
Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: EMILIA BARBOSA GOMES

Nº Sinistro: 3180250926

Vitima: EMILIA BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 12/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180250926**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12900891



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EMILIA BARBOSA GOMES**

Sinistro: **3180250926**
Vítima: **EMILIA BARBOSA GOMES**
Data do Acidente: **12/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180250926** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142019

A/C: EMILIA BARBOSA GOMES

Nº Sinistro: 3180250926
Vítima: EMILIA BARBOSA GOMES
Data do Acidente: 12/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **EMILIA BARBOSA GOMES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000134336-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180250926**
Nome do(a) Examinado(a): **EMILIA BARBOSA GOMES**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA RODRIGUES ALVES nº 520 - CENTRO - SANTA RITA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3312714 - SSP**
Data e local do acidente: **12/08/2017 SANTA RITA/PB**
Data e local do exame: **13/07/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO
FRATURA DO PÓLEGAR ESQUERDO
FRATURA DE FÊMUR DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM DOIS TEMPOS CIRÚRGICOS.
FRATURA DO PÓLEGAR ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS INCAPACITANTES
FRATURA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE, SENDO A ÚLTIMA CIRURGIA REALIZADA EM 02/04/2018, CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA COM 36 CM HIPERCROMICA E NORMOTRÓFICA NA FACE EXTERNA DA COXA DIREITA. TEM RETORNO MARCADO PARA O CIRURGIÃO ASSISTENTE EM 23/08/2018.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM EM ANTEBRAÇO E DORSO DA MÃO DIREITA. EVOLUIU COM PSEUDO ARTROSE DO PUNHO DIREITO E DÉFICIT FUNCIONAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DA MÃO DIREITA.
CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA COM 36 CM HIPERCROMICA E NORMOTRÓFICA NA FACE EXTERNA DA COXA DIREITA. TEM RETORNO MARCADO PARA O CIRURGIÃO ASSISTENTE EM 23/08/2018. VÍTIMA EM TRATAMENTO E USO DE MULETAS.**

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

Vítima em tratamento

Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

MEMBRO INFERIOR DIREITO- EM TRATAMENTO PARA ESSE SEGMENTO CORPORAL. MANTIDO ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO PARA OS DEMAIS SEGMENTOS -

Médico Perito: **JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**


João Fernandes de Souza
CRM: 2732 PB/PB

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180250926

Cidade: Santa Rita

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EMILIA BARBOSA GOMES

Data do acidente: 12/08/2017

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO.
FRATURA DO POLEGAR ESQUERDO.
FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM DOIS TEMPOS CIRÚRGICOS.
FRATURA DO POLEGAR ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS INCAPACITANTES.
FRATURA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE, SENDO A ÚLTIMA CIRURGIA REALIZADA EM 02/04/2018, CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA COM 36 CM HIPERCROMICA E NORMOTRÓFICA NA FACE EXTERNA DA COXA DIREITA. TEM RETORNO MARCADO PARA O CIRURGIÃO ASSISTENTE EM 23/08/2018.
CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM EM ANTEBRAÇO E DORSO DA MÃO DIREITA. EVOLUIU COM PSEUDO ARTROSE DO PUNHO DIREITO E DÉFICIT FUNCIONAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DA MÃO DIREITA.
CICATRIZ CIRÚRGICA EXTENSA COM 36 CM HIPERCROMICA E NORMOTRÓFICA NA FACE EXTERNA DA COXA DIREITA. TEM RETORNO MARCADO PARA O CIRURGIÃO ASSISTENTE EM 23/08/2018. VÍTIMA EM TRATAMENTO E USO DE MULETAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODACTILO ESQUERDO.
IMPOSSIVEL AVALIAÇÃO MÉDICA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/07/2018

Conduta mantida:

Observações: - MEMBRO INFERIOR DIREITO EM TRATAMENTO PARA ESSE SEGMENTO CORPORAL. MANTIDO ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO PARA OS DEMAIS SEGMENTOS.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 072.148.064-01	Nome completo da vítima EMÍLIA BARBOSA GOMES
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EMÍLIA BARBOSA GOMES	CPF titular da conta 072.148.064-01	Profissão FARMACIA
Endereço RUA RODRIGUES ALVES	Número 520	Complemento
Bairro POPULAR	Cidade SANTA RITA	Estado PB
Email	CEP 58.301.210	Telefone (DDD) (83) 99983.8652

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3934 D/V. <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 334.336 D/V. 3 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome _____ NRO. _____ _____	AGÊNCIA NRO. _____ D/V. _____ (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PEREIRA, 30 de MAIO de 2018
Local e Data

Emília Barbosa Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


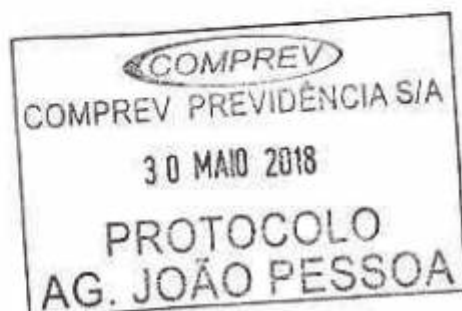
CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a OCORRENCIA POLICIAL de Nº **485/2018**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **27/02/2018** nesta cidade de Santa Rita, Estado da Paraíba, e no Cartório desta Delegacia Distrital, onde se encontrava presente a Bel. Francisco de Assis Araujo, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das **10:00** horas, compareceu:

