

## PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

**FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS**, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, pelo presente Instrumento de Procuração, nomeia e constitui seu bastante advogado e procurador **ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 17.753, com escritório profissional na Rua Pedro Américo, nº. 68, Centro, Tel.: (83) 8705-8506/8865-1320, também nesta cidade de Campina Grande-PB, a quem confere amplos poderes para o fôro em geral, com as cláusulas "Ad et Extra Judicia" nos termos do art. 105 da Lei 13.105/2015 (CPC/2015), Lei 8.906/94, e a Lei Adjetiva Penal, podendo agir e representá-lo em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, Repartições Públicas municipais, estaduais, federais e autarquias, Receita Federal, INSS, Comércio em Geral, Cartórios de Protesto e Registros, Delegacias em geral, PROCON, Ministério Público, Instituições Financeiras e etc. em qualquer estado brasileiro, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até a final decisão, usando dos recursos legais, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza que sejam de interesse do outorgante. **A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, por força de cláusula e poderes específicos, em especial conferindo-lhe(s), ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, pedir renúncia de direito, podendo receber notificações e intimações, realizar requerimentos, solicitar informações e dados, firmar compromissos ou acordo, receber e dar quitação de acordos e pagamentos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta à outrem com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.** Enfim, praticar todos os demais atos e termos necessários ao fiel cumprimento do presente mandado ainda que não expressos neste instrumento e de interesse dele(a) outorgante. **Em especial para patrocinar Ação Judicial para Requerer Indenização do Seguro DPVAT na Justiça Estadual da Paraíba na comarca de Campina Grande - PB.**

### CONTRATO DE HONORÁRIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica obrigado o Outorgante-contratante a pagar ao advogado contratado os **honorários advocatícios pelos serviços prestados, correspondentes a 30% (trinta por cento)**, sobre o valor da condenação ou acordo realizado entre as partes litigantes, independente de haver concessão de sucumbência, ficando o MM. Juiz autorizado a reter os honorários nos termos do contrato.

Campina Grande-PB, 20 de Junho de 2017.

*Flávio Pereira dos Santos*

FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS  
OUTORGANTE / CONTRATANTE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTEGRANTE LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

971578365

NOME  
FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3029976 SSP PB

CPF  
055.257.774-01

DATA NASCIMENTO  
27/06/1984

FUNÇÃO

MARIA DE FATIMA PEREIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CATARAS

AB

Nº REGISTRO  
04051513743

VALIDADE  
09/09/2019

1ª HABILITAÇÃO  
08/03/2007

OBSERVAÇÕES

A :

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO FORNECEDOR

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
10/09/2014

Assinatura do Emissor

11040416003  
PB023583541

DETRAN - PB (PACAJIBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

971578365



MARIA CONCEICAO LEITE GOMES SOUSA  
RUA ARRUDA CAMARA, 444 /  
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58408-020 (AQ: 401)



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 4 - 401 - 270 - 370  
Nº medidor: N1080031134

BR230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
Referência: Out / 2015  
Emissão: 09/10/2015

CNPJ 08 826 5960001-95 Insc. Est. 16.003.839-1  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.038.208  
Código para Débito Automático: 00000418293

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

RESERVAÇÃO AO FISCO

4320 c0c0 ect5 a721 898a 523c c8b7 8dbc.

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 4/41829-3

Out / 2015

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha em 10%, de R\$ 5,50 para R\$ 4,95 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução Homologatória ANEEL 1 845/2015, vigente a partir de 01/09/2015

09/10/2015

Data prevista da próxima leitura

10/11/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

78870280478

Cálculo de consumo

| Anterior | Atual   | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data      | Leitura |      |
| 10/09/15 | 36288   | 09/10/15  | 36528   | 1    |
|          |         |           | 240     | 28   |

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 04/10/2015 PAGAS OBRIGADO!

