



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	Tipo
18831311	28/01/2019 19:52	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
18831350	28/01/2019 19:52	<a href="#">1 - PROCURAÇÃO RIELSON</a>	Procuração
18831361	28/01/2019 19:52	<a href="#">2 - COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>	Outros Documentos
18831368	28/01/2019 19:52	<a href="#">3 - DEC. DE POBREZA RIELSON</a>	Outros Documentos
18831374	28/01/2019 19:52	<a href="#">3.1 - EXTRATO BANCÁRIO</a>	Outros Documentos
18831380	28/01/2019 19:52	<a href="#">4 - CNIS RIELSON</a>	Outros Documentos
18831416	28/01/2019 19:52	<a href="#">4.1 - MICROEMPREENDEDOR</a>	Outros Documentos
18831427	28/01/2019 19:52	<a href="#">5 - CTPS RIELSON</a>	Outros Documentos
18831433	28/01/2019 19:52	<a href="#">6 - BOLETIM DE OCORRENCIA</a>	Documento de Comprovação
18831448	28/01/2019 19:52	<a href="#">7 - DOCS. PESSOAIS RIELSON</a>	Documento de Identificação
18831456	28/01/2019 19:52	<a href="#">8 - DOC DO VEÍCULO</a>	Outros Documentos
18831464	28/01/2019 19:52	<a href="#">9- SINISTRO RIELSON</a>	Outros Documentos
18831473	28/01/2019 19:52	<a href="#">DOC. MÉDICA RIELSON Parte1</a>	Documento de Comprovação
18831478	28/01/2019 19:52	<a href="#">DOC. MÉDICA RIELSON Parte2</a>	Documento de Comprovação
18831485	28/01/2019 19:52	<a href="#">DOC. MÉDICA RIELSON Parte3</a>	Documento de Comprovação
18831493	28/01/2019 19:52	<a href="#">DOC. MÉDICA RIELSON Parte4</a>	Documento de Comprovação
19290937	19/02/2019 22:34	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

**EXCELENTÍSSIMO(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 – 2ª 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 auferir 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 gratuidade 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. (Agravado 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 seiscentos 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 cominada 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, conseqüentemente, 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**



- OAB/PB 11.984 –

*Bela.* **PATRÍCIA REBECA SOUZA FREITAS**

- OAB/PB 24.064-





### 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 clausula “*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 mandato, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

**POMBAL - PB, 05/ 06/ 2018.**

x Raelson de Sousa Ribeiro.  
**Outorgante**

Scanned by CamScanner



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

Emissão 29/12/2017 Referência Dez/2017  
Classe/Subclasse RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO  
Roteiro 18 - 227 - 165 - 6800 Nº medidor 00008331501

**ENERGISA**  
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 03.035.103/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Tela Fiscal / Conta de Energia Elétrica NT001 438 185  
Cód. para Dtb. Automático: 00014780779

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

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

UC (Unidade Consumidora): **5/1478077-9**

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
30/11/17	8251	29/12/17	8436	1	185	29

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc.	Pis(R\$)	Coluna(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis(Coluna(R\$))	(0,3088%)	(3,255%)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,247580	7,42	7,42	27	2,00	7,42	0,06
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,424410	29,70	29,70	27	8,01	29,70	0,24
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	85,000	0,636600	54,11	54,11	27	14,61	54,11	0,44
0601	Adic. B. Vermelha			5,63	5,63	27	1,52	5,63	0,04
0610	Subsídio			44,88	44,88	27	12,12	44,88	0,36
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0608	Devolução Subsídio			-30,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 121,89 141,74 38,26 141,74 1,14 1,28

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 08/01/2018** TOTAL A PAGAR **R\$ 121,89**

Histórico de Consumo (kWh)

127 | 123 | 137 | 141 | 117 | 132 | 149 | 129 | 153 | 168 | 174 | 141  
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16

REGISTRO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 10/2017 - Pombal

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL 5,81	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 11,82		
DIC ANUAL 23,64		
FIC TRIMESTRAL 3,42	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL 6,85		LIMITE SUPERIOR 231
DMIC 13,70		
DICRI 3,48	0,00	
DICRI 12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	23,84	19,54
Compra de Energia	32,00	26,33
Serviço de Transmissão	3,67	3,01
Encargos Setoriais	8,83	7,24
Impostos Diretos e Encargos	55,58	45,58
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>121,89</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 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 jus 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: RAEISON 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  
OUVIDORIA 0800 728 3030 - WWW.BNB.GOV.BR

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





PREVIDÊNCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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

29/11/2018 16:45:00

Página 1 de 1

**Identificação do Filiado**  
**Nit:** 2.671.412.728-4  
**Data de Nascimento:** 05/09/1991

**CPF:** 081.857.164-04  
**Nome:** RAEELSON DE SOUSA RIBEIRO  
**Nome da Mãe:** MARIA DE SOUSA RIBEIRO

Relações Previdenciárias						
Seq.	NIT	Código Emp/NB	Origem do Vínculo	Tipo Filhado 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 COMERCIO REPRESENTA?RES E SERV?TOS EIRELI	Empregado	10/09/2015	11/02/2016
3	1.608.336.021-9	6216224488	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	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

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/98.