NOME: *EMILIA BARBOSA GOMES*
NACIONALIDADE: *BRASILEIRO* ; **NATURALIDADE:** *S.Rita/PB*
ESTADO CIVIL: *Solteira* ; **TELEFONE:** *9-8719-0952*
FILIAÇÃO: *Natanael Gomes de Sena e de Maria das Dores Soares Barbosa*
NASCIMENTO: *29/09/1988* ; **IDADE:** *29 ANOS DE IDADE*
ENDEREÇO: *R. Rodrigues Alves nº 520* *S.Rita/PB*
RG *3.312.714* **SSP/PB** ; **CPF:** *072.148.064-01*

a qual notifica **Afirma o Notificante QUE no dia 12/08/2017 por volta das 17:hs30mim quando estava saindo do seu local de Trabalho, com destino a sua residencia na zona Rural desta Cidade de S. Rita/PB digo em Lerolandia como carona em uma Moto de Marca HONDA/CG 125 TIPO FAN-KS DE COR PRETA ANO 2011 MODELO 2011 DE PLACA OFA-1588/PB quando o condutor perdeu o controle da moto veio cair ao Solo, conforme Laudo Médico do Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena que tem o CID-10 mais S52.5+S62.5 + S63.0 + S72.3, Diagnóstico (S) Fretura da Extremidade Distal do Punho D+ Fratura do Polegar E + Luxação do Punho D +Fratura da Diafise do Femur D, assinado pelo DR ° EWERTON NORONHA TEIXEIRA QUE TEM O CRM-2516/PB, sendo o proprietario da moto de nome OCIMAR SOARES, que o Motorista era um moto taxi,desconhecido da notificante . Nada mais a notificar, encerro este termo que lido e achado conforme, fica a notificante advertida das penas do que refere-se o Art. 299 do C P B. O referido é verdade. Dou fé.**

Notificante: *Emilia Barbosa Gomes*



Santa Rita/PB, 27/02/2018.
Escrivão de Polícia Ad Hoc

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima EMÍLIA BARBOSA GOMES	CPF da Vítima 072.148.064-01	Data do Acidente 12.05.2018
---	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal EMÍLIA BARBOSA GOMES	CPF do Representante legal 072.148.064-01
Email _____	Telefone (DDD) (83) 99983 8652

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

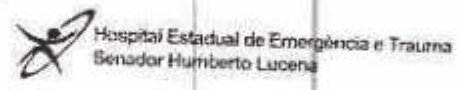


JOÃO PESSOA, 30 de MAIO de 2018
Local e Data

Emília Barbosa Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato declaratório



AV. ORESTES LISBDA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1020106



Identificação do paciente				
ID 1199577	Nome EMILIA BARBOSA GOMES	Sexo Feminino		
Data de nascimento 28/09/1988	Idade 28 anos 10 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Proxidão
Mãe MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA	Pai NATANAEL GOMES DE SENA		Responsável (Parentesco) MARIA JOSE CANDIDO DA SILVA - PRIMO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 53		Fone Móvel 991335256	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3312714	Nº Cna 705602450113215		
Local de procedência LUCENA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES	
Número SN	Complemento SITIO JACARAUNA	Bairro POPULAR		
Admissão				
Data e Hora 12/08/2017 19:44:20	Número da pulseira 1000006191619	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos		ECG []	Ultrasonografia []	
Diagnóstico				
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES				
				Tempo 01min 11seg

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paciente obesa, vítima de queda de mo-
to, que quando se de dor lombar e em
MS.D. Aguardar exames

Jaqueline V. Freire
Enfermeira
COREN-PB 378.350

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bônus para simples pagamento na rede facilitadora de energia elétrica. Nº 004.104.081



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 231, Km 25 - Criação Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-000
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA
RUA RODRIGUES ALVES 520
SANTA RITA

CEP: 58.301-210

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/223774-1

REFERÊNCIA

MAR/2018

APRESENTAÇÃO

26/03/2018

CONSUMO

15

VENCIMENTO

03/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 5,93

Acesse: www.energisa.com.br



01370111421

MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA

Telefone: 15-009-251-6346

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/03/2018

VENCIMENTO

03/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 5,93

MATRICULA

223774-2018-03-5





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EMILIA BARBOSA GOMES
DADOS DE NASCIMENTO 29/09/88
NOME DA MÃE MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.020.106
Nº PRONTUÁRIO 103.647
DATA DO ATENDIMENTO 12/08/17
HORA DO ATENDIMENTO 19:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO PUNHO D + FRATURA DO POLEGAR E + LUXAÇÃO DO PUNHO D + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D
CID 10 S 52.5 + S 62.5 + S 63.0 + S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma com dor intensa em punho D, região lombar e em coxa D com dor + edema e limitação dos movimentos. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX do antebraço D - AP e P
RX da mão D - AP e P
RX da bacia - AP
RX da coxa D - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do rádio D + fratura do polegar E + luxação do punho D + fratura da diáfise do fêmur D aos RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Brício Gonçalves no 1º tempo e pelo Dr. Ricardo Ramos no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/17
DATA DA EMISSÃO: 28/11/17



DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Emilia Barbara Gomes

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
13/08/17		<u>Serviço Social</u> Realizado orientações, anexoado lumo de admissão, Solicitação doador de sangue e Xerox de documentos.
14.08.17	10:30	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientada, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Realizados apoios e orienta- ções a paciente.
17.08.17		Psicologia Paciente evolui consciente, orientado, humor ansioso, emocionalmente estável, solidário ao contato. Realizado apoio psicológico.