Demonstrativo

| Descrição                                           | Quantidade | Preço   | Valor (R\$) |
|-----------------------------------------------------|------------|---------|-------------|
| Consumo em kWh                                      | 240        | 0,40703 | 97,88       |
| Adic. B. Vermelha                                   |            |         | 10,80       |
| IMPOSTOS E ENCARGOS                                 |            |         |             |
| PIS                                                 |            |         | 1,08        |
| COFINS                                              |            |         | 4,89        |
| CONTRIB ILUM PUBLICA                                |            |         | 17,58       |
| ICMS (Base de Cálculo R\$ 158,75 (Alíquota 27,00%)) |            |         | 42,32       |

Histórico de Consumo (kWh)

|        |     |
|--------|-----|
| Set/15 | 255 |
| Ago/15 | 239 |
| Jul/15 | 258 |
| Jun/15 | 275 |
| Mai/15 | 234 |
| Abr/15 | 224 |
| Mar/15 | 224 |
| Fev/15 | 234 |
| Jan/15 | 244 |
| Dez/14 | 239 |
| Nov/14 | 227 |
| Out/14 | 218 |

Média dos últimos meses  
239 kWh

VENCIMENTO

21/11/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 174,33

Indicadores de Qualidade 2015 - Campina Grande I

| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V)           |
|------------------|---------|--------------------------------|
| DIC MENSAL       | 5,30    | NOMINAL 220                    |
| DIC TRIMESTRAL   | 10,82   |                                |
| DIC ANUAL        | 21,25   | CONTRATADA LIMITE INFERIOR 201 |
| FIC MENSAL       | 3,40    |                                |
| FIC TRIMESTRAL   | 6,72    | LIMITE SUPERIOR 231            |
| FIC ANUAL        | 13,45   |                                |
| DMIC             | 3,03    |                                |
| DMCI             | 12,22   |                                |

ATENÇÃO

Composição do valor total da sua conta

| Discriminação                | Valor (R\$)   | %             |
|------------------------------|---------------|---------------|
| Serviços de Dist. da Energia | 33,36         | 19,14         |
| Compra de Energia            | 60,59         | 34,54         |
| Serviço de Transmissão       | 2,48          | 1,41          |
| Encargos Setoriais           | 12,27         | 7,04          |
| Impostos Cíveis e Encargos   | 65,85         | 37,77         |
| Outros Serviços              | 0,00          | 0,00          |
| <b>Total</b>                 | <b>174,33</b> | <b>100,00</b> |

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 8/2015) R\$ 46,00

CAIXA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

334-367464497-7

30/Nov/2015

HORA DF 11:55:48

LOT. 13.18262-1

TERM 040977

LOCALIDADE: CAMPINA GRANDE

AG. VINCULADA: 0041

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
ENERGISA BORBOREMA/PB

VALOR DO PAGAMENTO: 174,33

83650000010 743301470006  
004182920159 108040100191

334-367464497-7

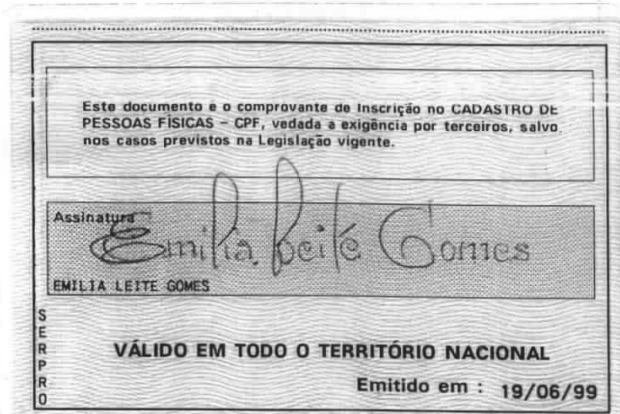
VIA DO CLIENTE



Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 12/04/2019 09:46:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041209404314000000019953368

Número do documento: 19041209404314000000019953368



**DENATRAN - PB** Nº 012030023240  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA 1 COD. RENAVAM 00168381133 EXERCÍCIO 2015

NOME **EMILIA LEITE GOMES**

CPF / CNPJ 56873190420 PLACA NPV1789

PLACA ANT / UF NOVO/PB CHASSI 9C2JC41209R026723

ESPÉCIE/TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB 2009 ANO MOD 2009

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

IPVA PAGO EM 20/07/2015 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*

A \*\*\*\*\* 3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 20/07/2015

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL CAMPINA GRANDE - PB DATA 21/07/2015

12424 206923

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU TRANSPORTADAS OU NAO**

**PB Nº 012030023240** BILHETE

**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**

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 21/07/2015

VIA 1 CPF / CNPJ 56873190420 PLACA NPV1789

RENAVAM 00168381133 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2009 CAT. TARIF 9 Nº CHASSI 9C2JC41209R026723

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 09.248.608/0001-04  
 www.seguradoralider.com.br



