



Número: **0800061-37.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **28/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.050,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAELSON DE SOUSA RIBEIRO (AUTOR)	JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
18831 311	28/01/2019 19:52	Petição Inicial
18831 350	28/01/2019 19:52	1 - PROCURAÇÃO RAELSON
18831 361	28/01/2019 19:52	2 - COMPROVANTE DE RESIDENCIA
18831 368	28/01/2019 19:52	3 - DEC. DE POBREZA RAELSON
18831 374	28/01/2019 19:52	3.1 - EXTRATO BANCÁRIO
18831 380	28/01/2019 19:52	4 - CNIS RAELSON
18831 416	28/01/2019 19:52	4.1 - MICROEMPREendedOR
18831 427	28/01/2019 19:52	5 - CTPS RAELSON
18831 433	28/01/2019 19:52	6 - BOLETIM DE OCORRENCIA
18831 448	28/01/2019 19:52	7 - DOCS. PESSOAIS RAELSON
18831 456	28/01/2019 19:52	8 - DOC DO VEÍCULO
18831 464	28/01/2019 19:52	9- SINISTRO RAELSON
18831 473	28/01/2019 19:52	DOC. MÉDICA RAELSON Parte1
18831 478	28/01/2019 19:52	DOC. MÉDICA RAELSON Parte2
18831 485	28/01/2019 19:52	DOC. MÉDICA RAELSON Parte3
18831 493	28/01/2019 19:52	DOC. MÉDICA RAELSON Parte4
19290 937	19/02/2019 22:34	Despacho

EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUÍZ(A) DE DIREITO DA ____ VARA DA COMARCA DE POMBAL - PB.

RAELSON DE SOUSA RIBEIRO, brasileiro, solteiro, micro empreendedor individual, inscrito no CPF sob o nº. 081.857.164-04 e no RG sob o nº. 3.486.778 – 2^a Via SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Projetada, sn, Bairro Novo Horizonte, Pombal - PB, por meio de seu procurador e advogado que esta subscreve, **Bel. Jaques Ramos Wanderley, OAB/PB 11.984**, com endereço no rodapé, vem, perante Vossa Excelência, ajuizar a presente

AÇÃO DE COBRANÇA

DO SEGURO DPVAT

Em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, situada a Rua Senador Dantas, 76, 3º andar, CEP: 20.031-201, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos fatos e motivos que passa a aduzir:

1 - PRELIMINARMENTE

1.1- DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

O Autor trata-se de micro empreendedor individual, trabalhando com comércio de venda de artigos de vestuário e acessórios. Conforme consta a cópia do CNIS em anexo aos autos, o autor contribui para a Previdência como contribuinte individual.

Ademais, consta em anexo aos autos cópia de um extrato na sua conta da CAIXA com valor baixo, tendo em vista que o que aufera como renda utiliza para subsistência e todos os meses sobra apenas um restante da mesma em conta.

Sendo assim, o Promovente não possui renda fixa, e por esta razão declara que, por insuficiência de recursos, não pode arcar com as custas, despesas processuais e honorários advocatícios, conforme *declaração de hipossuficiência* devidamente assinalada, requerendo, como de seu direito, a gratuitade da justiça, nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil de 2015.

1.2- DO INTERESSE DE AGIR

O acesso ao Judiciário independe de requerimento prévio junto à Seguradora, baseado no preceito contido no art. 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal, que estabelece que qualquer indivíduo pode acionar o Poder Judiciário sempre que houver violação a direito, mediante lesão ou ameaça. A imposição de prévio requerimento administrativo caracteriza ofensa ao princípio do livre acesso ao Poder Judiciário.



Inclusive, ainda que não houvesse o prévio requerimento administrativo, isso não seria obstáculo para ingressar com a presente demanda, conforme posicionamento dos Tribunais Pátrios, senão vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. SEGURO. DPVAT. AUSÊNCIA DE PEDIDO ADMINISTRATIVO. INTERESSE PROCESSUAL CONFIGURADO. O acesso ao Poder Judiciário não pode ser condicionado à prévia solicitação administrativa de pagamento da indenização securitária, sob pena de ofensa ao artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. Precedentes desta Câmara. RECURSO PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Agravo de Instrumento Nº 70064284797, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 13/04/2015). (grifo nosso)

DPVAT - AUSÊNCIA DE PEDIDO ADMINISTRATIVO - IRRELEVÂNCIA. Nosso ordenamento jurídico não impede que alguém busque sua pretensão pela via judicial, sem tê-la feito, anteriormente, pela via administrativa. O interesse de agir é caracterizado pela necessidade de a parte ter que se valer do Poder Judiciário para a solução de uma pretensão que sofre resistência por aquele contra quem contrapõe seu pedido. (grifamos)

Assim, a obrigação de esgotamento prévio da via administrativa para a propositura da ação judicial tem-se como irrelevante e incompatível com o princípio colacionado no inc. XXXV do art. 5º da Constituição da República, que não estabeleceu como condição de acesso à Justiça que a parte acione ou esgote as vias administrativas.

2. DOS FATOS

O promovente foi vítima de acidente de trânsito no dia 14 de Janeiro de 2018, conforme boletim de ocorrência, *em anexo*.

Do malsinado acidente a promovente sofreu **TRAUMA NA COLUNA LOMBAR + HEMATOMA LOMBAR**, necessitou de procedimento cirúrgico e fisioterápico, e ainda de se ausentar das suas atividades laborais. Atualmente não consegue caminhar ou sentar-se durante muito tempo, inclusive até para dormir sente dificuldades devido as dores que sente na região lombar que **irradia para os membros inferiores**, o que causa dificuldades cotidianas para a sua vida.

Logo, conforme fichas de atendimento hospitalar e atestados médicos acostada aos autos, o promovente foi vítima de acidente automobilístico e em razão deste fora internado no referido hospital com trauma lombar de caráter médio (50%), R\$ 1.687,50 (mil seiscents e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) assim como invalidez de caráter leve (25%) nos membros inferiores, R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) fazendo jus à indenização total que corresponde à importância de **R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais)**, conforme estabelece a Lei 6.194/74 combinada com a TABELA da SUSEP.



Diante os fatos, o Promovente requereu administrativamente a empresa demandada o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT (**SINISTRO: 3180316563**), referente à invalidez permanente constante na documentação médica em anexo.

Acontece Excelência, que a seguradora não realizou o pagamento, e não analisou a documentação enviada pela autora, indeferindo seu pedido administrativamente por alegar “pendência documental”. Todavia, o Promovente enviou toda a documentação necessária, tendo inclusive entrado em contato com a Promovida para explicar a situação, todavia, a mesma insiste em dificultar a continuação do processo e, consequentemente, o pagamento da indenização.

Por esta razão, busca a requerente a tutela jurisdicional para ver a sua pretensão acolhida.

3. DO DIREITO

I - REGULAMENTAÇÃO JURÍDICA

A matéria encontra-se regulamentada pela lei 6.194/74, que determina o pagamento de indenização de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) aos beneficiários das vítimas de acidentes de trânsito, por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, consoante se depreende, da leitura do caput do art. 3º, e inciso II, alterada pela LEI 11.482/07, *in verbis*:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus a parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Outrossim, registre-se que os documentos anexados são suficientes a um julgamento meritório, sendo dispensado a apresentação de Laudo do IML.



