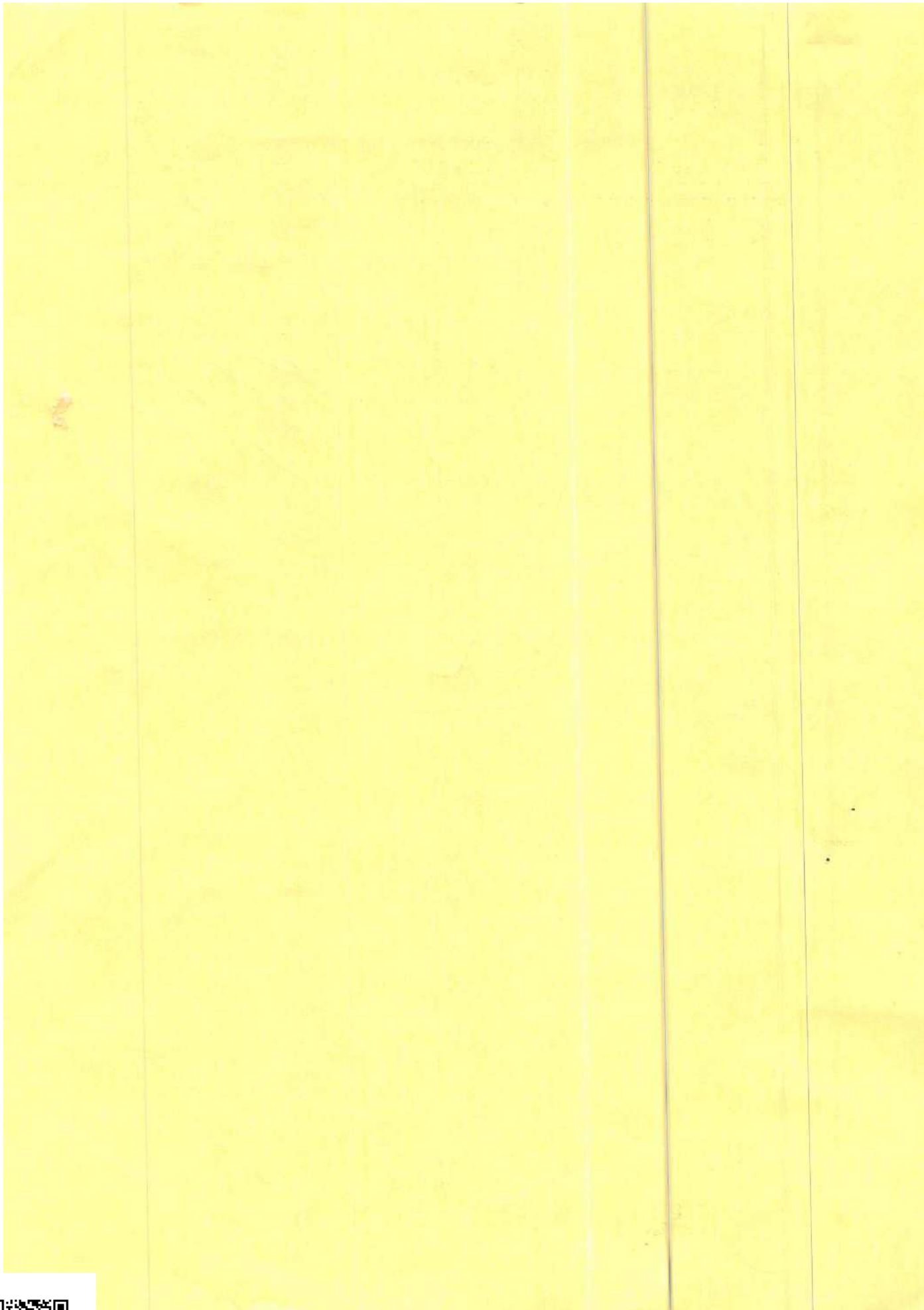
DATA: 16/12/2019 HORA: 23:42:12

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA IMPORTANTE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

RX COM FRATURA COM DESVIO NA INCIDENCIA AP COM ROTAÇÃO INTERNA
FRATURA INSTÁVEL
OPTADO PELO TTO CIRURGICO

CD = SOLICITO PRÉ OP

ASSINATURA + CARIMBO
Agnaldo Lima Pereira JuniorDr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT-15263



GOVERNO
DA PARAIBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Protocolo: 0000503584 RG: NÃO INFORMADO
Prof: AGUINALDO L. P. JUNIOR Data: 17-12-2019 08:29 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: ENF 06 - L 03

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: 17/12/2019 08:25]

Resultados

Valores de Referências

SERIE VERMELHA

Hemácias.....	4.59 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 à 52,5 %
Hct.....	87 fL	80,0 à 100,0 fL
Hb.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
Hb.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SERIE BRANCA