Lucas Barreto
Kalle de Medeiros C. Coimbra Barreto
Assistente Social
CRESS 4396-241 Reg. 30/PA

Maria Laura
Lutz Gutemberg Teixeira
PSICÓLOGO
5023/13

Maria Laura
13/08/17

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEEYSH

Nome: Emilio Carlos Jones BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: _____ 1º Assistente: KHO (R3)
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de osso distal (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>D. Trocarter</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 30 MAIO 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: _____


João Pessoa, 14/04/17

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Alcorno dorsal punho (C)

Incisão:

Pericólio da fratura

Achados:

(EXTENSAMENTE COMINUTIVA
INTARTICULAR)

Conduta:

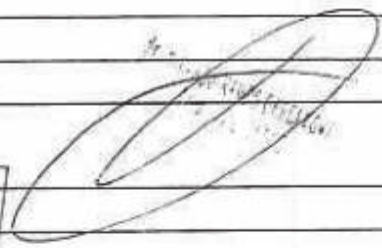
PLACA PONTE DEB 35 10 FURCO
3º MTC → PLACA DISTAL
PROVEDIMENTO SEM INTER-
CORRENTES.

Fechamento:

TAPA AXIOLABIAL

Observação:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



João Pessoa. 1 1

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Emília Barboza Gomes
 IDADE: 28 ANOS BE 2020 ANO 06 MÊS 06 DIA 06 ENFERMAGEM LEITE
 CIRURGIÃO: Dr. Bruno -enet. bouffera de katin pistol 2.
 ANESTESIA: Poluquino + Geral
 ANESTESISTA: Dr. Adriano Kales + Paulo (R)
 INSTRUMENTADOR: —
 DATA: 08/05/2018 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INÍCIO: 08:00 FIM: — CIRURGI: INÍCIO: 10:00 FIM: —

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: EMPA () CONTAMINADA () DEFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIÓ CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA	<u>50 500ml</u>	JELCO Nº20		FIÓ CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIÓ DE AÇO Nº	
CETAMINA	<u>50 11</u>	JELCO Nº24		FIÓ DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIÓ DE NYLON Nº <u>20</u>	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIÓ DE NYLON Nº <u>30</u>	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15	<u>OK</u>	FIÓ DE NYLON Nº <u>1</u>	
FENTANILA	PVPI DEODORANTE	LÂMINA BISTURI Nº23	<u>OK</u>	FIÓ POLIOLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIÓ POLIOLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIÓ POLIOLACTINA Nº	
LEVOPRIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIÓ POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR.	<u>OK</u>	FIÓ POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LÂMINA ESTÉRIL Nº7,0	<u>OK</u>	FIÓ POLIOLACTINA Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LÂMINA ESTÉRIL Nº7,5	<u>OK</u>	FIÓ POLIOLACTINA Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LÂMINA ESTÉRIL Nº8,0	<u>OK</u>	FIÓ SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LÂMINA ESTÉRIL Nº8,5	<u>OK</u>	FIÓ SEDA Nº	
NIMBILIM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	<u>OK</u>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PREOPORPOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº20		FIÓ DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	<u>OK</u>	FIÓ DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 3ML	<u>OK</u>	FIÓ STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 3ML	<u>OK</u>	FIÓ STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	<u>OK</u>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA F/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA F/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	<u>10</u>	CATETER DE OXIGÊNIO	<u>1</u>	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17			
DENAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		<u>DM 35</u>	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICIAIS	<u>24, 26, 28, 30</u>
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>10</u>	PARAFUSOS CORTICIAIS	<u>28, 30</u>
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>10</u>	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALCOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA	<u>OK</u>	ELETRODOS	<u>10</u>	PARAFUSOS MALCOLAR	
ONDASINTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA OS Placa PCP de	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		<u>do 10</u>	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	<u>5</u>	ASPIRADOR	
TENOXCAN		ESPARADRAPO	<u>OK</u>	BISTURI ELÉTRICO	
<u>Octapress</u>	<u>1</u>	GAZES <u>PCP</u>	<u>10</u>	CANOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	<u>10</u>	PCARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	<u>OK</u>	() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
		<u>os filtros</u>		() MICROSCOPIO	
		<u>os Agulhas de Phero A-50</u>		() OXÍMETRO DE PULSO	
		<u>os Agulhas de Phero A-300</u>		() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESS
 30 MAIO 2018
 EQUIPAMENTOS
 ASPIRADOR
 BISTURI ELÉTRICO
 CANOGRAFO
 PCARDIOMONITOR
 () DESFIBRILADOR
 () FOCO AUXILIAR
 () FOCO CENTRAL
 () MICROSCOPIO
 () OXÍMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA
 () PERFURADOR ELÉTRICO
 () SERRA

DATA: 18/08/17

PRONTUÁRIO: 1020160

PACIENTE: EMÍLIA BARBOSA GOMES

SEXO: F COR: BRANCA IDADE: 28a

PRESSÃO ARTERIAL: 140x80 PULSO: 90 bpm RESPIRAÇÃO: EUPNEU TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜINEO:

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: NDU AP. CIRCULATÓRIO: NDU

AP. DIGESTIVO: EM JEJUM ESTADO MENTAL: L.O.T.E. DROGAS EM USO: VPM

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: MIDAZOLAM 2mg ESTADO FÍSICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA COMPLEXA DO RÁDIO DISTAL