O entendimento dos Tribunais pátrios, com efeito, não é outro senão o aqui defendido, valendo citar duas recentes ementas do Egrégio TJMG que se amoldam perfeitamente ao caso presente:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - DOCUMENTO DISPENSÁVEL - INÉPCIA NÃO CONFIGURADA - EXTINÇÃO PREMATURA - SENTENÇA CASSADA. É dispensável a juntada do Laudo do IML ou outro documento médico para instruir a ação de cobrança de seguro DPVAT, uma vez que é possível a comprovação do grau e da extensão das lesões durante a instrução processual. (TJ-MG - AC: 10686140012978001 MG, Relator: Aparecida Grossi, Data de Julgamento: 08/04/2015, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 17/04/2015). (Grifei)

AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - IRRELEVÂNCIA - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO - Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT não é indispensável a juntada, com a inicial, de laudo do IML, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento.

(TJ-MG - AC: 10024123336687001 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 15/05/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/05/2014). (Grifei)

Aliás, tal entendimento não é isolado, senão vejamos:

APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML. IRRELEVÂNCIA. DOCUMENTAÇÃO QUE ACOMPANHA A PEÇA EXORDIAL É SUFICIENTE PARA AFASTAR A INÉPCIA DA INICIAL. SENTENÇA CASSADA. BAIXA DOS AUTOS À ORIGEM PARA O REGULAR PROCESSAMENTO DO FEITO. APELO PROVIDO. (TJPR - 10ª C. Cível - AC - 1257132-5 - Marechal Cândido Rondon - Rel.: Ângela Khury - Unânime - - J. 05.03.2015) (TJ-PR - APL: 12571325 PR 1257132-5 (Acórdão), Relator: Ângela Khury, Data de Julgamento: 05/03/2015, 10ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 1556 04/05/2015). (Grifei)

II - DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em casos de Seguro Obrigatório DPVAT, quando se tratar de verba complementar indenizatória, a correção monetária deverá iniciar-se a partir da data do ato ilícito que ensejou prejuízo para a vítima,



compreendendo portanto, a data em que a seguradora não adimpliu corretamente ao pagamento em via administrativa, fazendo-o a menor.

Deste modo entende o **Superior Tribunal De Justiça**:

Súmula 43: "Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo".

Coadunando com este mesmo entendimento, segue julgado do ilustre Relator José Sebastiao Fagundes Cunha do **TJPR - Apelação Cível: AC 4451245 PR 0445124-5**:

RECURSO DE APELAÇÃO COBRANÇA. SEGURO. DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA RECEBIDA PARCIALMENTE. QUITAÇÃO DO VALOR PAGO À MENOR. FIXAÇÃO DA INDENIZAÇÃO VINCULADA AO SALÁRIO MÍNIMO. POSSIBILIDADE. RESOLUÇÃO CNSP. NORMA QUE NÃO PODE SOBREPOR-SE À LEI ORDINÁRIA. HIERARQUIA DAS NORMAS. CORREÇÃO MONETÁRIA. SÚMULA 43 DO STJ. RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. RECURSO ADESIVO COBRANÇA. SEGURO DPVAT. QUITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EFETUADA A MENOR. INCIDÊNCIA DE JUROS DESDE O PAGAMENTO ADMINISTRATIVO. JUROS. 1% AO MÊS A PARTIR DA VIGÊNCIA DO CÓDIGO CIVIL DE 2002 - (12.01.2003) - E INCIDÊNCIA DE 0,5% ANTES DESTA DATA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MAJORAÇÃO. RECURSO ADESIVO CONHECIDO E PROVIDO PARCIALMENTE. 1. Restando demonstrado que o valor do seguro obrigatório DPVAT não foi pago em sua integralidade (40 salários mínimos), faz jus a autora ao recebimento da diferença entre o que foi pago e o que deveria sê-lo.

(...)

4. Súmula 43 do STJ: "Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo". No caso em apreço, verificou-se o ato ilícito contratual da seguradora quando não adimpliu corretamente, em sede administrativa, com a sua obrigação junto aos beneficiários do seguro obrigatório, motivo pelo qual é a partir desta data que a correção monetária deve incidir.

-

III – DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

É dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo art. 373, II, do CPC/2015, que dispõe “quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor cabe ao réu o ônus da prova.”

Entendimento esse pacificado em nossos tribunais. Vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO COBRANÇA DE SEGURO DPVAT RELAÇÃO DE CONSUMO INVERSÃO DO CUSTEIO DA PROVA. - A relação travada entre a seguradora e o beneficiário do seguro DPVAT é de consumo, na forma prevista pelo art. 3º do Código de Defesa do Consumidor, devendo ser aplicado o regramento respectivo, inclusive com a possibilidade de inversão do ônus da prova. Seguradora que deverá custear os honorários de perito particular nomeado; AGRAVO PROVIDO.



Data de publicação: 24/03/2015

TJ-SP - Agravo de Instrumento AI 21624341420148260000 SP
2162434-14.2014.8.26.0000 (TJ-SP)

4. DOS PEDIDOS

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) a **citação da promovida** no endereço descrito no pórtico desta, para que no prazo legal em querendo, contestar a presente ação, sob pena de sofrer os efeitos da revelia e confissão;
- b) seja a ação **julgada procedente**, para condenar a promovida ao pagamento de **R\$ 4.050,00 (quatro mil, e cinquenta reais)**, a título de indenização pelas lesões sofridas supracitadas, devidamente acrescidos de juros mora a partir da citação da empresa promovida e correção monetária, a contar da data em que ocorreu o acidente (14/01/2018);
- c) a **inversão do ônus da prova**, nos precisos termos do art. 6º, VIII do CODECOM;
- d) seja concedido os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, tendo em vista não poder arcar com as despesas processuais por insuficiência de recursos.
- e) a condenação da empresa promovida nas custas processuais, honorários advocatícios no valor de 20% e demais emolumentos legais.

Requer que seja dispensada a designação da audiência de conciliação, nos termos do art. 319, VII c/c art. 334, §4º, I do Novo Código de Processo Civil, tendo em vista a prática de atitudes reiteradas da Promovida em não demonstrar interesse na realização da COMPOSIÇÃO CONSENSUAL.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidos em direito, além dos documentos que seguem em anexo, bem como REQUER, desde já, a produção de prova pericial, com a juntada dos quesitos.

Dar-se à causa para os devidos fins fiscais, o valor de **R\$ 4.050,00 (quatro mil, e cinquenta reais)**.

Termos em que, pede Deferimento.

Pombal – PB, 25 de Janeiro de 2019.

Bel. JAQUES RAMOS WANDERLEY



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 25/01/2019 10:04:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012510043264500000018324880>
Número do documento: 19012510043264500000018324880

Num. 18831311 - Pág. 6

- OAB/PB 11.984 -

Bela. PATRÍCIA REBECA SOUZA FREITAS

- OAB/PB 24.064-



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 25/01/2019 10:04:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012510043264500000018324880>
Número do documento: 19012510043264500000018324880

Num. 18831311 - Pág. 7

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: RAELSON DE SOUSA RIBEIRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MICRO EMPREENDEDOR INDIVIDUAL, COM RG: 3.486.778-2º VIA SSDS/PB E CPF: 081.857.164-04, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, NOVO HORIZONTE, POMBAL – PB.