Scanned by CamScanner



# Certificado da Condição de Microempreendedor Individual

## Identificação

**Nome Empresarial**

RAELSON DE SOUSA RIBEIRO 08185716404

**Nome do Empresário**

RAELSON DE SOUSA RIBEIRO

**Capital Social**

1.000,00

**Nº da Identidade**

3486778

**Órgão Emissor**

ssp

**UF Emissor**

PB

**CPF**

081.857.164-04

## Condição de Microempreendedor Individual

**Situação Cadastral Vigente**

ATIVO

**Data de Início da Situação Cadastral Vigente**

01/06/2012

## Números de Registro

**CNPJ**

15.638.011/0001-79

**NIRE**

25-8-0030440-4

## Endereço Comercial

**CEP**

58840-000

**Logradouro**

RUA FRANCISCO DAS CHAGAS ISMAEL LACERDA

**Número**

sn

**Bairro**

JANDUY CARNEIRO

**Município UF**

POMBAL PB

**Ponto de Referência**

PROXIMO AO COLEGIO POETA BELARMINO DE FRANCA

## Atividades

**Data de Início de Atividades**

01/06/2012

**Código da Atividade Principal**

47.81-4/00

**Descrição da Atividade Principal**

Comércio varejista de artigos do vestuário e acessórios

**Termo de Ciência 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.portaldomicroempreendedor.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.

ATENÇÃO: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

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

**Número do Recibo:**

ME81570168

**Número do Identificador:**

15638011000179

**Data de Emissão:**

Scanned by CamScanner



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012510022199400000018324983>

Número do documento: 19012510022199400000018324983

Num. 18831416 - Pág. 1

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 98521 Série 00031-B

Assinatura do Portador: Raobson de Souza Ribeiro

### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Raobson de Souza Ribeiro  
Loc. Nasc.: L. Gombal Est. RJ Data: 04/07/1991  
Filiação: RAONI MARCOS DE SOUZA RIBEIRO  
e MARIA DE SOUZA RIBEIRO  
Doc. Nº: 00031-B

### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: / / Doc. Ident. Nº: /  
Exp. em: / / Estado: /  
Obs.: /  
Data Emissão: 04/07/2006 DRT  
Assinatura do Funcionário: Vera Clécio Vieira de Medeiros

### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome: .....  
Doc.: .....  
Nome: .....  
Doc.: .....  
Nome: .....  
Doc.: .....  
Est. Civil: .....  
Doc.: .....  
Est. Civil: .....  
Doc.: .....  
Nascimento: .....  
Doc.: .....



## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 LMOs COM REP E SERV LTDA EPP .....  
 IPJ/CEI: 06.982.630/0001-95 .....  
 Id: RUA FABIO RINO, 1016 - ALECRIM .....  
 P.: 59031-180 Natal / RN .....  
 n. Pat.: LOCAÇÃO DE MÃO DE OBRA .....  
 argo: ASG .....  
 BO: 2543-10 Admissão: 10/09/2015 .....  
 remuneração: R\$800,00 (OITOCENTOS REAIS) .....  
 ES. ....  
 CPF 466.639.244-00

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de 2016

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD N° .....  
 Administração: CRA/RN-2969  
 CPF 466.639.244-00

13

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CNPJ/MF .....  
 Rua ..... N° .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 CBO n° .....  
 Data admissão ..... de ..... de .....  
 Registro n° ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD N° .....

14

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CNPJ/MF .....  
 Rua ..... N° .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 CBO n° .....  
 Data admissão ..... de ..... de .....  
 Registro n° ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD N° .....

15

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CNPJ/MF .....  
 Rua ..... N° .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 CBO n° .....  
 Data admissão ..... de ..... de .....  
 Registro n° ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD N° .....

Scanned by CamScanner



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

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 460/2018**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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

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

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

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

**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, Janduí 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**  
**1ª DELEGACIA DISTRITAL**  
**DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL**  
**1ª E 2ª DD**

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

COMUNICANTE: Raelson de Sousa Ribeiro.