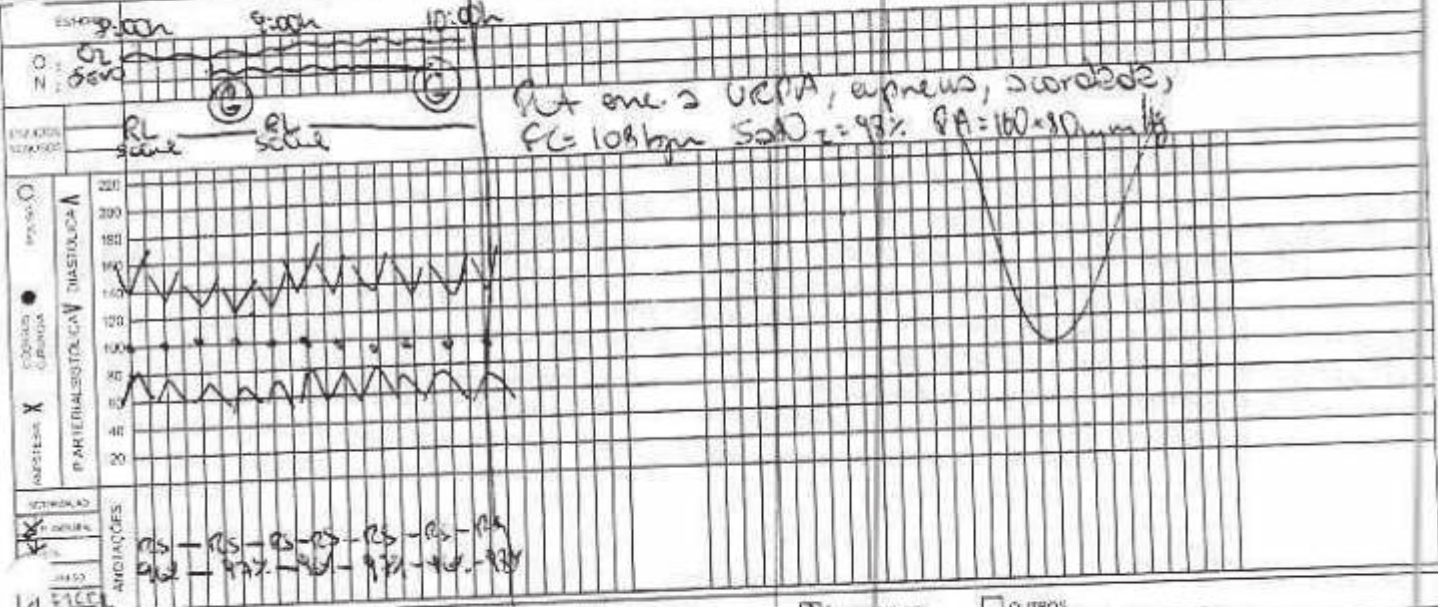
CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA COMPLEXA DO RÁDIO DISTAL

CIRURGIÃO: DR RICARDO AUXILIARES: DR KAIQ

INÍCIO DA ANESTESIA: 8:00h TÉRMINO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. DURAÇÃO DA ANESTESIA:

ANESTESISTA: A. ADRIANA + A. DIEGO (R.) VALORES RS: Adriana Lobato de CRM-PB: Anestesiologista



ANESTESIA: GERAL RACIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USADO	RESERVA
1	1) MIDAZOLAM 2mg + 2mg + 1mg	11) DEXMETADONA 10mg
3	2) FENTANIL 100mcg +	12) DILORINA 2g
3	3) PROPOFOL 100mg + 100mg = 200mg	13) CETOPIRIFENO 100mg
4	4) ROVELICIN 100mg	14) AMPICILINA 1g
3	5) ROUFRANOL 50mg	15) NEOSTIGMINA 2mg
6	6) NOMBUPRIVACINA CVC 30e	
2	7) BIODURINA CVC A 2L - 20e	
5	8) LIDOCINA 5% A 1L - 10e	
1	9) AGUA DESTILADA - 10ml	
2	10) CEFALOSOLINA 2g	

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO

INDICAÇÕES IMPORTANTES

TÉCNICA ANESTÉSICA: PCT CHEGA AO CENRO CIRÚRGICO / AVP EM MSE, MONITORADA, REATIVA

ASSEPSIA + ANTISEPSIA DE REGIÃO CERVICAL; BLOQUEIO DE PLEXO BRONQUIAL, VIA INTERCOSTAL, C/ USO DE

ENE, 1x0,5. ASD; ASPIRAÇÃO NEGATIVA. INFUSÃO DE (6) + (9), ASSEPSIA + ANTISEPSIA DE REGIÃO AXILAR

BLOQUEIO DE NERVOS MÊDIOS + ULTIMO CERVICAL, C/ USO ENF, 1x0,5; AIOO; ASPIRAÇÃO NEGATIVA; INFUSÃO DE

(8) + (9); AMBOS BLOQUEIOS SEM INTERCORRÊNCIAS. PCT PRÉ-OXIGENADA, EM DDH; INICIA ANESTÉSIA C/ (2)

+ (3) + (4) + (5), LARINGOSCOPIA DIRETA ATRAUMÁTICA; TOT C/ TOT FIS C/ CUFF; CONFIRMADA POR CAPNÓGRAFIA

+ AUSCULTA; MANUTENÇÃO C/ SEVOFLURO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

PROTEÇÃO OCULAR E AUSÊNCIA DE PONTOS DE PRESSÃO.