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EMILIA LEITE GOMES,  
RG nº 879636 (PB), data de expedição 17/07/1979  
Órgão SSP, portador do CPF nº 568731904-20, com  
domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de  
PARAIBA, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA ARRUDA CÂMARA, nº 1144,  
complemento SANTO ANTONIO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, cujo o condutor era  
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/CG 125 FANES  
Ano: 2009  
Placa: NPV-1789  
Chassi: 9C2JC4J209R026723  
Data do Acidente:  
Local e Data:

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB  
Tabelião: Maria de Fátima Leão Cavalcanti  
Praça da Bandeira, 100, Centro - C. Grande - PB  
Fone: 3363-1000 - 3363-0001

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de **EMILIA LEITE GOMES**  
Dou fé. Campina Grande/PB - 08/08/2016  
Escrevente: LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS  
Seio Digital: ADT35635-771L  
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**Tabelionato de Notas**

**Luciana Carolino dos Santos**  
Escrevente Autorizada

2cartoriosnotas@gmail.com

CARTÓRIO DE NOTAS  
CAMPINA GRANDE - PB





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 005382/15

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005382/15 registrada em 09/11/2015, que passo a transcrever na íntegra: Aos nove dias do mês de novembro do ano de 2015, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente o Bel. KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:08 horas, compareceu o Sr. FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, com 31 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão MOTORISTA, portador da Cédula de Identidade Nº 3029976, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 05525777401, residindo à rua ARRUDA CÂMARA, 444, bairro SANTO ANTONIO, na cidade de Campina Grande - PB, fone 3321.4084.

#### Declarou que:

Informa o declarante, que por volta de 19h00min do dia 10.04.2015, estava trafegando pela Rua do Tambor, Bairro de Nova Brasília, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN ES, ano/modelo 2009/2009, cor azul, chassi 9C2JC41209R026723, de placa NPV-1789/PB, licenciada em nome de Emília Leite Gomes, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu da moto derrapar da areia existente no asfalto, sofrendo ferimentos graves no ombro esquerdo, sendo socorrida por populares e encaminhado para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), onde recebeu atendimentos médicos e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, sendo internado no dia 18.04.2015 e submetido a cirurgia no dia 21.04.2015, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares da CPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

Campina Grande, Segunda-feira, 9 de Novembro de 2015

*Flávio Pereira dos Santos*  
FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

#### ADITAMENTO:

Por erro de digitação, onde se lê que o fato ocorreu no dia 10.04.2015; Leia-se que o fato ocorreu no dia 17.04.2015, conforme documentos em anexo. O referido é verdade e dou Fé.

Campina Grande/PB, 20 de setembro de 2016

*Ademir da Costa Vilar*  
MAT. 90.206-3  
Escrivão de Polícia Civil  
PM, 20 / 09 / 16.

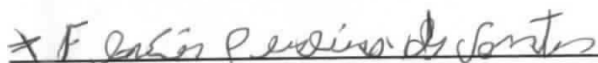


ILMO. SR. PRESIDENTE OU DIRETOR DA SEGURADORA LÍDER –  
ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT

**Procedimento Administrativo - Sinistro nº 3170060817**

FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, vem através desta petição administrativa **INFORMAR** para quem for responsável pelo processamento do sinistro acima mencionado, que **a data do acidente que deve constar no procedimento administrativo (Sinistro nº 3170060817 ASL – 0035071/17) deve ser do dia 17/04/2015, conforme consta no aditamento realizado na Certidão de Ocorrência Policial (B.O.), o qual já se encontra em anexo no processo administrativo, visto que data inicial mencionada no B.O. (10/04/2015) encontra-se incorreta em virtude do erro material cometido por digitação do Escrivão de Polícia, por ser esta a verdade real dos fatos.**

Campina Grande – PB, 01 de Março de 2017.



FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS

RG nº. 3029976 SSP/PB



## DECLARAÇÃO

Eu, **FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS**, brasileiro, casado, Motorista, portador da cédula de Identidade nº. 3029976 SSP/PB e CPF nº. 055.257.774-01, **DECLARO para os devidos fins legais necessários**, sob as penas do Art. 2º da Lei nº. 7.115/83, **QUE no dia 17 de Abril de 2015, por volta das 19h00min, sofri um acidente de moto na Rua do Tambor, Bairro Nova Brasília, na cidade de Campina Grande – PB, onde foram prestados os primeiros socorros pela população local, após 30 minutos do acidente o Sr. ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO, portador da cédula de Identidade nº. 2799426 SDS/PE e CPF nº. 165.321.474-00, realizou o meu resgate, levando minha pessoa dentro do seu carro para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para receber os devidos tratamentos médicos.**

Por ser esta a expressão da verdade e estar ciente que a falsidade destas declarações importará na minha responsabilidade civil e criminal, nos termos da legislação vigente, assino a presente declaração para que produza os devidos efeitos legais.