Leucócitos.....	9.900 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Linfócitos.....	0	0
Monócitos.....	0	0
Eosinófilos.....	3,0	297
Basófilos.....	72,0	7.128
Plaquetas.....	2,0	198
Plaquetas.....	0	0
Plaquetas.....	20,0	1.980
Plaquetas ou Reativos.....	0	0
Plaquetas.....	3,0	297
Plaquetas DE PLAQUETAS.....	239.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

PREPARAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F6DE-600C-1071-D8F4-1AA8-F5AE-43CB-26D9





GOVERNO
DA PARAÍBA

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): MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Protocolo: 0000503584 RG: NÃO INFORMADO
Dt(a): AGUINALDO L. P. JUNIOR 17-12-2019 08:29 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: ENF 06 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30''

17/12/2019 08:29 I

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO 6'25''

17/12/2019 08:29 I

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS.

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7295-DE8E-64E0-D757-27BE-6883-1FA8-PB27





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Michael John de Souza Pereira		DN: 12-09-85	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
		SUS	34 anos
CIRURGIA Torç. Cirurgico para		CIRURGIÃO Dr. Welton, MR Borden	
ANESTESIA raquer		ANESTESISTA Dr. Valdeciro	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
Teago	20-12-19	9h50	11h
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		FIOS	
Adrenalina amp.	02	Catgut cromado Sertix	
Atropina amp.		Catgut cromado Sertix	
Diazepam amp.	1	Catgut cromado Sertix	
Dimore amp.		Catgut Simples	
Dolantina amp.		Catgut Simples Sertix	
Efrane ml		Catgut Simples Sertix	
Fenegan amp.		Catgut Simples Sertix	
Fentanil ml		Cera p/ osso	
Inova ml		Ethibond	
Ketalar ml	02	Ethibond	
Merceína % ml		Ethibond	
Nubain amp.		Fio de Algodão Sertix	
Pavulon amp.		Fio de Algodão Sertix	
Protigmine amp.	025	Fio de Algodão Sulupak	
Proloxido l/m		Fio de Algodão Sulupak	
Quelicin ml	1	Fila cardiaca	
Rapifen amp.		Mononylon 2-0	
Thionembital ml		Mononylon	
Tracrium amp.		Prolene Sertix	
Qtd. MEDICAÇÕES	02	Prolene Sertix	
Agua Destilada amp.		Prolene Sertix	
Decadron amp.		Prolene Sertix	
Dipirona amp.		Vicryl Sertix 1	
Flaxidol amp.	1	Vicryl Sertix	
Flebocortid amp.		Vicryl Sertix	
Geramicina amp.			
Glicose amp.	701		
Glucon de Cálcio amp.			
Haemacel ml			
Heparema ml			
Kanakion amp.			
Lactam amp. Tenoxen 20			
Medrotriazol.	1		
Plasil amp.			
Proclina clazodone	1		
Revivan amp.			
Stuplanon amp.			
Cefalotina 1g			
Neocaina 0,5			
Dimon 0,2			
Dormonid			
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES			
Agulha desc. 26x7 40412	02		
Agulha desc. 28 x 28			
Agulha desc. 3 x 4,5	02		
Agulha p/ raque nº 256	02		
Álcool de Enfermagem	1002		
Álcool Iodado ml			
Ataduras de Crepon 15cm			
Ataduras de Gessada			
Azul metileno amp.			
Benzina ml			
Bolsa Colostoma		CÓDIGO	
Catel. p/ Oxyg.			
Catel. De Urinar Sist. Fech.			
Compressa Grande Pacote			
Compressa Pequena			
Colonoide			
Dreno			
Dreno Kerr nº			
Dreno Penrose nº			
Dreno Pezzer nº			
Equipo de Macrogotas			
Equipo de Macrogotas			
Equipo de Sangue			
Equipo de PVC			
Esparradrapo Larco cm			
Furacin ml			
Gase Pacote c/ 10 unidades			
H ₂ O ₂ ml			
Intracath Adulto			
Intracath Infantil			
Lâmina de Bisturi nº 23			
Lâmina de Bisturi nº 11			
Lâmina de Bisturi nº 15			
Luvas 7.0			
Luvas 7.5			
Luvas 8.0			
Luvas 8.5			
Oxigênio l/m 2L			
Poliflix			
PVPI Degemante ml			
PVPI Tópico ml.			
Sabão Antiséptico			
Saco coletor			
Seringa desc. 10 ml			
Seringa desc. 20 ml			
Seringa desc. 05 ml			
Sonda			
Sonda Foley			
Sonda Nasogátrica			
Sonda Uretral nº			
Sterydrem ml			
Torneirinha			
Vaselina ml			
Gelcoon 18			
Lasele			
8 betas das			
3 x 4,5 desc			
clorexidone			
degermante			
EQUIPAMENTOS			
(x) Oxímetro de Pulso		(x) Foco Auxiliar Control	
() Serra		() Electrocautério	
() Desfibrilador		() Oxímetro gráfico	
() Foco Frontal		(x) Cardiomonitor	
() Fonte de Luz		(x) Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL			
M. J. G. S. S. S.		M. J. G. S. S. S.	