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08; Drª. MAYARA QUEIROGA WANDERLEY, brasileira, casada, advogada, OAB/PB nº 18.791, RG 3141039, SSP/PB, CPF nº 059.842.772-09, ambos com escritório profissional a rua Francisco Almeida, nº 219, centro CEP: 58.840-000, Pombal – PB. Tele-fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 9 9974-6390 (TIM) e (83) 9 8164-0979 (VIVO)

PODERES:

Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia – Lei 8.906/94, bem como perante qualquer repartição pública Federal, Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao cabal desempenho deste mandato, tudo requerer e praticar, patrocinar a defesa dos interesses do(a) outorgante como autor(a) ré(u), oponente, assistente, ou de qualquer forma interessada, usar dos poderes contidos na cláusula “*ad judicia*”, mais os **poderes especiais** de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, acordar, discordar, arguir suspeições, excepcionar, prestar caução, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15) e finalmente praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandado, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

POMBAL - PB, 05/06/2018.

x Raelson de Souza Ribeiro.
Outorgante

Scanned by CamScanner



JOSE DE ANCHIETA SOARES BATISTA
RUA PROJETADA, SAN - NOVO HORIZONTE
POMBAL / PB CEP: 58840000 (AG 227)



Emissão 29/12/2017 Referência Dez/2017
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO
Roteiro: 18 - 227 - 185 - 6600 N° medidor 00008331501

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 239, Km 15 - Cristo Redentor, João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ 03.095.193/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°001 438 185
Cód. para Dib. Automóveis: 00014780779

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	29/12/2017	29/01/2018	6466979431 Insc Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1478077-9

Canal de contato

- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002
Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender
Nunca empine pipas perto dos fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem pregadas na rede. É nada de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca

Anterior	Data	Lectura	Atual	Data	Lectura	Constante	Consumo	Dias	Demonstrativo										
									1	185	29	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc	Aliqu	Icms(R\$)	Base Calc.	Pis(R\$)	Coliss(R\$)
30/11/17	8251	29/12/17	8436						Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Prf/Consumo(R\$)	(0,3088%)(3,255%)						
0801 Consumo ate 30kWh-BR	30.000	0,247580	7,42	7,42	27	2.00	7,42	0,06	0,28										
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,424410	28,70	29,70	27	8,01	29,70	0,24	1,11										
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	85.000	0,636600	54,11	54,11	27	14,81	54,11	0,44	1,01										
0801 Adm. B. Vermelha			5,63	5,63	27	1,52	5,63	0,04	0,21										
0810 Subsídio			44,88	44,88	27	12,12	44,88	0,36	1,87										
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																			
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00										
0808 Devolução Subsídio			-30,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00										

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 121,89 141,74 39,26 141,74 1,14 1,28

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

08/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 121,89

Histórico de Consumo (kWh)

187	183	137	141	117	132	149	129	153	168	174	141
Nov/17	Out/17	Sep/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	May/17	Abri/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RECEBIMENTO FISCO

0c85.13a9.0c484.18c0.5891.6050.3fd0.92dc.

Indicadores de Qualidade 10/2017 - Pombal

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,81	0,00	
DIC TRIMESTRAL	11,82		NOMINAL
DIC ANUAL	23,64		220
FIC MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,65		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	13,70		202
DMIC	3,48	0,00	LIMITE SUPERIOR
DCRI	12,22		231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	23,84	19,64
Compra de Energia	32,09	26,33
Serviço de Transmissão	3,67	3,01
Encargos Sociais	0,83	0,64
Impostos Diretos e Encargos	55,58	45,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	121,89	100,00

Valor do EUSD (Rel. 10/2017) R\$32,40

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

RAELSON DE SOUSA RIBEIRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MICRO EMPREENDEDOR INDIVIDUAL, COM RG: 3.486.778-2º VIA SSDS/PB E CPF: 081.857.164-04, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, NOVO HORIZONTE, POMBAL – PB, declara sob as penas da lei, que não pode arcar com despesas processuais por insuficiência de recursos, pelo que, nos termos assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, faz juz aos benefícios da gratuidade da justiça.

Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais, caso o presente documento não porte a verdade.

Pombal-PB, 05 de JUNHO de 2018.

x Raelson de Sousa Ribeiro.
DECLARANTE

Scanned by CamScanner



BANCO DO NORDESTE
 EXTRATO P/SIMPLES VERIFICACAO
 CONTA CORRENTE
 EMITIDO EM : 10/09/2018 AS 09:10:22
 CONTA CORRENTE: AGENCIA 00164 CONTA 000011538-2
 CLIENTE: RAELSON DE SOUSA RIBEIRO
 SALDO ANTERIOR 0,32
 SALDO 0,32
 SALDO TOTAL DA CONTA 0,32
 DISPONIVEL PARCIAL 0,00
 POUPANCA CORRENTE 0,32
 BLOQUEADO C/C 0,00
 FUNDO INVESTIMENTO
 COM RESGATE AUTOMATICO
 SALDO LIQUIDO 0,00
 SEM RESGATE AUTOMATICO
 SALDO LIQUIDO 0,00
 CPMF A COBRAR 0,00
 SALDO DISPONIVEL TOTAL 0,32
 DATA DO ULTIMO MOVIMENTO 31/08/2018

FUNDOS DE INVESTIMENTO BANCO DO NORDESTE:
 CONFIE SEUS RECURSOS AO MAIOR GESTOR DE FUNDOS
 DE INVESTIMENTO DO NORDESTE. PROCURE SEU
 GERENTE OU ACESSE O INTERNET BANKING E
 DESCUBRA A MELHOR OPCAO.

BANCO DO NORDESTE: CLIENTE CONSULTA E
 OVIDORIA 0800 728 3030 - WWW.BNB.GOV.BR

0164-0047-18.16.4-1-4-90-2110

Scanned by CamScanner





INSS

PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS SOCIAIS

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

29/11/2018 16:45:00

Identificação do Filiado	CPF: 081.857.164-04	Nome: RAEELSON DE SOUSA RIBEIRO
Data de Nascimento:	05/09/1991	Nome da Mãe: MARIA DE SOUSA RIBEIRO

Relações Previdenciárias						
Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim
1	2.671.412.728-4		RECOLHIMENTO	Contribuinte Individual	01/06/2012	31/10/2018
2	1.608.336.021-9	06.982.630/0001-95	SALMOS COMÉRCIO REPRESENTANTES E SERVIÇOS EIRELI	Empregado	10/09/2015	11/02/2016
3	1.608.336.021-9	6216224488	31 - AUXÍLIO DOENÇA PREVIDENCIÁRIO	Não Informado	14/01/2018	25/02/2018

Legenda de Indicadores			
Indicador	Descrição	Indicador	Descrição
IREC-INDPEND	Recolhimentos com indicadores/pendências	PEXT	Vínculo com informação extemporânea, passível de comprovação



Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

Identificação

Nome Empresarial

RAELSON DE SOUSA RIBEIRO 08185716101

Nome do Empresário

RAELSON DE SOUSA RIBEIRO

SECTION DE S

Capital \$ 1,000.00

Nº da Identidade **Órgão Emissor** **UF Emissor** **CPF**
3486778 SSP RR 001.057.161-01

Condição de Microambiente e Ação de Agente

Situação Cadastral Vigente **Data de Início da Situação Cadastral Vigente**
ATIVO 01/01/2016

Números de Registro

CNPJ **NIRE**
15.638.011/0001-70 25.8.0020410-1

Endorsements

CEP **Logradouro** **Número**
55240-000 RUA FRANCISCO DAS CHACAS ISMAEL LACERDA 50

58840-000
Bairro
JANDIÚ CARNEIRO

JANDUY CARNEIRO
Município UF
POMBAL PB

POMBAL PB
Ponto de Referência
PRÓXIMO AO COLEGIO POETA BEIRAMINO DE FRANCA

Atividades

DATA DE INÍCIO DE ATIVIDADES

Data de Início:

Código da Atividade Principal 47.81-4/00	Descrição da Atividade Principal Comércio varejista de artigos do vestuário e acessórios
--	--

Termo de Ciéncia e Responsabilidade com Efeito de Alvará de Licença e Funcionamento Provisório - declaração prestada no momento da inscrição.