Campina Grande – PB, 01 de Março de 2017.

 x Flávio Pereira dos Santos

**FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS**

**RG nº. 3029976 SSP/PB**

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS**  
Dou fé. Campina Grande/PB - 02/03/2017  
Escrevente: **VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO**  
Emol R\$ 8,87, ISS R\$ 0,44, FARPEN R\$ 0,27, MP R\$ 0,14, FEPJ R\$ 2,21  
Selo Digital: AET61067-F3EX  
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**Viviane Clevidia de Sousa Caitano**  
Escrevente Autorizada



## DECLARAÇÃO

Eu, **ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO**, brasileiro, casado, Aposentado, portador da cédula de Identidade nº. 2799426 SDS/PE e CPF nº. 165.321.474-00, residente e domiciliado na Rua Arruda Câmara, nº 444, Bairro Santo Antônio, no município de Campina Grande – PB, **DECLARO para os devidos fins legais necessários**, sob as penas do Art. 2º da Lei nº. 7.115/83, **QUE no dia 17 de Abril de 2015, por volta das 19h30min, encontrei o Sr. FLÁVIO PEREIRA DOS SANTOS, deitado e com lesões em virtude do acidente de moto que tinha sofrido na Rua do Tambor, Bairro Nova Brasília, na cidade de Campina Grande – PB, momento este em que eu realizei o resgate do acidentado levando para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para receber os devidos tratamentos médicos.**

Por ser esta a expressão da verdade e estar ciente que a falsidade destas declarações importará na minha responsabilidade civil e criminal, nos termos da legislação vigente, assino a presente declaração para que produza os devidos efeitos legais.

Campina Grande – PB, 21 de Fevereiro de 2017.

2º CARTÓRIO

**ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO**

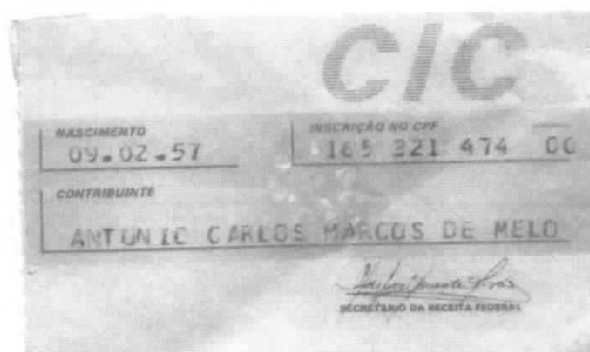
**RG nº. 2799426 SDS/PE**

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB  
Tabelião: Maria de Fátima Leites Cavalcanti  
Praça da Bandeira, 105, Centro - Campina Grande - PB  
(83) 3321-8899 - 3086-8899

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:  
**ANTONIO CARLOS MARCOS DE MELO**  
Dou fé. Campina Grande/PB - 22/02/2017  
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO  
Emol R\$ 8,87, ISS R\$ 0,44, FARPEN R\$ 0,27, MP R\$ 0,14, FEPJ R\$ 2,21  
Selo Digital: AES51765-KV52  
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**Tabelionato de Notas**  
CARTÓRIO DE NOTAS  
CAMPINA GRANDE - PB  
Viviane Clevidia de Sousa Caitano  
Escrevente Autorizada





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Flávio Pereira dos Santos  
IDADE: 30 anos SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: 27/06/1989  
PROFISSÃO: Motorista DOC: 3029976  
CNS: 893 0004 2660 7432 TELEFONE: 083-3321-4064  
NOME DA MÃE: Maria de Fátima Pereira dos Santos  
ENDEREÇO: R. da Câmara 444  
MUNICÍPIO: Campina BAIRRO: Gr. Antenor  
DATA DO ATENDIMENTO: 18/04/2015 as 07:36 hs ESTADO: PB

2. ACOANHAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

2.1 QUEIXA ATUAL: trauma em Hst Horário de acolhimento: 07:36 hs

2.2 DADOS VITAIS:

|     |    |            |     |                         |      |       |
|-----|----|------------|-----|-------------------------|------|-------|
| PA: | T: | FC:        | FR: | Sat. O <sub>2</sub> (%) | HGT: | PESO: |
|     |    | <u>118</u> |     |                         |      |       |

2.3 ASPECTO:

|                                                |                                           |                                        |                                      |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> | CONFUSO <input type="checkbox"/>          | FACE'S DE DOR <input type="checkbox"/> | AR AMBIENTE <input type="checkbox"/> |
| INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>          | CALMO <input checked="" type="checkbox"/> | GEMENTE <input type="checkbox"/>       | OUTRO: <input type="checkbox"/>      |

2.4 CHEGOU NA UNIDADE:

|                                             |                                           |                               |                                 |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| ANDANDO <input checked="" type="checkbox"/> | CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/> | MACA <input type="checkbox"/> | OUTRO: <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

2.5 TIPO DE ATENDIMENTO:

|                                  |                                     |                                                |                                             |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| CLÍNICO <input type="checkbox"/> | PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> | ORTOPÉDICO <input checked="" type="checkbox"/> | BUCO-MAXILO-FACIAL <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|

2.6 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                   |                                  |                                           |                               |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|
| VERMELHO <input type="checkbox"/> | AMARELO <input type="checkbox"/> | VERDE <input checked="" type="checkbox"/> | AZUL <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|

JUSTIFICATIVA PARA AZUL:

Flávio Pereira dos Santos  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Enfermeiro  
ENFERMEIRO  
CREN. PD. 341.221  
ASSINATURA DO ENFERMEIRO  
RESPONSÁVEL PELO ACOINHAMENTO



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAIBA

UF: 25

PACIENTE:

Nome: FLAVIO PIREIRA SANTOS

Sexo: MASCULINO Idade: 20,8

Profissão: MOTORISTA - (N) 33214034

Documento: R98200470507432

Endereço: RUA ARRUDA CAMARA, 454

Bairro: SANTO ANTONIO

Município: CAMPINA GRANDE

CEP: 59000-000

Data Atendimento: 18/04/2015 10:54h

Código do Município: 2500400

RACIA COR: 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PAROIA 4 - AMARELA 5 - INDIGENA 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Exame físico realizado pelo médico de plantão de emergência. Paciente em boas condições clínicas. Sem alterações significativas.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura de crânio fechado

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB)

Consulta Especializada

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGÊNCIA  
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA  
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO  
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÁNSITO  
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

- ☒ 01 - PRESCRIÇÃO  
☐ 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ RESIDÊNCIA  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ ÚBITO  
☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

COO0001 PROCEDIMENTO

CEO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - CARIMBO

Ass. do Revisor Técnico (CARIMBO)

Dr. Carlos Eduardo Filho  
Médico de Emergência  
CRM 101.101



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Alvaro Pereira dos Santos

Encontro com o paciente  
para avaliação pelo enfermeiro -  
tar de plantão  
Sua localização em

no: 1) de de número próximo

18/04/15

Dr. Sérgio Moraes de A. Rodrigues  
Enfermeiro  
CRM: 10.101/15  
C.R.E.O. 10.101/15

Assinatura e carimbo do profissional

Dr. Sérgio Moraes de A. Rodrigues  
Enfermeiro  
CRM: 10.101/15  
C.R.E.O. 10.101/15

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

Outro

Estratificação

MOD. 110

|                                                      |                                                  |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo  | Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fácies de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória:                             | Frequência cardíaca:                             |
| Pressão arterial:                                    | Temperatura axilar:                              |
| Doseagem de HGT:                                     | Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida              |
| Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Cama |                                                  |

Classificação de Risco

|                                 |                             |                       |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Nome: Flávia Pereira dos Santos | End: Avenida Lagamar, 454   | Bairro: Santo Antônio |
| Data de Nascimento: 27.06.1984  | Documento de Identificação: |                       |
| Queixa: fr. fr. fr.             | Data do Atend: 18.04.15     | Hora: 10:53           |
|                                 | Documento:                  |                       |

Ficha de Acolhimento

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

GOVERNO  
DA PARAIBA

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente FABIO PEREIRA JAROS ALÉRCIO A D. P. RODRAlojamento Q Leito 2