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

MCU 055



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE

o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM: <u>Ortopedia II</u>	
NOME: <u>Mickael John de Souza</u>	
PROCEDIMENTO:	
☒ AVP: LOCAL: <u>MSD</u>	GELCO Nº: <u>22</u> AVC ☐ JEJU ☒
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☒ NÃO SE APLICA	
RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS ☒ PERTENCES
ENCAMINHADO: ☒ HEMOG	☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO ☒ NÃO SE APLICA	
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO ☐ NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: <u>Kaline Pontes dos S. Lima</u> COREN-PB 528.295-ENF

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291929200000034075494>

Número do documento: 20102011291929200000034075494

[Faint, illegible text and markings, possibly a signature or stamp, spanning the middle of the page.]

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO					
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Michael John de Souza				IDADE 34 anos		SEXO M		COR			
DATA 20/12/19		PRESSÃO ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
		URINA											
AP. RESPIRATÓRIO										ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO										ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO					
ESTADO MENTAL				ATARÁXICOS		CORTICÓIDES		ALERGIA		HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura torácica direita										ESTADO FÍSICO		RISCO ASA II	
ANESTESIAS ANTERIORES													
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA		AS		EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS		O ₂											
LÍQUIDOS		SF ₆ @ SF ₆											
CÓDIGOS		Setor 100/100/100											
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO		260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20											
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		Sintetizada											
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		Sintetizada											
POSIÇÃO													
AGENTES		Neocine plásico 15g + Dimil 60mg / Dormanal 50g											
TÉCNICA		Respiratória + Síntese											
OPERAÇÃO		Tratamento cirúrgico de fratura torácica direita											
CIRURGIÕES		Ricardo + Jélio											
ANESTESISTAS		Valdelúcio Cesar de Abreu Junior Anestesiologista											
OBSERVAÇÕES		CRM 9736 CPF 034.413.044-46											
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E RÓG. OPERATÓRIAS													
PERDA SANGÜÍNEA													



20102011291929200000034075494
SISTEMA DE GESTÃO
JUL 2020 11:29:19
20102011291929200000034075494



Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Michael John de Souza Pereira.

IDADE:

PRONTUÁRIO:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

- ☐ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
 - SÍTIO CIRÚRGICO ✓
 - PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ✓
 - CONSENTIMENTO ✓

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

- ☒
- OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

- ☐ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

NÃO ✓

SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

NÃO ✓

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

NÃO ✓

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E

PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

h/s: Paciente veio p/ o centro

paciente com prótese dentária

ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

PAUSA CIRÚRGICA

- ☐ CIRURGIAO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
 - SÍTIO CIRÚRGICO ✓
 - PROCEDIMENTO ✓

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- ☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? *nao, 10', não*
☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? *nao*
☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS. COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) *OK*
 HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES? *nao*

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SIM ✓

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

SIM ✓

NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- ☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO: ✓
- ☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM ✓
- ☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE. *Mai houve perç*
P/ Exame.
- ☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

Marek Duda

Assinatura

M. Winkler C. da S.
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PR 2360



D-19/12/19
V-19/03/202X. Básica Ortográfica



20/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Everlan Da Silva Meira

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 20/12/2019



Número do Prontuário: 173745

DATA DA CIRURGIA: 20/12/2019

Número do Atendimento: 2063864 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019

Atendimento: 2063864

Diagnostico Pré-Operatório: fx maleolo medial d

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 20/12/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: THIAGO

Anestesista: VALDELUCIO CESAR DE ABREU JUNIOR

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO E APOSIÇÃO DE CAMPOS

3. INCISÃO SOB MALEOLO MEDIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS + 1

ARROELA E 1 FIO L 1,5 (SÍNTESE PERDIDA), SOB ESCOPIA

5. LAVADO DE FO COM SF

6. SUTURA

Data 20/12/2019

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Michael John de Souza Pereira	Idade:	34a
Convênio:		Data:	20/12/19
Procedimento:	TTO em fx TNZ (D)		
Cirurgião:	Dr. Julio	Auxiliar:	Dr. Furlan
		Anestesista:	Dr. Valdeir
Início:	09:30	Término:	11h
		Anestesia:	Rap

[illegible][illegible]

Observações: 13.00
Acto SEPA
S 117/3831

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista





FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilson da Silva Idade: 32 Sexo: M Enf/Leito: 7-3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSOMOBILIDADE FÍSICA: ☒ PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:

SEGURANÇA FÍSICA: ☒ TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS:ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local:

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ☒ INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

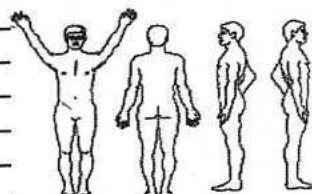
COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADASENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
8:30	120/70	35,5	55	70	-	-	-	-	-	Adriano	SOG/SNG/SNE	
										520/25	SVE	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:





FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Michael John Idade: 34 Sexo M Enf/Leito 6-3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: (X) PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: (X) TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida; _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

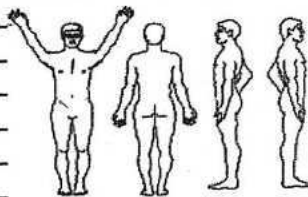
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)		SOG/SNG/SNE	INSERÇÃO
8:00	130/80	36,3	76	98	-	-	-	-	-	Adriana	SVE	
										520125	CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (X) OUTRO	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO (X) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Inácio Bruno Sarmiento
122484



16/12/2019

HTCG-Paine! Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

- () Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Isabelia Danielle S. Andrade
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



16/12/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES GNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mdl. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 16/12/2019

Paciente: **MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** Idade: 034 Nº ATEND: 2063852

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/12/2019 HORA : 22:34:38

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: 102/80 TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NAO
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor				pior dor			

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

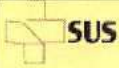
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento





Data da internação: 16/12/2019 Hora: 23:39:48

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2063864	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 12/09/1985		9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARILENA DE SOUZA PEREIRA				11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 N° DE TELEFONE 986095336	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH , 1646 , PRESIDENTE MEDICE					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - Cód. IBGE 250400	
		15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO DIREITO					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRÚRGICO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANAMNESE + EX FÍSICO					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296772642			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/12/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Agnaldo Lima P. Junior Ortopedista - Traumatologista CRM-PB 9716 REG-15263					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			





21/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

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 Data: 21/12/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

NOME : Eldiman Soares De Araujo



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019

Data da Alta: 21/12/2019

Registro: 2063864

Tempo de Permanência: -18247

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Final:

Data: 20/12/2019

Equipe:

Cirurgião: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 8360
CPF: 043.079.784-20

Data: 21/12/2019

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo

RESPONSÁVEL : Eldiman Soares De Araujo



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011292014500000034076108>
 Número do documento: 20102011292014500000034076108

21/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-12-21&contar=2063864&IDC=73727

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Horas: 07:38:54

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 21/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira / MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	JELCO HEPARINIZADO	
4	CURATIVO	
5	TALA BOTA D	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
11	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/12/2019 HORA: 07:36:41

ORTOPEDIA

1 DPO

ESTAVEL

DOR+

FEBRE -

NV OK

FO SANGUE

CURATIVOS

ALTA HOSPITALAR

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumatismo-Ortopedia
CPF: 043.079.784-20
CRM: 65860

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo





GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 4
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 20/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA LIVRE	cr
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	JP 1 OF
3	JELCO HEPARINIZADO	cr
4	CURATIVO	cr
5	RX DE CONTROLE	cr
6	TALA BOTA D	cr
7	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	JP 1 OF
8	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	JP 1 OF
9	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	OF
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cr
11	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	cr
12	CURATIVOS	cr

EVOLUÇÃO

DATA: 20/12/2019 HORA: 11:16:07

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM+RX DE CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO
 Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9900



20.12.19

12h5

PA: 120180

P: 72

T: 36.9





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE

5ª VARA CÍVEL

0823999-54.2020.8.15.0001

AUTOR: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

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

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).

Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio o Dr. Sandro Manguiera Bezerra, com endereço na Rua João Bezerra Paz, 155, bairro do Catolé, nesta cidade, para o encargo de Perito Judicial, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se o perito nomeada para dizer se concorda com a referida perícia em 15 dias.**



Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a)** intemem-se as partes para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e **(b)** intime-se a nomeada para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, **enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Depositado o laudo em juízo, intemem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 10 (dez) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito



EM ANEXO





N° DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	N° DA CONTA JUDICIAL
0		18/01/2021	3331	4900116913857
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO	TRIBUNAL	TIPO DE JUSTIÇA
15/01/2021	2778667	08239995420208150001	TRIBUNAL DE JUSTICA	ESTADUAL
COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
CAMPINA GRANDE	5 VARA CIVEL	RÉU	250,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Jurídica	09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA		Física	04827802904	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
4C0A52D347F5CF6D				
CÓDIGO DE BARRAS				





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08239995420208150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

CAMPINA GRANDE, 19 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