**Heromay P. Trigueiro**  
**Escrivão de Polícia**  
**Mat. 136.597-4**

*[Handwritten signature of Heromay P. Trigueiro]*  
*[Circular stamp of the Delegacia Distrital de Polícia Civil de Pombal]*



IL-236


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA GÊNEICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Raelson de Sousa Ribeiro*

ASINATURA ESCRITA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

**081.857.164-04**

RAELSON DE SOUSA RIBEIRO

05/09/1991

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.486.778 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/06/2015

NOME  
RAELSON DE SOUSA RIBEIRO

FILIAÇÃO  
RAIMUNDO DOS SANTOS RIBEIRO  
MARIA DE SOUSA RIBEIRO

NATURALIDADE  
POMBAL-PB

DOC ORIGEM  
CERT. NASC. Nº28104 - LIV A-24 - FLS.196 - CARTÓRIO POMBAL-PB

DATA DE NASCIMENTO  
05/09/1991

CPF  
081.857.164-04

Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 25/01/2019 10:05:12

29/08/83

Scanned by CamScanner



**REPÚBLICA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB**  
Nº 011753887792  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1  
COD. RENAVAM: 00182075338  
R.N.T.C.:  
EXERCÍCIO: 2014

**JOSE BONITACIO DE MEDEIROS**  
NOME

CPF / CNPJ: 66813956858  
PLACA: NOB8100  
PLACA ANT. / UF: NOVO / PB  
CHASSI: 9C2KC1550AR014690  
ESPECIE TIPO: COMBUSTIVEL

2 F/149 /C1  
PARTIC  
CINZA

1  
P  
V  
A  
COTA UNICA  
IPVA PAGO EM 10/10/2014  
FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS  
PREMIO TARIFARIO (R\$):  
IOF (R\$):  
PREMIO TOTAL (R\$):  
DATA DE PAGAMENTO: 10/10/2014  
OBSERVAÇÕES: A. F. BANCO HONDA S.A.

FORMAL - PB  
36714  
LOCAL: DATA: 13/10/2014  
206834

**SEGURO OBRIGATORIO DE VEICULOS**  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POP. SEM CARROÇA E PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU PAO - SEGURO DPVAT

**PB Nº 011753887792**  
**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**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**

VIA: 1  
RENAVAM: 66813956858  
ANO FAB: 2009  
COTAS: 9  
CHASSI: 9C2KC1550AR014690  
CPF / CNPJ: 66813956858  
EXERCÍCIO: 2014  
PLACA: NOB8100  
MARCA/MODELO: HONDA  
Nº CLASS: 149

**PRÊMIO TARIFARIO**  
FMS (R\$):  
DENATRAN (R\$):  
CUSTO DO SEGURO (R\$):  
CUSTO DO BILHETE (R\$):  
IOF (R\$):  
TOTAL SEM IMPOSTOS (R\$):  
PAGAMENTO: ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO  
DATA DE COTAÇÃO:

**SEGURO LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.341.608/0001-04  
www.seguro lider.com.br

JUL / 2014

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **RAELSON DE SOUSA RIBEIRO**  
Nº Sinistro: **3180316563**  
Vítima: **RAELSON 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  
faltando página

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



Carta nº 13109212





RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Ocorrência: **INTERNAMENTO**

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

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

Endereço:

PROJETADA

N.:

Bairro

NOVO HORIZONTE 1

Naturalidade

POMBAL - PB

Fone:

Documentos

CNS

701-8012-6283-9179

Identidade:

3485778

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)

Também vítima de acidente com moto esportiva, opressão do tórax em coluna lombar e dor na região lombar.

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

Tórax e dor lombar.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Tórax Lombar + Hemofone torácica

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido

Em, 15/1/2018

Recepcionista: 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

**SUS**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 - PRONTUÁRIO

002

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

Nº

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

Paciente com dor e edema em região do ombro - dor e hematoma local

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC.

L48.8

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento de Hematoma

26 - CÓD PROCEDIMENTO

040120033

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

14/01/18

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

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. 2





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



**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

**1. Identificação do Paciente:**

Nome: Rebecca de Sousa Telles Leito: \_\_\_\_\_  
Pront: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Data da admissão: \_\_\_\_\_  
Idade: 26 Sexo: (X) M ( ) F Religião: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**2. Motivo da Internação / Queixa Principal:** Trauma hemitórax + Hemitórax contuso

Tipo de tratamento: \_\_\_\_\_

**3. Necessidade / Auto Cuidado:**

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

**4. Fatores de Risco:**

(X) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Sedentarismo ( ) Perfil sanguíneo alterado por uso de drogas  
Alergia: \_\_\_\_\_  
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: 55 Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm CA: \_\_\_\_\_ cm  
Estado nutricional: (X) Normal ( ) Obeso ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Desnutrido ( ) Outro  
Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado  
Nível de Resposta: \_\_\_\_\_  
Pele / Tecido: (X) Inteira ( ) Hidratada ( ) Ressecada ( ) Sudoreica ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Escara  
Cabeça: ( ) Alopecia ( ) Seborréia ( ) Pediculose ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Face: ( ) Cushingoide ( ) Paralisia facial ( ) Acromegálica Expressão: \_\_\_\_\_  
Olhos: (X) Visão normal ( ) Visão turva ( ) Acuidade 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/infeccioso  
☐ Outros:

Boca: ☐ Cáries ☐ Falhas dentárias ☐ Halitose ☐ Língua saburrosa ☐ Prótese

Mucosa oral: ☒ Inteira ☐ Lesões:

Pescoco: ☐ Linfonodos palpáveis ☐ Tireoide aumentada ☐ Ingurgitamento jugular ☐ Traqueostomia  
☐ Mov. Difícil ou dolorosa ☐ Outros:

Tórax: ☒ Atípico ☐ Típico Expansão torácica: ☒ Normal ☐ Diminuída

Mamas: ☒ Assimétricas ☐ Presença de nódulos palpáveis ☐ Secreção:

Sistema Respiratório: ☒ Eupnéico ☐ Bradipnéico ☐ Taquipnéico ☐ Dispneico ☐ Em repouso ☐ Min. Esforço  
☐ Med. Esforço ☐ Grand. Esforço ☐ Uso O<sub>2</sub> ☐ Tosse ☐ Secreção ☐ Ausculta pulmonar:

Atividade Cardíaca: ☒ Regular ☐ Irregular Frequência:

Edema:

Sist. Digestivo/abdome: ☒ Plano ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Globoso ☐ Incisão/cicatriz cirúrgica ☐ Sonda  
☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Pirose ☐ Plenitude pós-prandial ☐ Dificuldade de deglutição

Ruidos hidroaéreos: ☒ Presente ☐ Ausente

A palpação: ☒ Flácido ☐ Doloroso Hepatomegalia ☐ Ascite

Eliminação intestinal (frequência/característica):

Genito-urinário: ☒ Micção espontânea ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Dispositivo p/ incontinência ☐ Sonda  
☐ Disúria ☐ Polúria ☐ Polaciúria ☐ Nictúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Colúria  
☐ Prurido ☐ 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 ☐ Câimbras Força motora: ☐ Preservada ☐ Paralisia  
☐ Plégia ☐ Im. de mov. articular Pulsos periféricos: ☐ Palpáveis ☐ Diminuídos ☐ Ausentes ☐ Amputação

Rede venosa:

**6. Impressões do Enfermeiro:**

*Paciente submetido a cirurgia de Prostatectomia  
cirúrgica na região local.*

Enfermeiro: **Flavio Jordano B. Candido**  
Enfermeiro

COREN: **509077** DATA: **14/10/18**

Scanned by CamScanner





ESTADO DA PARAÍBA

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Roberson de Sousa Rangel Idade: 48 Cor: Preto Enfermeira: C. C. Batista Leitor: 03 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
4/10/2019	1) Dieta CRAL livre		
	2) Sono fisiológico 300 ml de 12/12 horas	12:00	
	3) Defecante 01 g + sf 9% 300 ml de 12/12 horas	12:00	
	4) Tratar 300 mg cl. am. + sf 9% 100 ml de 12/12 horas	12:00	
	5) Refratária do uso de bupren		
	6) Difenidramina 01 g + pteu 06/06 horas	12:00 18:00	
	7) Difenidramina 01 g + pteu 06/06 horas	12:00 18:00	
	8) Metoclopramida 10 mg cl. am. + pteu	12:00 18:00	
	9) Fome de cadelagem a 30 graus		
	10) Sinais vitais e cuidados gerais		

SINATURA / CRM: Dr. CRM 7914 RB ASSINATURA / COREN: Geovana Santos Trigueiro Dem. S. Lacerda  
COREN-PE: 538.642

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:**

Paciente: Andressa de Sousa Ribeiro Leito: 26 Data Admissão: 12/01/19  
Vias de Internação: Turno: SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO Idade: 26 Hora Admissão: 12:20  
Atividade: ( ) Desamburando ( ) Cadeira de rodas ( ) Morsa ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Vem 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/Obstetrícia ( ) Clin. cirúrgica/Obstetrícia ( ) Clin. médica e cirúrgica/UTI  
( ) UTI/Clin. médica ( ) UTI/Clin. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade \_\_\_\_\_  
Tipo de internamento: ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediátrico Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

**ESTADO GERAL:**

( ) Alerta ( ) Estável ( ) Regular ( ) Grave SSV: T: \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ irpm PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