Convênio

FABIO DE JESUS  
PEREIRA

| Data     | Prescrição Médica                 | Horário | Evolução Médica |
|----------|-----------------------------------|---------|-----------------|
| 18/04/15 | 1) Dufal 300mg<br>2) Jato         | at      | at              |
|          | 3) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665   | at      | at              |
|          | 4) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665   | at      | at              |
|          | 5) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665   | at      | at              |
|          | 6) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665   | at      | at              |
|          | 7) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665   | at      | at              |
|          | 8) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665   | at      | at              |
|          | 9) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665   | at      | at              |
|          | 10) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 11) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 12) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 13) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 14) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 15) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 16) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 17) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 18) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 19) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 20) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 21) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 22) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 23) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 24) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 25) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 26) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 27) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 28) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 29) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 30) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 31) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 32) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 33) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 34) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 35) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 36) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 37) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 38) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 39) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 40) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 41) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 42) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 43) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 44) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 45) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 46) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 47) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 48) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 49) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 50) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 51) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 52) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 53) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 54) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 55) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 56) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 57) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 58) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 59) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 60) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 61) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 62) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 63) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 64) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 65) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 66) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 67) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 68) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 69) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 70) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 71) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 72) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 73) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 74) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 75) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 76) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 77) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 78) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 79) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 80) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 81) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 82) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 83) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 84) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 85) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 86) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 87) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 88) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 89) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 90) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 91) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 92) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 93) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 94) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 95) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 96) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 97) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 98) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 99) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665  | at      | at              |
|          | 100) Fomeclor + 100mg ST, EV, 665 | at      | at              |

Dr. Carlos Roberto Filho  
Osteodentista  
CRM 100111111Dr. Carlos Roberto Filho  
Osteodentista  
CRM 100111111

| Data      | Hora | T   | P | R | PA  | Diurese | Observações Enfermagem                                                                 | Assis |
|-----------|------|-----|---|---|-----|---------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 78/04/20h | 20h  | 362 |   |   | 760 | +       | paciente em<br>sala de<br>curiosidade<br>sua, no mo<br>mento de<br>Linha de<br>CEN-20h |       |





**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

|          |           |
|----------|-----------|
| Paciente | Yasodhara |
|----------|-----------|

## Aiojamento

Leito

## Convênio

Diagnóstico

| Data     | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                              | Horário                               | Evolução Médica                       |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 20/06/17 | 1. Dieta B. normal<br>2. SRL 1500ml EV/24h<br>3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h<br>4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h<br>5. Omeprazol 40mg EV/jejum<br>6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN<br>7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN<br>8. Clexone 40mg SC/dia<br>9. SSVV + CCGG | 1. 0. 8.<br>10. 15. 25. 35.<br>12. 04 | 1. 0. 8.<br>10. 15. 25. 35.<br>12. 04 |



Circulante

Observations:

Medicamentos/Materiais

əpɛpɪjʊeɪnð

Conciência

Anestesia: *Requiere*

Anesthetist: Dr. You can

Date: 21/04/15

**GOVERNÓ DA PARAIBA**



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

| Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico |   |    |
|----------------------------------------------------------|---|----|
| Nenhum Movimento = 0                                     |   |    |
| Movimenta 2 membros = 1                                  |   |    |
| Movimenta 4 membros = 2                                  |   |    |
| Apnéia = 0                                               |   |    |
| Respiração Limitada, Dispneia = 1                        |   |    |
| Respiração profunda e tosse = 2                          |   |    |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0                |   |    |
| PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1           |   |    |
| PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2                |   |    |
| Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0                 |   |    |
| Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1                 |   |    |
| Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2                |   |    |
| Não responde ao chamado = 0                              |   |    |
| Despertado ao chamado = 1                                |   |    |
| Completamente acordado = 2                               |   |    |
| TOTAL DE PONTOS                                          |   |    |
|                                                          | 5 | 10 |

Assinatura do anestesista

3809



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

02/03/2019 22:10:15

02/03/2019

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
Luz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: **LEONILDO PEREIRA SILVA**

01 **JO** LEITE **JO** CONJUNTO **JO** IDADE **30** REGISTRO **9201990**

CIRURGIA **Tratamento cirúrgico de úlcera péptica** ANESTESIA **Brachial de Puxo e Cefalica**