Declaro, sob as penas da Lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Estado e pela Prefeitura do Município para emissão do Alvará de Licença e Funcionamento, compreendidos os aspectos sanitários, ambientais, tributários, de segurança pública, uso e ocupação do solo, atividades domiciliares e restrições ao uso de espaços públicos. O não-atendimento a esses requisitos acarretará o cancelamento deste Alvará de Licença e Funcionamento Provisório.

Este Certificado comprova as inscrições, alvará, licenças e a situação de enquadramento do empresário na condição de Microempreendedor Individual. A sua aceitação está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço: <http://www.portaldoempreendedor.gov.br/>. Certificado emitido com base na Resolução nº 16, de 17 de dezembro de 2009, do Comitê para Gestão da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios – REDESIM.

Para pesquisar a inscrição estadual e/ou municipal (quando convenientes do cadastro sincronizado nacional), informe os elementos abaixo no endereço eletrônico <http://www.recoita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/Consulta.aspx>.

Número do Recibo: ME81570150

Número do Recibo: ME81570168

Polarized light

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3^ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19^ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1^ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 460/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data do fato: 14/01/2018 – Horário: 07h 00min

GOVERNO DA PARAÍBA
1^ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1^ª E 2^ª DD

Local do ocorrido: AO LADO DA UPA, POMBAL/PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 05/06/2018 – 14h 35min

COMUNICANTE: Raelson de Sousa Ribeiro, alcunha //; **Filiação:** Raimundo dos Santos Ribeiro e de Maria de Sousa Ribeiro; **Profissão:** micro empreendedor individual; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 06/09/1991; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, sn, Novo Horizonte, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone:** 99651-8048; **Portador da CI/RG nº:** 3.486.778 – SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA FAN 150, placa NQB8100, NIV 9C2KC1550AR014690, cor CINZA, ano 2009, licenciado (a) em nome de JOSE BONIFACIO DE MEDEIROS, quando caiu ao chão devido ao uma ultrapassagem mau sucedida; Que fora socorrido(a) por/pelo Corpo de Bombeiro de Pombal e levado (a) para o hospital Regional de Pombal; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): trauma da coluna e posterior infecção; Que apresenta como testemunha deste fato: EDVAN DE AS MELO, residente no(a) Rua Matilde de Castro Bandeira, 40, Pereiros, Pombal/PB e ROZIMAR DE SOUSA CARDOSO JUNIOR, residente no(a) Rua Projetada, sn, Jandui Carneiro, Pombal/PB, fone 83-99836-9698; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal - PB, 05 de junho de 2018.

GOVERNO DA PARAÍBA
1^ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1^ª E 2^ª DD

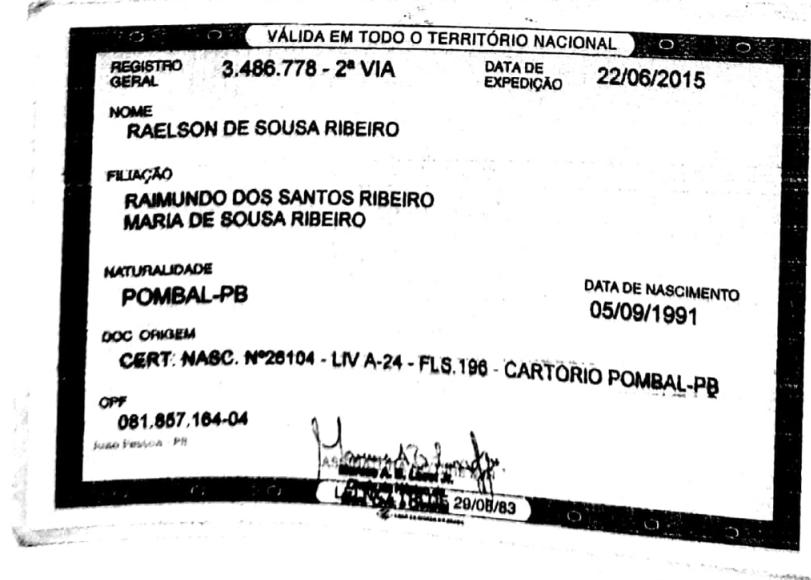
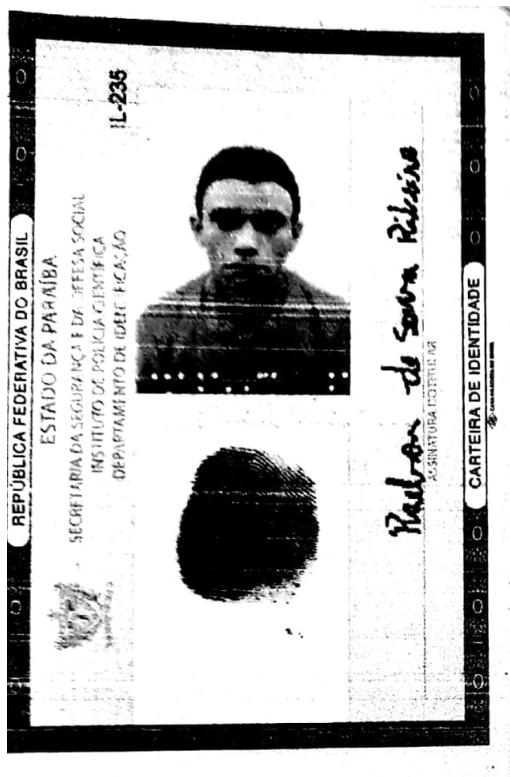
AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. CLENALDO QUEIROZ DE MEDEIROS.

COMUNICANTE: Raelson de Sousa Ribeiro.

Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156.597-4

Heromar P. Trigueiro
Escrivão
Mat. 156

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 25/01/2019 10:05:12
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012510025638500000018325015
Número do documento: 19012510025638500000018325015

Num. 18831448 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 011753887792

PB Nº 011753887792 BILHETE DE SEGURO DPVAT

011753887792

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

011753887792

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: CÓD. FERNANIANA
1 00182075318
NOME: JOSE BONIFACIO DE MEDEIROS

EXERCÍCIO: 2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

011753887792

CPF / CNPJ: 66913956868
PLACA: NOB8100
CHASSI: 9C2KC1550AR014690
ESPECIE TIPO: PARTIC
COMBUSTIVEL: 23.907.314
COTA ÚNICA: CINZA

EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 13/10/2014
VIA: 1 66813956868 MARCA / MODELO: NOB8100
RENAVAM: 2009 N° C/ASS: 9
ANO/FAB: 9 C/AT. ANM: 9C2KC1550AR014690

011753887792

IPVA PAGO EM 10/10/2014
FAZIA IPVA: PARCELAGEM COTAS: 1º * * * * *
2º * * * * * 3º * * * * *
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÉMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 10/10/2014
*****-***** SEGURO P. M. G. O OBSERVAÇÕES:

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): CUSTO DO BILHETE (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGUNDO PÁRCELA
COTA ÚNICA: PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO:

CONTRAN

LOCAL: POMBAL - PB
DATA: 13/10/2014
206834

SEGURO LÍDER - DPVAT

CPF: 08.241.884-001-01
www.seguradolider.com.br

JUL/2014



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAEISON DE SOUSA RIBEIRO
Nº Sinistro: 3180316563
Vítima: RAEISON DE SOUSA RIBEIRO
Data do Acidente: 14/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180316563**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de Indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00023/00024 - carta_03 - INVALIDEZ



00060012

Carta nº 13109212



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 25/01/2019 10:05:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012510032040900000018325030>
Número do documento: 19012510032040900000018325030

Scanned by CamScanner

Num. 18831464 - Pág. 1



RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 14/01/2018 10:57:30

Ocorrência:

INTERNAMENTO

Servidor do Dr:

Paciente **RAELSON DE SOUSA RIBEIRO**

Idade: 26 Sexo: M

Filiação:

Pai:

Mãe:

MARIA DE SOUSA RIBEIRO

Endereço:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Nº:

Endereço: PROJETADA

Bairro: NOVO HORIZONTE 1

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

Documentos:

CNS: 701-8012-6283-9179

Identidade: 3486778

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 05/09/1991

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: AUXILIAR

Responsável:

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

Tinha dor tipo de fadiga
nos motores, opressão do
peito em coluna, dor baixa e dor
nas articulações.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperfeiços)

Tinha dor de fadiga
e dor lombar forte.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Troux Louhr / Hemofane forte

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: 15/11/2018

Recepção: JULIANA

Scanned by CamScanner

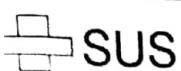


Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 25/01/2019 10:05:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012510032691100000018325039>

Número do documento: 19012510032691100000018325039

Num. 18831473 - Pág. 1



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO	2 - CNES 2592568
---	---------------------

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE RAELSON DE SOUSA RIBEIRO	4 - PROMTUÁRIO <i>002</i>		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 701-8012-6283-9179	6 - DATA DE NASCIMENTO 05/09/1991	7 - SEXO M	8 - RACA / COR PARDA
9 - NOME NA MÃE MARIA DE SOUSA RIBEIRO	10 - TELEFONE		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO PROJETADA	N.:	13 - BAIRRO NOVO HORIZONTE 1	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Jauneu cor dor e é olho em repú
lubo - sono e Headache forte*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

Jaunesse forte

198.8

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓD. PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

11/01/18

0010120053

() CNS () CPF

ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

Jaunesse forte

0010120053

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJE IO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

CNS CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

/ /

Scanned by CamScanner



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO" POMBAL - PARAÍBA	 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE	Nº Prontuário:
Nome:	Enf.:	Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação do Paciente:

Nome: Leônidas de Souza Telles Leito: _____
Pront.: _____ Procedência: _____ Enfermeira: _____ Data da admissão: _____
Idade: 26 Sexo: (M) (F) Religião: _____ Ocupação: _____
Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

2. Motivo da Internação / Queixa Principal:

Tipo de tratamento:

3. Necessidade / Auto Cuidado:

Higiene Corporal: (Preservada) (Prejudicada) Oral: (Preservada) (Prejudicada)
Demanda de Auto Cuidado:
sono e repouso: (Salistatônico) (Prejudicado) (Inconsciente) (Auxiliares do sono) Qual: _____
Dieta: (Preservada) (Prejudicada) (Ajuda para Alimentação) (Restrição Alimentar)
Movimentação: (Deambula) (Não deambula) (Restrito ao Leito) (Acamado)
Movimenta-se com ajuda: (Sem movimentação) (Limitação localizada de movimento)
Interação Social: (Comunicativo) (Não Comunicativo)
Conhecimento sobre seu problema de saúde: (Informado) (Não informado)
Orientação quanto procedimento cirúrgico: (Boa) (Insuficiente) (Não orientado)

4. Fatores de Risco:

Nicotinismo () Etilismo () Sedentarismo () Perfil sanguíneo alterando por uso de drogas

Alergias: _____

Antecedentes Pessoais (Enfermidades / cirurgias anteriores): _____

Antecedentes familiares: _____

Uso de medicamentos: _____

5. Exame Físico e Outras Informações:

Tax: _____ C: _____ P: _____ bpm R: _____ bpm PA: _____ mmHg FC: _____ bpm

Peso: 52 Kg Altura: _____ cm CA: _____ cm

Estado nutricional: () Normal () Obeso () Emagrecido () Caquético () Desnutrido () Outro

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Desorientado

Nível de Resposta:

Pele / Tecdido: () Integra () Hidratada () Ressecada () Sudoreica () Pálida () Cianótica () Escara

Cabeça: () Alopecia () Seborreia () Pediculose () Outros

Face: () Cushingoide () Paralisia facial () Acromegálica Expressão: _____

Olhos: () Visão normal () Visão turva () Acometida visual diminuída () Cegueira () Exoftalmia

() Processo inflamatório / Infeccioso

Aspecto da mucosa/outros:

Scanned by CamScanner

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



Nariz: Sem anormalidade / Deformidade / Obstrução / Secreção / Epistaxe

Ouvidos: Audição normal / Diminuída / Zumbido / Surdez / Processo inflamatório/infecioso / Outros:

Boca: Caries / Falhas dentárias / Halitose / Lingua saburrosa / Prótese

Mucosa oral: Integra / Lesões.

Pescoco: Linfonodos palpáveis / Faringe aumentada / Engorgitamento jugular / Traqueostomia / Ósio / Dificuldade de deglutição / Outros:

Torax: Atípico / Típico / Expansão toracica: Normal / Diminuída

Mamas: Assimétricas / Presença de nódulos palpáveis / Secreção:

Sistema Respiratório: Eupneico / Bradipneico / Taquipneico / Dispnéico / Em repouso / Min. Estorço / Med. Estorço / Grand. Estorço / Iso O² / Tosse / Secreção / Ausculta pulmonar

Atividade Cardíaca: Regular / Irregular / Frequência:

Edema:

Sist. Digestivo/abdome: Plano / Distendido / Tenso / Globoso / Incisão/cicatriz cirúrgica / Sonda / Nauseas / Vômitos / Pirose / Plenitude bós-prandial / Dificuldade deglutição

Ruidos hidroaéreos: Presente / Ausente

A palpação: Flácido / Doloroso / Hepatomegalia / Ascite

Eliminação intestinal (frequência/característica):

Genito-urinário: Micção espontânea / Incontinência / Retenção / Dispositivo p/ incontinência / Banda / Disúria / Poluriia / Polaciúria / Nictúria / Oligúria / Anúria / Hematuria / Coloúria / Pnuríde / Corrimento / Lesões / Aspecto de urina

Atividade sexual: Não tem atividade / Tem atividade / Uso de preservativo:

Ciclo menstrual: Normal / Menopausa / Dismenorreia / Amenorreia / Hipermenorreia:

Membros Sensibilidade: Preservada / Parestesia / Crimbrás / Força motora: Preservada / Parestesia / Plegia / Imp. de mov. articular Pulsos periféricos: Palpáveis / Diminuídos / Ausentes / Amputação

Rede venosa:

6. Impressões do Enfermeiro:

Pronto atendimento operado realização de Procedimento cirúrgico nas seguintes localidades.