**FUNÇÃO NEUROLÓGICA:**

Nível de Consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Cooperativo  
Nº. Cooperativo ( ) Comunicativo ( ) Não Comunicativo ( ) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado  
Responde a estímulos: ( ) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Térmicos ( ) Ocular  
Estado emocional: ( ) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipotivo ( ) 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	
1-3	Dor de fraca intensidade	<u>Rogério Gonçalves</u>
4-6	Dor de intensidade moderada	
7-9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

**FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:**

Respiração: ( ) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Bradipnéico ( ) Taquipnéico ( ) Respiração abdom. predominância torácica  
( ) Respiração torácica predominância abdominal ( ) Em uso de dreno torácico  
Oxigenoterapia: ( ) Cateter nasal ( ) Mascarão de Venturi ( ) Nebulização  
Saturação: ( ) Sim ( ) Não ( ) Seca ( ) Cheia com expectoração ( ) Cheia sem expectoração  
Estimulento de ar do nariz: ( ) Tragem vertical  
Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta  
( ) Outros \_\_\_\_\_

**PELE E MUCOSAS:**

Condições da pele: ( ) Normal ( ) Nódulo ( ) Tumor ( ) Bolha ( ) Pustula ( ) Equimose ( ) Hematoma ( ) Petéquias  
( ) Escorção ( ) Queimadura ( ) Escoriações ( ) Escabiose ( ) Úlcera por pressão Grau: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV  
Curativos: ( ) Sim ( ) Não Hora \_\_\_\_\_ Localização e aspecto: \_\_\_\_\_  
Coloração da pele: ( ) Hipocrótica ( ) Normocrótica ( ) Hipercrótica ( ) Ictérica ( ) Cianótica  
Regulação térmica: ( ) Normotérmica ( ) Hipotérmica ( ) Hipertérmica ( ) Tremores ( ) Calafrios ( ) Sudorese  
( ) Pele fria ( ) Pegajosa  
Condições de mucosas: ( ) Úmida ( ) Ressecada ( ) Placas ( ) Fissuras Outros: \_\_\_\_\_  
Estado de hidratação: ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Hipertidratada

**FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:**

Doença cardiovascular: ( ) Sim ( ) Não Qual \_\_\_\_\_  
Doença cerebrovascular: ( ) Sim ( ) Não Qual \_\_\_\_\_  
Paralisação periférica: ( ) Sim ( ) Não Qual \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner





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



**FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:**

Abdome: (X) Plano ( ) Glabro ( ) Flácido ( ) Distinguido ( ) Tenso ( ) Dispepsia ( ) Distúrbio ( ) Hematomas  
( ) Púrcio ( ) Ascítico ( ) Colostomizado ( ) Iléostomia ( ) Doloso ( ) Paracentese abdominal  
(X) Incisão cirúrgica (X) Limp ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva  
Curativo: (X) Sim ( ) Não Hora: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: (X) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso ( ) Marasmo ( ) Realimentação

Dieta alimentar: \_\_\_\_\_

(X) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta

Via de administração alimentar: (X) Oral ( ) SNG ( ) SNG ( ) SNG ( ) Parenteral

Vômitos: ( ) Sim (X) Não Frequência: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

Eliminações intestinais: (X) Presente ( ) Ausente Frequência: \_\_\_\_\_

Aspecto: ( ) Normal ( ) Pastosa ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreia ( ) Obstipação

**SISTEMA URINÁRIO:**

Eliminações vesicais: (X) Normal ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Micúria ( ) Polúria ( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Hematúria  
( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVF-02 vias ( ) SVF-03 vias ( ) Uso de fraldas Outros: \_\_\_\_\_

Aspecto: (X) Limpida ( ) Concentrada ( ) Piúria ( ) Hematúria ( ) Colúria ( ) Torva

Diurese: (X) Espontânea ( ) Cistostomia ( ) SVF Hora: \_\_\_\_\_ Volume diurese: \_\_\_\_\_

**FUNÇÃO LOCOMOTIVA:**

Desenvolvimento motor: ( ) Senta-se espontaneamente (X) Senta-se com ajuda ( ) Fica de pé com apoio  
( ) Fica de pé sem apoio ( ) Deambula ( ) Não deambula (X) Deambula com apoio ( ) Deambula sem apoio  
( ) Deambulação prejudicada Tipo de apoio: \_\_\_\_\_

Movimento das articulações: (X) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) AND ( ) ANO  
Edema: (Presente) (X) Ausente ( ) Anasarca ( ) Fato ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) ANO

Força muscular: ( ) Adequada para idade ( ) Hipertonia ( ) Hipotonia

**ACESSO VENOSO:**

Venoclise: ( ) MMSS e MMII (X) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( ) Subclávia ( ) Cateter venoso central ( ) Dissensão venosa

Data punção: 14/11/18 (X) Gelco N° 20 ( ) Sral N° \_\_\_\_\_ Quem puncionou: \_\_\_\_\_