MANUTENÇÃO DO NÍVEL DO GARGOTE MSP = 8:40h

Anes

17/06/17 DATA 1020106 PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Emílio Barbosa Gomes
 Idade: 22 Sexo: M Profissão:
 Patologia principal: rotura de punho (D)
 Cirurgia: HO cirurgico Anestesia proposta: bloqueio regional

Dor no peito, angina?	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
infarto? [] <3M [] 3-6M [] >6M	<input checked="" type="checkbox"/>	Doença da tireóide?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito miccional?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input checked="" type="checkbox"/>	Modificação no apetite?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a pó; H, odores, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia: [] espontâneas	<input checked="" type="checkbox"/>	Queimação, azia, H. de hábito, dor?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: [] peq. [] médios	<input checked="" type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor:)	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema de MMII: [] Tarde [] Verão	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergia a derivado de borracha?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dispndia de decúbito []	<input checked="" type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: [] peq. [] médios	<input checked="" type="checkbox"/>	Perda de peso s/dieta?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/bronquite:	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input checked="" type="checkbox"/>	PARA CRIANÇAS (0-14 anos)		
Tosse/catarro? (cor:)	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumante: há anos. Parou há	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangramento? (onde:)	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança tem [] de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input checked="" type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança está gripada, o/sose, febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input checked="" type="checkbox"/>	Gripe, febre, recentes?	<input checked="" type="checkbox"/>	A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia?	<input checked="" type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (DUM: / /)	<input checked="" type="checkbox"/>	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:		
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input checked="" type="checkbox"/>	Tem problema de surdez, visão?	<input checked="" type="checkbox"/>	[] diabetes [] doença crasc. [] miopatia		
Problema de coluna?	<input checked="" type="checkbox"/>	Teve febre alta quando fo. operado?	<input checked="" type="checkbox"/>	[] Febre alta durante a anestesia?		
Etilista social	<input checked="" type="checkbox"/>	Recebeu Transf. sangue? Há	<input checked="" type="checkbox"/>	[] Problema durante a anestesia?		
Alcoólatra: há anos. Parou há	<input checked="" type="checkbox"/>	Aceita transf. sangue numa emergência?	<input checked="" type="checkbox"/>	Qual?		

Dados importantes da Anamnese e/ou EF: Obesidade, hipertensão, Asma
 Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações: Fratura de tíbia e rádio há 15 dias (SB)
 Medicamentos (Dietas): Alémnia

EXAME FÍSICO
 PA: 125/85 Alt: 1,68 PA: 100/30 Hidratado/desidratado
 Coração/ritmo, frequência cardíaca, murmúrios, sístole/aórtica
 Ausculta: NDN
 Dentadura/prótese (máxila) (mínima) (fixa)
 Dentes: regulares
 Abertura da boca: Normal (1)
 Percepção tátil/vibrat.
 Flexão/extensão do pescoço
 Normal/limitada
 T.M. altura 1 2 3 4 distância esterno/mento: 12,5 cm > 12,5

Asotar de preferência exames com < 01 ano
 Exames Substididos DATA: 14/02/17
 Hb = 10,3 Ht = 32,6 Glic. = Cr. = Ur. = 100,9600
 Na = K = TC = TS =
 Pq = 346,000
 Cdegl = Normal [] Alterada TT = TP = 11,2 TTPA = 32 AP = 22,5
 RX tórax (/ /) = SIN RISCO CARDIOVASC. FNR = 1,8
 ECG (/ /) = SIN RISCO CARDIOVASC.

Paciente consciente de quem após cab. membros inferiores.
 termo assinado

RETORNOS: [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clínica. Qual:
 (VIDE VERSO) *

MÉDICO: Dra. [Assinatura] CRM: 10000
 CRM PE 0431

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:
 Liberado para cirurgia
 Reavaliar na internação motivo(s):
 Reavaliar na SO motivo(s):
 NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):
 DATA: / /
 PROBLEMAS GRAVES

COMPREV PREVIDENCIAS
 30 MAIO 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA
 CRM: 10000
 FONC./ASCER.027-1

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MA' MAIS
ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPN.

Date: / /
Cidade: Pombal

Prontuário: 1020106
Data: 12/08/17
Repositório:

Paciente: Emília Barbosa Gomes
Procedimento: Trat. cirúrg. da Fratura de Fêmur + Fratura de Pênis D.

SUS: Não SUS
Médico: Roberto + Brício

Fornecedor		DISPENSÇÃO CME	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Fornecedor		DISPENSÇÃO - FARMÁCIA	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Instituto de Fisiologia + M		Placa de 16 Furos Linha 4.5	01		
		Paraf. Cort. N° 36 = 01	05		
		" " N° 38 = 05	01		
		" " N° 40 = 01	01		
		" " N° 42 = 01	01		
		" " N° 44 = 01	01		

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
815600
FUNGIA/PC 013-2

Farmácia de Referência
ASSINATURA FARMACIA
COREN-PB 295684-M - COREN

Dr. Thales de Aguiar
Cirurgião de Traumatologia
CRM - PB 295684-M
30 MAIO 2018
COMPREV PREVIDENCIA SA
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEZTUL

Nome: EMÍLIA BARBOSA GOMES BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 13/08/17

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO + REDUÇÃO LUXAÇÃO DO PUNTO DIREITO

Cirurgião: THALES SEABRA 1º Assistente: BUIÇO DO PUNTO DIREITO

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
1. FRATURA DIAPHISÁRIA DO FÊMUR DIREITO	V
2. FRATURA - LUXAÇÃO DO PUNTO DIREITO.	
3. FRATURA DO PÔLICE ESQUERDO	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
1. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR DIR.	
2. REDUÇÃO DA LUXAÇÃO DO PUNTO ESQ.	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Thales F. Seabra
CRM - PB 7124
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho

João Pessoa, 13/08/17



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. ANTI-BIÓTICO PROFILAXIA
2. PACIENTE POSICIONADO EM DDA
3. ASSEPSIA + ANTI-ASSEPSIA EM M.I.D. COM ABRIGAÇÃO DOS CAMPOS CIRCUNJACIOS

Incisão:

4. ACESSO LATERAL AO FÊMUR DIREITO.
5. DISSECAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
6. REDUÇÃO DA FRATURA.
7. FIXAÇÃO DE PLACA PONTE COM 4 PARAFUSOS PERCUTÂNEOS

Achados:

8. E 4 PARAFUSOS DISTAIS AO FOCO
9. CONFIRMADO COM RADIOSCOPIA.
10. REVISÃO DA HEMOSTASIA + LME.
11. FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO + Rx Contusões.