Enfermeiro:

Flávio Jordano B. Cândido

Enfermeiro

CORON: 500077 DATA: 14/10/17

Scanned by CamScanner



ESTADO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR BUIT CARNEIRO"

Jome: Exeter, DE 54124 Birth: 1955

03 Setor

Setor

ASSINATURA / COREN: Edilson Ferreira da Silva COREN SP 00000000000000000000000000000000

卷之二

ג'נְבָּרוֹן

31 Mai 1901

Scanned by CamScanner





**GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E DENTAL

DADOS GERAIS:

Endereço:	Leito:	Data Admissão:	
Paciente: <u>Patrícia de Souza Silveira</u>	Idade: <u>23</u>	Hora Admissão: <u>14:20</u>	
Unas de internação: _____ Turno: _____	SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO Peso: _____ Estatura: _____		
Acústico: <input checked="" type="checkbox"/> Acetabulario: <input type="checkbox"/> Cauda de rato: <input type="checkbox"/> Marca: <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Veio transverso: <input type="checkbox"/> Residência: <input type="checkbox"/> Área vermelha: <input type="checkbox"/> Área laranja: <input type="checkbox"/> Área amarela: <input type="checkbox"/> Área verde: <input type="checkbox"/> UTI			
Transfereência interna: <input type="checkbox"/> Clín. médica/Cirúrgica: <input type="checkbox"/> Clín. cirúrgica-Médica: <input type="checkbox"/> Clín. médica/Área vermelha: <input type="checkbox"/> Clín. cirúrgica-Área vermelha: <input type="checkbox"/> Clín. médica/Ostétrica: <input type="checkbox"/> Clín. cirúrgica/Ostétrica: <input type="checkbox"/> Clín. médica E Cirúrgica/UTI: <input type="checkbox"/> Clín. médica: <input type="checkbox"/> UTI/Clín. Cirúrgica: <input type="checkbox"/> Outro hospital/Cidade: _____			
Assistente: <input type="checkbox"/> Clínico: <input type="checkbox"/> Cirúrgico: <input type="checkbox"/> Pediátrico Diagnóstico médico: _____			

ESTADO GERAL

— () Estável () Regular () Grave SSV: T ____ °C P ____ bpm R ____ lpm PA ____ x mmHg

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Cooperativo
() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado
responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Térmicos () Ocular
Estado emocional: () Normal () Agitado/lativo () Hipoativo () Choroso () Deprimido () Agressivo
Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

Evaliação da dor: () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	
1 a 3	Dor de traca intensidade	
4 a 6	Dor de intensidade moderada	Região hemialvez
7 a 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Indicação: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Respiração abdominal predominância torácica
() respiração torácica predominância abdominal () Em uso de dreno torácico
() Oxigenoterapia () Catéter nasal () Mascara de Venturi () Nebulização
() Seca () Chá com expectoração () Chá sem expectoração
() Estimulantes de ativação nasal () Tratamento esteroidal

Característica de secreção: () Espumosa () Amareloada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

REF ID: A11408818

PELE E MUCOSAS:
Cor da pele: () Normal () Nodulo () Tumor () Bolha () Pustula () Equirrose () Hematoma () Petecasas () Erosão () Escoriação () Queimadura () Estomatites () Escabiose () Ulcera por pressão. Grau: () I () II () III () IV

Localização e aspecto:

Intoxicação da pele () Hipoclorada () Narmecorada () Hiperclorada () Iodofúria () Clorofúria

Regulação térmica: (A) N

• **Pelema () Pequena**

Condições de mucosas: () Úmida () Ressecada () Placas () Fiss

Estado de hidratação: (x) 1 litro

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: () Sim () Não Qual

Doença cerebrovascular: () Sim () Não Qual

Doença periférica: () Sim () Não Qual



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

Abdome: Firme Glóbico Fluido Distendido Tenso Dispepsia Plastidada Hematídada
 Presso Ascítico Colostomizado Ileostomia Doloso Paracentese abdominal
 Início expugnante Fimpu Contaminada Hiperemizada Secretiva
Curativo: Sim Não Hora: _____

Estado nutricional: Normal Emigreimento Caquético Obeso Marasmo Kwashiorkor
Dieta alimentar: _____

Boa Regular Incômodo Restrição Não aceita dieta

Via de administração alimentar: Oral SNG SNG Parenteral

Vomitos: Sim Não Freqüência: _____ Aspecto: _____

Eliminações intestinais: Presente Ausente Freqüência: _____

Aspecto: Normal Pastosa Melena Constipação Diarréica Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: Normal Anúria Oligúria Nictúria Polúria Disúria Hematuria
 Retenção Incontinencia SVF-02 vias SVF-03 vias Uso de fraldas Outros: _____

Aspecto: Limpa Concentrada Pútria Hematuria Colúria Turva

Diurese: Espontânea Cistostomia SVF Hora: _____ Volume diurese: _____

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: Senta-se espontaneamente Senta-se com ajuda Fica de pé com apoio
 Fica de pé sem apoio Deambula Não deambula Deambula com apoio Deambula sem apoio
 Deambulação prejudicada Tipo de apoio: _____

Movimento das articulações: MMSS e MMII MMSS MMII MSD MSF MIO MIE

Edema: Presente Ausente Anasarca Faro IMMSS e MMII IMMSS MSD MSE MIO MIE

Força muscular: Adequada para idade Hipotonia Hipotonia

ACESSO VENOSO:

Venócio: MMSS e MMII MSD MSE MIO MIE Subclavia Cateter venoso central Disssecção venosa

Data punção: 14/11/13 Gelco N° 20 Gralp N° _____ Quem punicionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: Se sim, data: _____ hora: _____ Médico: _____
 Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)/COREN: _____

PACIENTE TRANSFERIDO:

Não Se sim, médico que autorizou: _____

Local para transferência: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

Não Se sim, data: _____ hora: _____ causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Paciente nega alteração recente.

OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:

Paciente nega.