**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 refere dores agudas lombares.*

**OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:**

*Paciente segue em CCR, em internamento.*

Data: 14/11/18 Hora: \_\_\_\_\_ Ass. Enferm./COREN: \_\_\_\_\_ Flávio Jordano B. Candido

**AValiação NOTURNA DO ENFERMEIRO**

*Paciente segue em CCR, em internamento.*

Data: 14/11/18 Hora: \_\_\_\_\_ Ass. Enferm./COREN: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data Admissão: 14/11/19  
 Paciente: Andressa de Sousa Ribeiro Idade: 26 Hora Admissão: 14:20  
 Dias de Internação: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO- Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
 Admitido: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de rodas ( ) Cama ( ) Outros \_\_\_\_\_  
 Veto transferido: ( ) Residência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) IFT  
 Transferência interna: ( ) Clin. médica/Cirúrgica ( ) Clin. cirúrgica/Médica ( ) Clin. médica/Área vermelha  
 ( ) Clin. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clin. médica/Obstetrícia ( ) Clin. cirúrgica/Obstetrícia ( ) Clin. médica e cirúrgica/UTI  
 ( ) UTI/Clin. médica ( ) UTI/Clin. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade \_\_\_\_\_  
 Tipo de tratamento: ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediátrico Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

**ESTADO GERAL:**

Ex: ( ) Bom ( ) Estável ( ) Regular ( ) Grave SSV: T: \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ irpm PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

**FUNÇÃO NEUROLÓGICA:**

Nível de Consciência: ( ) 14 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/ativo ( ) Hipoativo ( ) Choro ( ) 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 5	Dor de fraca intensidade	<u>Rogério Gonçalves</u>
6 A 8	Dor de intensidade moderada	
9 A 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

**FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:**

Respiração: ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Respiração abdom. predominância torácica  
 ( ) Respiração torácica predominância abdominal ( ) Em uso de dreno torácico  
 ( ) Em oxigenoterapia ( ) Cateter nasal ( ) Mascar de Venturi ( ) Nebulização  
 Tosse: ( ) Sim ( ) Não ( ) Seca ( ) Cheia com expectoração ( ) Cheia sem expectoração  
 Batimentos de asa do nariz: ( ) Trigem intercostal  
 Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta  
 ( ) Outros \_\_\_\_\_

**PELE E MUCOSAS:**

Condições da pele: ( ) Normal ( ) Nódulo ( ) Tumor ( ) Bolha ( ) Pustula ( ) Equimose ( ) Hematoma ( ) Petéquias  
 ( ) Escorpião ( ) Queimadura ( ) Escoriações ( ) Escabiose ( ) Úlcera por pressão. Grau: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV  
 Curativo: ( ) Sim ( ) Não Hora: \_\_\_\_\_ Localização e aspecto: \_\_\_\_\_  
 Coloração da pele: ( ) Hipocorada ( ) Normocorada ( ) Hiperocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica  
 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: \_\_\_\_\_



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



**FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:**

Abdome: (X) Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Dispepsia ( ) Plenitude ( ) Mermatemeso  
( ) Púrese ( ) Ascítico ( ) Colostomizado ( ) Ileostomia ( ) Doloso ( ) Paracentese abdominal  
(X) Incisão cirúrgica (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva  
Curativo: (X) Sim ( ) Não Hora: \_\_\_\_\_  
Estado nutricional: (X) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso ( ) Marasmó ( ) Kwashiorkor

**Dieta alimentar:**

(X) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta

Via de administração alimentar: (X) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral

Vômitos: ( ) Sim (X) Não Frequência: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

Eliminações intestinais: (X) Presente ( ) Ausente Frequência: \_\_\_\_\_

Aspecto: ( ) Normal ( ) Pastosa ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreica ( ) Obstipação

**SISTEMA URINÁRIO:**

Eliminações vesicais: (X) Normal ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria ( ) Polúria ( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Hematúria  
( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVF-02 vias ( ) SVF-03 vias ( ) Uso de fraldas Outros: \_\_\_\_\_

Aspecto: (X) Limpida ( ) Concentrada ( ) Piúria ( ) Hematúria ( ) Colúria ( ) Turva

Diurese: (X) Espontânea ( ) Cistostomia ( ) SVF Hora: \_\_\_\_\_ Volume diurese: \_\_\_\_\_

**FUNÇÃO LOCOMOTIVA:**

Desenvolvimento motor: ( ) Senta-se espontaneamente (X) Senta-se com ajuda ( ) Fica de pé com apoio  
( ) Fica de pé sem apoio ( ) Deambula ( ) Não deambula (X) Deambula com apoio ( ) Deambula sem apoio  
( ) Deambulação prejudicada Tipo de apoio: \_\_\_\_\_