Conduta:

11. TRACÇÃO - CONTINUA - MARCHA DO PUNTO DIREITO
12. REDUÇÃO DO PUNTO.
13. TALA GESSADA.

Fechamento:

Observação:

NÃO FIXADO PUNTO DIREITO COM FIXAÇÃO DE CORTES POR FRATURA DO MUSEU.

NECESSITA DE TRC DE ALIVIO DO PUNTO + PONTAL.

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM:

Dr. Thales F. Seabra
CRM - PB 7124
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho

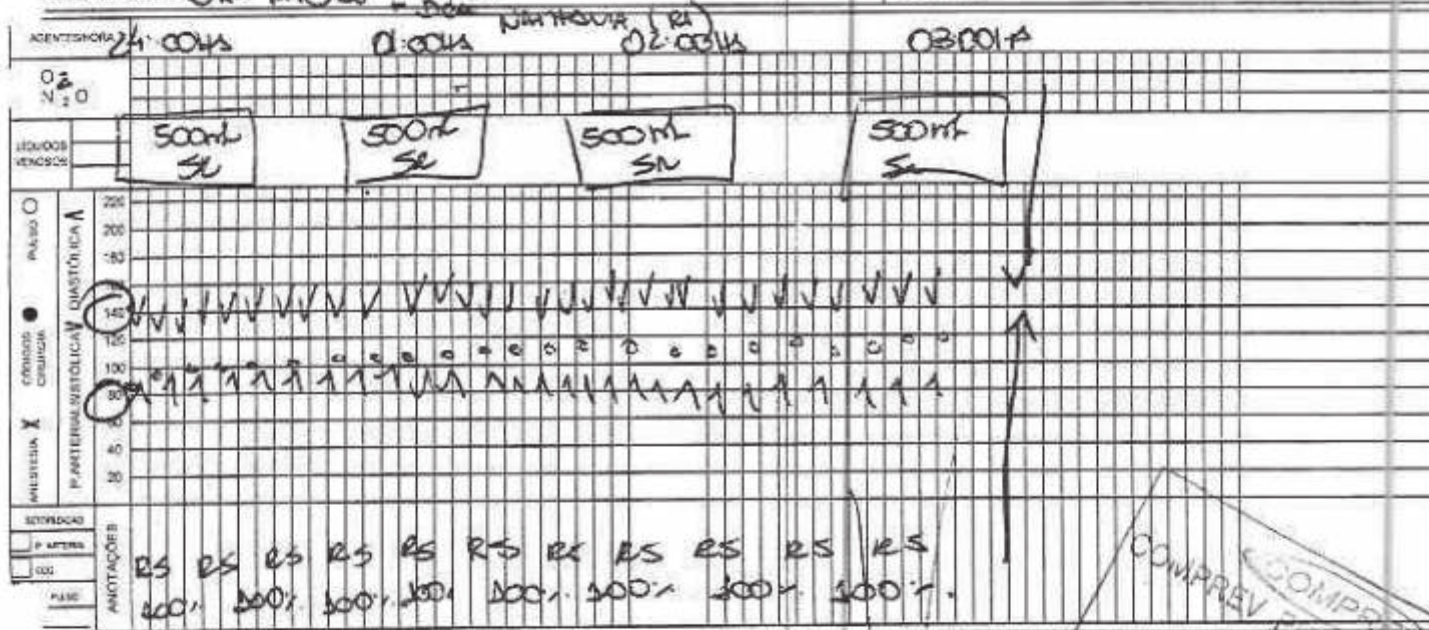


João Pessoa, 13/08/17

DATA: 12/08/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: EMILIA BARBOSA GOMES		SEXO: F	COR: B	IDADE: 28 ANOS
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 82	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRURGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES VER PRONTUÁRIO		ALERGIAS / ASA II / OBESIDADE MÓRBIDA		
AP. RESPIRATÓRIO OK	AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO OK	ESTADO MENTAL ORIENTADA		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA			ESTADO FÍSICO (ASA) II	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FÊMUR + FRATURA DE PUNHO				
CIRURGIA REALIZADA 1º CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR + PUNHO (D)				
CIRURGIÃO DRº BRUNO		AUXILIARES DRº TALES		
INÍCIO DA ANESTESIA 21:00H		TÉRMINO DA ANESTESIA 02:00H		DURAÇÃO DA ANESTESIA 345
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ANESTESISTA DRº ANDRÉ		CPF	CRM-PB	



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOO FLEJO BLOO. DERMOS OUTROS

QUANTIDADE	Nome do medicamento	Medicamentos e materiais usados no ato anestésico
1	PROPOFOL 20MG	11
2	QUIQUIM 100MG	12
3	ROCURÔNIO 50MG	13
4	FENTANIL 300MCG	14
5	DORMONID 1MG EV	15
5	LIDOCAÍNA 2% 40MG EV	16
7	CLORAZOLINA 28 EV	17
8	DEXAMETASONA 30MG EV	18
9	CETOPROFENO 100MG EV	19
		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: TÉCNICA: PACIENTE MONTADA NA AMBULADA AVENÓCLISE COM JELCO 20 Gm DPH, FUIR ASSUPSIÃO / INTUBAÇÃO DA ~~TR~~ LARINGOSCOPIA PIA 21 JOR COM TUBO Nº 7,5, CONECTANDO A VM E MANTENDO COM SUD-FLURANE.