Data: 14/11/13 Hora: 19:00 Ass. Enferm./COREN: Flávio Jordão B. Cândido
Enfermeiro: *Flávio Jordão B. Cândido*
Coren: 500 077

Data: 14/11/13 Hora: 19:00 Ass. Enferm./COREN: *Flávio Jordão B. Cândido*
Enfermeiro: *Flávio Jordão B. Cândido*
Coren: 500 077

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"**



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria

Paciente: *Edilson da Silva Oliveira* Leito: _____ Data Admissão: *19/12/17*

Dias de Internação: _____ Turno: *26* Hora Admissão: *11:20*

Admitido: Deambulando Cadeira de rodas Maca Outros _____

Veio transferido: Residência Área vermelha Área laranja Área amarela Área verde UTI

Transferência interna: Clin. médica/Cirúrgica Clin. cirúrgica/Médica Clin. médica/Área vermelha

Clin. cirúrgica/Área vermelha Clin. médica/Obstétrica Clin. cirúrgica/Obstétrica Clin. médica e cirúrgica/UTI

UTI/Clin. médica UTI/Clin. Cirúrgica Outro hospital/Cidade _____

Local de tratamento: Clínico Cirúrgico Pediátrico Diagnóstico médico: _____

ESTADO GERAL:

Bonito Estável Regular Grave SSV: T: _____ °C P: _____ bpm R: _____ lpm PA: _____ mmHg

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: Consciente Insconsciente Orientado Desorientado Torporoso Cooperativo

Não Cooperativo Comunicativo Não Comunicativo Sono/reposo preservado Sono/reposo prejudicado

Responde a estímulos: Verbais Dolorosos Térmicos Ocular

Estado emocional: Normal Agitado/lativo Hipoativo Choroso Deprimido Agressivo

Crise convulsiva: Sim Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

Avaliação da dor: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	
1 a 3	Dor de fraca intensidade	<i>Região abdominal</i>
4 a 6	Dor de intensidade moderada	
7 a 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: Eupneico Dispneico Bradipneico Taquipneico Respiração abdôm. predominância torácica

Respiração torácica predominância abdominal Em uso de dreno torácico

Enxofreterapia Cateter nasal Máscara de Venturi Nebulização

Tosse: Sim Não Seca Cheia com expectoração Cheia sem expectoração

Batimentos de asa do nariz Turgor intercostal

Característica de secreção: Esbranquiçada Amarelada Esverdeada Sanguinolenta Purulenta

Outros _____

PELE E MUCOSAS:

Condições da pele: Normal Nodulo Tumor Bolha Pústula Equimose Hematoma Petéquias

Espanha Queimadura Escoriações Escabiose Úlcera por pressão. Grau: I II III IV

Curativo: Sim Não Hora: _____ Localização e aspecto: _____

Cor da pele: Hipoclorada Normoclorada Hiperclorada Ictericia Cranólica

Regulação térmica: Normotérmica Hipotérmica Hipertérmica Tremores Calafrios Sudorese

Pele fria Pegajosa

Condições de mucosas: Úmida Ressecada Placas Fissuras Outros: _____

Estado de hidratação: Hidratada Desidratada Hiperhidratada

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: Sim Não Qual: _____

Doença cerebrovascular: Sim Não Qual: _____

Perfusão periférica: Sim Não Qual: _____

Scanned by CamScanner

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: Q.C. Nivel I Leito: 03 Data Admissão: 14/02/18

Paciente: Raulien de Oliveira Idade: 28 Hora Admissão:

Dias de Internação: — Turno: AM SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: — Estatura: —

Admitido: Deambulando Cadeira de rodas Maca Outros

Véio transferido: Residência Área vermelha Área laranja Área amarela Área verde UTI

Transferência interna: Clin. médica/Cirúrgica Clin. cirúrgica/Médica Clin. médica/Área vermelha

Clin. cirúrgica/Área vermelha Clin. médica/Obstétrica Clin. cirúrgica/Obstétrica Clin. médica e cirúrgica/UTI

UTI/Clin. médica UTI/Clin. Cirúrgica Outro hospital/Cidade: —

Tipo de tratamento: Clínico Cirúrgico Pediatrício

ESTADO GERAL:

EG: Bom Estável Regular Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: <u>36,2</u> °C	P: <u>109</u> bpm	R: <u>11</u> irpm	PA: <u>110</u> x <u>60</u> mmHG
15h00	T: <u>36,2</u> °C	P: <u>94</u> bpm	R: <u>17</u> irpm	PA: <u>110</u> x <u>40</u> mmHG
00h00	T: <u>—</u> °C	P: <u>—</u> bpm	R: <u>—</u> irpm	PA: <u>—</u> x <u>—</u> mmHG
06h00	T: <u>—</u> °C	P: <u>—</u> bpm	R: <u>—</u> irpm	PA: <u>—</u> x <u>—</u> mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: Consciente Insconsciente Orientado Desorientado Confuso Cooperativo
 Não Cooperativo Comunicativo Não Comunicativo Sono/reposo preservado Sono/reposo prejudicado

Responde a estímulos: Verbais Dolorosos Ocular

Estado emocional: Normal Agitado/ativo Hipotativo Choroso Deprimido Agressivo

Crise convulsiva: Sim Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: —

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: Eupneico Dispneico Bradipneico Taquipneico Em uso de dreno torácico

Em oxigenoterapia Cateter nasal Máscara de Venturi Nebulização

Tosse: Sim Não Seca Cheia com expectoração Cheia sem expectoração Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: Esbranquiçada Amarelada Esverdeada Sanguinolenta Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

Incisão cirúrgica: Limpa Contaminada Hiperemizada Secretiva

Curativo: Sim Não Data: — / — / — Hora: —

Estado nutricional: Normal Emagrecimento Caquético Obeso

Dieta alimentar: Boa Regular Insuficiente Restrição Não aceita dieta

Via de administração alimentar: Oral SNG SOG Parenteral

Vômitos: Sim Não Frequência: —

Eliminações intestinais: Presentes Ausentes Frequência: —

Aspecto: Normais Pastosas Melena Constipação Diarreia Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: Normais Ausentes Retenção SVF 02 vias

SVF 03 vias Uso de fraldas

Aspecto: Limpida Concentrada Hematuria

Diurese: Espontânea SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: Deambulando Não Deambulando Deambulação prejudicada

Edema: Presente Ausência Anasarca Face MMSS e MMII MMSS MMII MSD

Localização: Anasarca Face MMSS e MMII MMSS MMII MSD MSE MID MIE



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"**

ACESSO VENOSO:
Venoclise: () MMSS e MMII () MSD () MSE () MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa
Data punção: / / Hora: : () Gelco Nº () Scalp Nº

Data/punção: _____ Hora: _____

Quem puncionou:

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: Se sim, data: 15/01/18, hora: 00:00 Médico:

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/GOREN:

PACIENTE EM ÓBITO: _____

JOAQUÍN XASÉ

Quelle: www.schuljahr.de

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente responde seu bate, consciente, orientado, empatético, equilibrado, sem humor, medicado e com efeitos terapêuticos de 75% de melhora, apresentando exames

Geovanna Santos Trigueiro

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: Lécia Enfermeira + Bruna Souza
Data: 14/03/18 Hora: 13:00 COREN-PB: 836.643 CRRN: 1073582

ANALISANDO A AVAÇUCAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

paciente queixou de dor lombar, de que
dor de cabeça, dor nas costas e dor nas
costas.