Movimento das articulações: (X) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Edema: (Presente) (X) Ausente ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Força muscular: ( ) Adequado para idade ( ) Hipertonia ( ) Hipotonia

**ACESSO VENOSO:**

Venoclise: ( ) MMSS e MMII (X) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( ) Subclávia ( ) Cateter venoso central ( ) Dissecção venosa

Data punção: 14/01/18 (X) Gelco N° 20 ( ) Scalp N° \_\_\_\_\_ Quem punccionou: \_\_\_\_\_

**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 segue sem queixas.*

**OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:**

*Paciente segue em EAC, sem intercorrências.*

Data: 14/01/18 Hora: \_\_\_\_\_ Ass. Enferm./COREN: \_\_\_\_\_

Flavio Jordano B. Candido

Enfermeiro

Coren 500 072

**AValiação NOTURNA DO ENFERMEIRO**

*Atividade realizada conforme rotina, sem alterações.*

Data: 14/01/18 Hora: 19:00 Ass. Enferm./COREN: \_\_\_\_\_



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



**RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

**DADOS GERAIS:**

Enfermaria: C. C. Lima I Leito: 03 Data Admissão: 14/01/19  
Paciente: Barbosa de Almeida Idade: 28 Hora Admissão: \_\_\_\_\_  
Dias de Internação: 1 Turno: 12h SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Admitido: ( ) Deambulando ( ) Gadeira de rodas ( ) Maca ( ) Outros \_\_\_\_\_  
Vio transferido: ( ) Residência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) UH  
Transferência interna: ( ) Clin. médica/Cirúrgica ( ) Clin. cirúrgica/Médica ( ) Clin. médica/Área vermelha  
( ) Clin. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clin. médica/Obstetria ( ) Clin. cirúrgica/Obstetria ( ) Clin. médica e cirúrgica/UTI  
( ) UTI/Clin. médica ( ) UTI/Clin. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade: \_\_\_\_\_  
Tipo de tratamento: ( ) Clínico ( ☒ ) Cirúrgico ( ) Pediátrico

**ESTADO GERAL:**

EG: ( ) Bom ( ☒ ) Estável ( ) Regular ( ) Grave

**SINAIS VITAIS:**

12h00	T: <u>36,2</u> °C	P: <u>109</u> bpm	R: <u>17</u> irpm	PA: <u>110</u> x <u>60</u> mmHG
15h00	T: <u>36,8</u> °C	P: <u>92</u> bpm	R: <u>17</u> irpm	PA: <u>120</u> x <u>40</u> mmHG
00h00	T: _____°C	P: _____bpm	R: _____irpm	PA: _____x_____mmHG
06h00	T: <u>36,2</u> °C	P: _____bpm	R: _____irpm	PA: _____x_____mmHG

**FUNÇÃO NEUROLÓGICA:**

Nível de Consciência: ( ☒ ) Consciente ( ) Inconsciente ( ☒ ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso ( ) Cooperativo  
( ) Não Cooperativo ( ☒ ) Comunicativo ( ) Não Comunicativo ( ) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado  
Responde a estímulos: ( ☒ ) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Ocular  
Estado emocional: ( ☒ ) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipotivo ( ) Choro ( ) 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 ( ) Hiperemiada ( ) 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  
( ☒ ) Limpida ( ) Concentrada ( ) Hematúria  
Aspecto: ( ☒ ) Espontânea ( ) SVF  
Diurese: \_\_\_\_\_

**FUNÇÃO LOCOMOTIVA:**

Desenvolvimento motor: ( ☒ ) Deambulando ( ) Não Deambulando ( ) Deambulação prejudicada  
Edema: ( ) Presente ( ☒ ) Ausente ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD  
Localização: ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Scanned by CamScanner





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 N° \_\_\_\_ ( ) Scalp N° \_\_\_\_

Quem punccionou: \_\_\_\_\_

**ALTA HOSPITALAR:**

Alta autorização médica: ☒ Se sim, data: 15/01/18, hora: 17:00 Médico: Dr. Paulo  
( ) Se não, responsável: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

**PACIENTE EM ÓBITO:**

( ) Não ( ) Se sim, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_, causa da morte (diagnóstico médico) \_\_\_\_\_

**QUEIXAS:**

Queixa de dor lombar

**RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:**

Paciente admitido em UTI, com queixa de dor lombar, medicação e cuidados de enfermagem, aguardando exames.

Geovanna Santos Trigueiro <sup>Assinatura</sup>

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: Téc. Enfermagem + Berna Soares  
Data: 14/01/18 Hora: 13:00 COREN-PB: 836.640 cert 1073532

**AValiação Noturna do Técnico em Enfermagem:**

Paciente queixa-se de dor lombar, aguardando exames de enfermagem.