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Emília Barbosa Gomes
 IDADE: 28 RE: 1020106 CONTÁRIO: ENFERMARIA LETO:
 CIRURGIJA: Tot. Punção de Fratura de Fêmur + Fratura de Pênis D
 CIRURGIÃO: Tales (AUX) Brisio (ZALX)
 ANESTESIA: geral
 ANESTESISTA: André
 INSTRUMENTADOR:
 DATA: 12.08.17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO 24:00 FIM: 22:30

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO Nº18		01	FIO CAT. GLUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA			JELCO Nº20			FIO CAT. GLUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			FIO DE NYLON Nº	20 08
ETÓMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO POLILACTINA Nº	1 03
FENTANILA	01		LÂMINA BISTURI Nº23		02	FIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIPROPILENO Nº	
ISÓFLURANO			LÂMINA DE DERMÁTOMO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE ENKERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		05	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVA ESTÉRIL Nº7,0		03	FIO SEDA Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	01		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		02	FITA CARDÍACA	
MIDAZOLAN	01		LUVA ESTÉRIL Nº8,0			MATERIAL ESPECIAL	QTD.
MORFINA			LUVA ESTÉRIL Nº8,5		07	CATETER DE PIC	
NIMBÍUM			MÁSCARA CIRÚRGICA			CIMENTO CIRÚRGICO	
PANCURÔNIO			MULTIVIAS			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PETIDINA			PERFURADOR DE SORO			FIO DE KIRSCHNER Nº	
PROPÓRFOL	01		SCALP Nº9			FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMIFENTANILA	01		SCALP Nº11			FIO STEINMAN Nº	
ROCURÔNIO	01		SERINGA S/ML		01	FIO STEINMAN Nº	
SEVOFLURANO	01		SERINGA S/ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
SUXAMETÔNIO	01		SERINGA 10ML	04	02	NEMOST. ABSORVÍVEL	
TROPENTAL			SERINGA 20ML			KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			PRÓTESE VASCULAR	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			KIT. PAM	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		01	FIXADOR EXTERNO	
			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			EMPRESA	
			SONDA FOLEY 16ML Nº12			PARAFUSOS CORTICAIS Nº36=01	
			SONDA FOLEY 20ML Nº14			PARAFUSOS CORTICAIS Nº38=05	
			SONDA NASOG. CURTA			PARAFUSOS CORTICAIS Nº40=01	
			SONDA NASOG. LONGA			PARAFUSOS CORTICAIS Nº42=01	
			SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS CORTICAIS Nº44=01	
			TORNERINHA			PARAFUSOS MALEOLAR	
			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº25	01		PARAFUSOS MALEOLAR	
			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA AVALS 916F.	01
			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA	
			TUBO SILICONE (LATEX)		02	EQUIPAMENTOS	
						ASPIRADOR	
						BISTURI ELÉTRICO	
						CAPNÓGRAFO	
						CARDIOMONITOR	
						DESBRILADOR	
						FOCO AUXILIAR	
						FOCO CENTRAL	
						MICROSCÓPIO	
						OXÍMETRO DE PULSO	
						P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
						PERFURADOR ELÉTRICO	
						SERRA	
						CIRCULANTE	

et alio fms 01

30 MAIO 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO
 S.S.O.A.
 Joubert - Santa Rita 815 600



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Emilia Barbosa Gomes
DATA DE NASCIMENTO 29/09/88
NOME DA MÃE Maria das Dores Soares Barbosa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103647
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1030924
DATA DO ATENDIMENTO 29/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 15:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de rádio distal com placa
CID 10 Z47.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, com fratura de rádio distal há 6 semanas, necessita retirada da placa. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX antebraço direito


RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de rádio distal com placa

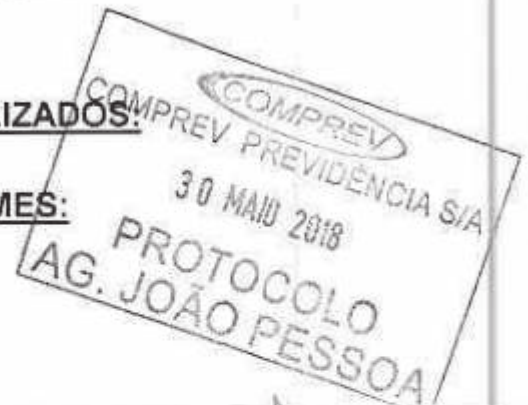
TRATAMENTO:

Retirada de material de síntese

ALTA HOSPITALAR: 05/10/17
DATA DA EMISSÃO: 07/05/18


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1030924



Identificação do paciente

ID 1199577	Nome EMILIA BARBOSA GOMES	Sexo Feminino
Data de nascimento 29/09/1988	Idade 29 anos	Estado civil
Mãe MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA	Religião	Prontuário 103647
Escolaridade	Pai NATANAEL GOMES DE SENA	Responsável (Parentesco) MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991335256	DDD Fixo
Fone Fixo	Nº Cris 705602450113215	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3312714	
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número SN	Complemento SITIO JACARAUNA	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 29/09/2017 15:32:47	Número da pulseira 1000006307997	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO

Tempo
55seg

Imprimir





GOV. PARÁIBA
BRASILIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

512 HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Amélia Barbosa Gomes

BE: 1030924

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

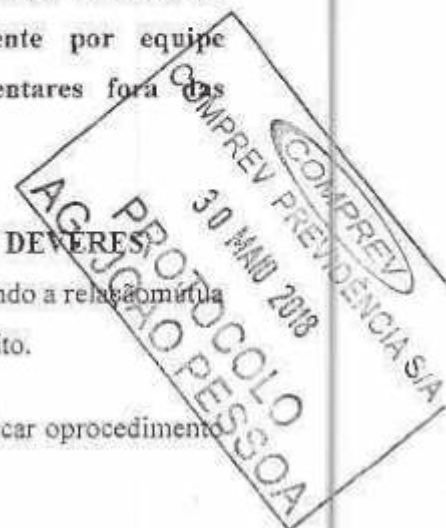
§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a **família do paciente** ou o **seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente** ou o **seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 04/10/2014

Paciente - RG

Maria do Dourado Soares Barbosa

Representante Legal - RG





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Pinheiro, Barbara Opina BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 09/10/12
 Clínica/Setor: Otorrinolaringologia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Retirada de material de sutura de nariz direito
 Cirurgião: Dr. Augusto Pinheiro 1º Assistente: Dr. Jessyka Emília F. Rabeir
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Não
 Tipo de Anestesia: Alívio de dor pós-operatório Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Material removido de nariz direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retirada de material de sutura</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____
 Biopsia de Congelação: () Sim () Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 () Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



Médico/CRM: Dra. Jessyka Emília F. Rabeir
 Médica
 CRM 10045/PE

João Pessoa, 09/10/12

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: *Emilia Malcom Jones*
 IDADE: *23* BE: *10/20/96* FRONTALRIO: ENFERMARIA: LEITO:
 CIRURGIÃO: *Ronaldo Mallum* *Cláudio Pereira* (D)
 CIRURGIÃO: *Dr. Ricardo* 1º AULX: 2º AULX:
 ANESTESIA: *Sedação plena*
 ANESTESISTA: *Dr. Ricardo*
 INSTRUMENTADOR:
 DATA: *10/17* TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INÍCIO: *08:15* FIM: *09:15* CIRURGIA: INÍCIO: *09:15* FIM: *09:50*
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18	4	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	4,0 L
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	OL	LÂMINA BISTURI Nº15	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE	OL	LÂMINA BISTURI Nº23	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OL	LÂMINA BISTURI Nº24	
ISÓFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	16
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº10	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	13	LUVA ESTÉRIL Nº15	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL Nº6	
MORFINA		AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL Nº8	
NIMBÍUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	2
PANCRURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE BORO	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUÍ Nº25G		SCALP Nº19	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ Nº26G		SCALP Nº21	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	
SULAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	ROLSA P/ COLISTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº6		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº7		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	30	SONDA URETRAL Nº	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TURNERINHA	1
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	5	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	1
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	3	FIOS	QTD.
TENOXICAN		ESPARADRAPO	13	FIO ALGODÃO S/A Nº	
<i>Clavixina</i>	1	GAZES	10	FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO CIA Nº	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO CIA Nº	
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			
		<i>agulha plástica 50</i>	1		

COMPREV PREVIDENTE
 30 MAR 2018
 AG. PROTOCOLO
 JOÃO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA GENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

DIP. 124.



Emilia Barbosa Jones
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 MAR 2013
PROTOCCLO
AG. JOAO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 012019 DATA DE EXPIRAÇÃO 01/01/2019

NOME EMILIA BARBOSA GOMES

FILIAÇÃO Natanael Gomes de Sousa
 Maria das Dores Soares Barbosa

Santa Rita PB. 29.09.1988.

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

COD. ORÇAM Cert. N.º 277/Fls. 161. Liv. A3. Cert. de Santa Rita PB.

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Registro de Pessoas Físicas

072.148.064-01

EMILIA BARBOSA GOMES

29/09/1988



COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 MAIO 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

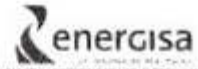
INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

		OFA1588	
		2018	<input type="button" value="Imprimir Consulta"/>
OCIMAR SOARES D		OFA1588	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN KS		2011	2011
PARTICULAR PRETA			
31/10/2018			
SANTA RITA		30/05/2018	
Último Licenciamento: 2018 Proprietário: OCIMAR SOARES D Placa: OFA1588 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG-125 FAN KS Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET Ano de Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/10/2018 Observação: Restrição: Financeira: Município: SANTA RITA Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 30/05/2018			



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

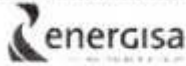
Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta
Detalhamento sobre pagamento de taxa de utilização de energia elétrica - Nº 004.104.581



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 130, Av. 12 - Centro Industrial - Jd. Fozes I / PR - CEP 84714-000
CNPJ 08.046.161/0001-08 - Ins. Tal. 19.015.819-8

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR			
MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA RUA RODRIGUES ALVES 220 SANTA RITA		5/223774-1			
CEP 58301-210					
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VEICIMENTO	TOTAL A PAGAR	
MAR/2018	26/03/2018	15	03/04/2018	R\$ 5,93	

Acesso: www.energisa.com.br



MARIA DAS DORES SOARES BARBOSA
Roteiro: 15-009-251-6340
CORTA PAGA - Data de Pagamento: 03/03/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
03/04/2018	R\$ 5,93	223774-2018-030