Jackeline T. Rodrigues

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN:
Data: 14/06/12 Hora: 11:00

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



Nome do Paciente: Raelene da Silva Reis Idade: 26
Leito: _____ Enfermaria: _____
Idade: _____ Localização: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Angustia espiritual
- Aparição prejudicada
- Ansiedade
- Risco de aspiração
- Deficit de autocuidado alimentação
- Deficit de autocuidado de higienização
- Confusão
- Constipação
- Baixa autoestima situacional
- Comunicação verbal prejudicada
- Débito cardíaco diminuído
- Deglutição prejudicada
- Diarreia
- Eliminação urinária prejudicada
- Decambulação prejudicada
- Dor
- Hipotermia
- Hipertermia
- Risco de infecção
- Proteção ineficaz
- Mobilidade física prejudicada
- Náusea e/ou vômito
- Medo
- Nutrição prejudicada
- Distúrbio de imagem corporal
- Integridade da pele prejudicada
- Padrão respiratório ineficaz
- Sono e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos
- Recuperação cirúrgica retardada
- Volume de líquido deficiente
- Risco de desequilíbrio de volume de líquido
- Volume excessivo de líquido
- OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- Higiene oral e ocular 3X ao dia
- Mudança de decúbito 3/3h
- Banho no leito 1x ao dia (conforme rotina do setor)
- Aspiração de secreção conforme necessidade do paciente
- Esvaziar água em circuito do respirador
- Mantener oxigeno terapia por cateter nasal
- Mantener oxigeno terapia por TOT
- Mantener oxigeno terapia por máscara de Venturi
- Mantener nível de água nos umidificadores
- Administrar e checar medicina prescrita
- Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos
- Medir e registrar PVC 3x ao dia
- Realizar curativos limpos 1x ao dia e identificar com data e rubrica
- Realizar curativos infectados 2x ao dia e identificar com data e rubrica
- Trocar equipos a cada mudança de FRO de nutrição parenteral
- Administrar dieta a cada 3 horas
- Realizar lavagem da sonda após administração da dieta com 60ml de água salvo se houver restrição hídrica
- Administrar dieta por sistema fechado
- Administrar 50ml de água de 4/4h nas dietas por sistema fechado
- Colocar leito elevado a 30°
- Identificar bomba de infusão conforme solução
- Controlar gotejamento das soluções parenterais
- Trocar equipos e conexões a cada 72 horas
- Trocar latex de 12/12h
- Identificar com data e rubrica as punções venosas
- Desinfecção dos leitos com álcool a 70% de 12/12h
- Realizar glicemia conforme protocolo de infusão contínua
- Realizar glicemia capilar pré-prandial
- Verificar sinais vitais a cada 2 horas
- Trocar kit de nebulização após o uso
- Trocar máscara e Venturi a cada 12 horas
- Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas
- Trocar frasco de aspiração a cada 24 horas
- Trocar circuito de ventilação após entubação ou na presença de súrgida

Scanned by CamScanner

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO - ÚLCERA POR PRESSÃO

PERCEPÇÃO SENSORIAL - Habilidade de responder significativamente a pressão relacionada ao desconforto.

- 1 - Completamente limitado
- 2 - Muito limitado
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem alteração

Pontuação _____ Observação _____

UNIDADE DA PELE - Grau no qual a pele está exposta à umidade:

- 1 - Constantemente úmida
- 2 - Muito úmida
- 3 - Ocasionalmente úmida
- 4 - Raramente úmida

Pontuação _____ Observação _____

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física:

- 1 - Acamado
- 2 - Na cadeira com ajuda
- 3 - Anda ocasionalmente
- 4 - Anda frequentemente

Pontuação _____ Observação _____

MOBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais:

- 1 - Completamente inável
- 2 - Muito limitado (Paraplegico)
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem limitação

Pontuação _____ Observação _____

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar:

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
- 2 - Se alimenta pouco (Desid.)
- 3 - Se alimenta de forma satisfatória
- 4 - Normal

Pontuação _____ Observação _____

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta:

- 1 - Edema / Eritema / Escorições em mais de uma área
- 2 - Eritema / Escorições em uma área
- 3 - Edema em alguma área
- 4 - Normal

Pontuação _____ Observação _____

Pontuação total _____

34

> ACIMA DE 16 PONTOS: RISCO MÍNIMO

> DÉ 13 A 14 PONTOS: RISCO MODERADO

> ABAIXO DE 12: RISCO ELEVADO

PONTUAÇÃO: A CONTAGEM BAIXA DE PONTOS INDICA UMA BAIXA HABILIDADE FUNCIONAL INDICADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO - ALTO

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE FUGULIN et al.

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL		
	4	3	2
Estado mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 8 horas
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.	Movimenta todos os segmentos corporais
Desambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de ajuda para desambular
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca, com ajuda
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese	Uso de corredor ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com ajuda
Terapêutica	Uso de drogas vasodilatadoras para manutenção de PA	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente
Integridade Cutâneo-mucosais/Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo	Presença de alteração da cor da pele (époximose, hipoperfusão) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas
	Eviscerções	Incisão cirúrgica, fistulomas, orenos	
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem
Tempo útil na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Entre 5 a 15 minutos

Pontuação total _____

74

74/127/173

Data da avaliação

Flávio Jordano B. Cândido

Enfermeiro/COREN

Coren 500 077



Hospital Regional de Pombal

Senador " RUI CARNEIRO"

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

Nome:

Heifredo

Absto por o Derrida
fins que roelrou de
soess Rebello encontra-
se rob meu aidoso me-
dicor eu de correi cie de
Hematoma grande em
regios lombri, gados drudo,
neurofisio de Quarenha
dica H. Reposo

12/1/2017

Paulo Nogueira Freitas
Medico
CPF: 024.423.944-18
CRM: 08374

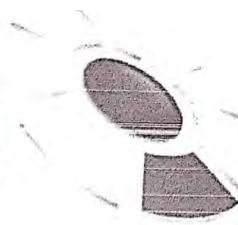
Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: RAELSON DE SOUSA RIBEIRO
Nº do Paciente: 18000050991
Data de Nascimento: 05/09/1991
Data do Exame: 14/01/2018
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MULTISLICE COLUNA LOMBAR

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Infiltração edematosas difusa da região paravertebral posterior. Destaca-se coleção heterogênea com enfisema de partes moles acometendo a região glútea a esquerda, sacrococcígea e paravertebral posterior, estendendo-se à borda externa do osso ilíaco deste lado vista parcialmente no presente estudo.

Os corpos vertebrais estudados são alinhados e apresentam altura, forma e densidades usuais.

Elementos posteriores estudados integros.

Articulações interapofisárias preservadas.

O canal vertebral ósseo apresenta amplitude usual.

Os discos intervertebrais têm altura e densidade usuais.

Os forames de conjugação estudados são livres e apresentam amplitudes usuais.

CONCLUSÃO:

Infiltração edematosas difusa da região paravertebral posterior. Destaca-se coleção heterogênea com enfisema de partes moles acometendo a região glútea a esquerda, sacrococcígea e paravertebral posterior, estendendo-se à borda externa do osso ilíaco deste lado vista parcialmente no presente estudo.

Bernardo Valladares

Assinado Eletronicamente por: Dr Bernardo Ganino Valladares CRM 919721-RJ |
Médico-radiologista RQE 26237-RJ através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda |
CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 14/01/2018 13:07:46 GMT -
3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relatório se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Engenheiro Ferraz, s/n / Centro - São Bento - São Paulo - SP Fone: (11) 3444-2946 / 9 9989-0237

Scanned by CamScanner



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

2^a Vara Mista de Pombal

Processo n°: 0800061-37.2019.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto: [SEGURO]

Autor(a): RAEISON DE SOUSA RIBEIRO

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos.

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais árbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.

Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 19/02/2019 22:34:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021922340309200000018771199>
Número do documento: 19021922340309200000018771199

Num. 19290937 - Pág. 1

Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

NOMEIO o Dr. **Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679**, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

Após a apresentação do laudo pericial, intimem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do *expert*.

Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]
JOSÉ NORMANDO FERNANDES – Juiz de Direito em substituição

Valor da causa: R\$ 4.050,00



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 19/02/2019 22:34:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021922340309200000018771199>
Número do documento: 19021922340309200000018771199

Num. 19290937 - Pág. 2