Jackeline T. Rodrigues

Téc. Enfermagem

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: Jackeline  
Data: 14/01/18 Hora: 14:00





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

"SENADOR RUI CARNEIRO"



Nome do Paciente: Robson de Sousa Ribeiro

Idade: 26

Leito: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>            | Angústia espiritual  |
| <input type="checkbox"/>            | Adaptação prejudicada  |
| <input type="checkbox"/>            | Ansiedade  |
| <input type="checkbox"/>            | Risco de aspiração   |
| <input type="checkbox"/>            | Déficit de autocuidado alimentação   |
| <input type="checkbox"/>            | Déficit de autocuidado de higienização   |
| <input type="checkbox"/>            | Confusão   |
| <input type="checkbox"/>            | Constipação  |
| <input type="checkbox"/>            | Baixa autoestima situacional   |
| <input type="checkbox"/>            | Comunicação verbal prejudicada   |
| <input type="checkbox"/>            | Debio cardíaco diminuído   |
| <input type="checkbox"/>            | Deglutição prejudicada   |
| <input type="checkbox"/>            | Diarreia   |
| <input type="checkbox"/>            | Eliminação urinária prejudicada  |
| <input type="checkbox"/>            | Decubitação prejudicada  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Dor  |
| <input type="checkbox"/>            | Hipotermia   |
| <input type="checkbox"/>            | Hipertermia  |
| <input type="checkbox"/>            | Risco de infecção  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Proteção ineficaz  |
| <input type="checkbox"/>            | Mobidade física prejudicada  |
| <input type="checkbox"/>            | Náusea e/ou vômito   |
| <input type="checkbox"/>            | Medo   |
| <input type="checkbox"/>            | Nutrição prejudicada   |
| <input type="checkbox"/>            | Distúrbio de imagem corporal   |
| <input type="checkbox"/>            | Integridade da pele prejudicada  |
| <input type="checkbox"/>            | Padrão respiratório ineficaz   |
| <input type="checkbox"/>            | Sono e repouso prejudicado relacionado a fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos |
| <input type="checkbox"/>            | Recuperação cirúrgica retardada  |
| <input type="checkbox"/>            | Volume de líquido deficiente   |
| <input type="checkbox"/>            | Risco de desequilíbrio de volume de líquido  |
| <input type="checkbox"/>            | Volume excessivo de líquido  |
| <input type="checkbox"/>            | OUTROS:  |

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 25/01/2019 10:05:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012510034241100000018325051>

Número do documento: 19012510034241100000018325051

Num. 18831485 - Pág. 5



GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**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

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

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

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física

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

MOBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais

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

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar

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

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta

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

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação total 24

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

> ACIMA DE 16 PONTOS: RISCO MÍNIMO  
> DE 13 A 14 PONTOS: RISCO MODERADO  
> ABAIXO DE 12: RISCO ELEVADO

**CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE FUGULIN et al.**

ÁREA DE CUIDADO	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação 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	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal	Dificuldade para movimentar segmentos corporais	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca, com auxílio	Auto suficiente
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	Auto suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente	IM ou VO
Integridade Cutâneo-mucosa/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 (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas	Pele íntegra
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	Sem curativo ou limpeza da ferida cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho
Tempo útil na realização de curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Entre 5 a 15 minutos	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho

Flavio Jordano B. Candido

Enfermeiro COREN

Coren 500 077

Pontuação total 24

24/12/17  
Data da avaliação

Scanned by CamScanner



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

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

## Hospital Regional de Pombal

### Senador " RUI CARNEIRO "

Nome:

Abelardo

Aberto para os derrida  
fins que noelhou de  
João Ribeiro encontra-  
se sob meu cuidado, me-  
dicos eu de correção de  
Hematoma Gigante em  
região Lateral, sendo drudo,  
necessidade de Quarenta  
dias de Reposo

Data

17/1/2018

Dr. Paulo Nêde Melo, Fláscio  
Médico  
CPF: 024.423.944-48  
CRM: 6.5374

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

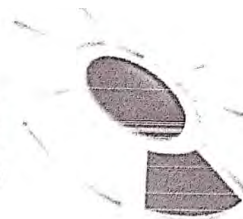






# Santa Cecília

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 edematosa 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 íntegros.

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 edematosa 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.

*B. G. S. J.*

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 relator 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: General Ferraz, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Scanned by CamScanner





**ESTADO DA PARAÍBA**

**PODER JUDICIÁRIO**

2ª Vara Mista de Pombal

**Processo nº:** 0800061-37.2019.8.15.0301

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM (7)

**Assunto:** [SEGURO]

**Autor(a):** RAELSON 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 arbitro 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.





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 intuem-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, intuem-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