INSTRUMENTADORA **UNIS - Incisa** DATA **28/04/2015** INICIO **04:00**

Qtd MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Riso Coostoma Qtd FIOS CODIGO

|     |                |    |                           |    |                      |  |
|-----|----------------|----|---------------------------|----|----------------------|--|
| 01  | Adrenalina amp | 01 | Calor p. Org.             | 01 | Calor cremado Sertix |  |
| 02  | Alcapas amp    | 01 | Calor De Uniar Sist. Foch |    | Calor cremado Sertix |  |
| 03  | Diazepam amp   | 50 | Compresso Grande 1.1      |    | Calor cremado Sertix |  |
|     | Dinamo amp     |    | Compresso Pequeno         |    | Calor Sertix         |  |
|     | Drona          |    | Drona                     |    | Calor Sertix         |  |
|     | Efrase ml      | 01 | Drona Succel 32           |    | Calor Sertix         |  |
|     | Fenogam amp    |    | Drona Kerm                |    | Calor Sertix         |  |
|     | Fortanol ml    |    | Drona Penosol             |    | Calor Sertix         |  |
|     | Inova ml       |    | Drona Penosol             |    | Calor Sertix         |  |
|     | Ketalar ml     |    | Drona Penosol             |    | Calor Sertix         |  |
|     | Morquina       |    | Drona Penosol             |    | Calor Sertix         |  |
|     | Nucalon amp    |    | Drona Penosol             |    | Calor Sertix         |  |
|     | Paralon amp    |    | Drona Penosol             |    | Calor Sertix         |  |
| 01  | Propofol amp   | 25 | Escarapelo Largo cm       |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 02  | Propofol amp   |    | Furacril                  |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 03  | Propofol amp   |    | Gase Pódo 10 unidades     |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 04  | Propofol amp   |    | H.O. ml                   |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 05  | Propofol amp   |    | Intracal Adulto           |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 06  | Propofol amp   |    | Intracal Infantil         |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 07  | Propofol amp   |    | Lâmina de B. sun. n° 23   |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 08  | Propofol amp   |    | Lâmina de B. sun. n° 11   |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 09  | Propofol amp   |    | Lâmina de B. sun. n° 15   |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 10  | Propofol amp   |    | Luxas 7.0                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 11  | Propofol amp   |    | Luxas 8.0                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 12  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 13  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 14  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 15  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 16  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 17  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 18  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 19  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 20  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 21  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 22  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 23  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 24  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 25  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 26  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 27  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 28  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 29  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 30  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 31  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 32  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 33  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 34  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 35  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 36  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 37  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 38  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 39  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 40  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 41  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 42  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 43  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 44  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 45  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 46  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 47  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 48  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 49  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 50  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 51  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 52  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 53  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 54  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 55  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 56  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 57  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 58  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 59  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 60  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 61  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 62  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 63  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 64  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 65  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 66  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 67  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 68  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 69  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 70  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 71  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 72  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 73  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 74  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 75  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 76  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 77  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 78  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 79  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 80  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 81  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 82  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 83  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 84  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 85  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 86  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 87  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 88  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 89  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 90  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 91  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 92  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 93  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 94  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 95  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 96  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 97  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 98  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 99  | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |
| 100 | Propofol amp   |    | Luxas 8.5                 |    | Fio de Agulha Sertix |  |

EQUIPAMENTOS

Qtd

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

CIRURGIA E PROTESE

Qtd

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

SOROS

Qtd

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

CIRURGIA E PROTESE

Qtd

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

SOROS

Qtd

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

CIRURGIA E PROTESE

Qtd

01

02

03

04

05

06

07

08

09

1



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

F. D. Costa / Ferreira

Alojamento

10 Leito

1

Convênio

Ox. O2

Ago 02 de 1999

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

21/04/1999  
1) D. de 100mg de C. Amoxicilina - Art  
2) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
3) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
4) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
5) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
6) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
7) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
8) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
9) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
10) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
11) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
12) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
13) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
14) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
15) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
16) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
17) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
18) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
19) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
20) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
21) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
22) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
23) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
24) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
25) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
26) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
27) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
28) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
29) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
30) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
31) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
32) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
33) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
34) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
35) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
36) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
37) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
38) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
39) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
40) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
41) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
42) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
43) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
44) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
45) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
46) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
47) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
48) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
49) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
50) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
51) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
52) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
53) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
54) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
55) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
56) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
57) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
58) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
59) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
60) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
61) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
62) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
63) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
64) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
65) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
66) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
67) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
68) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
69) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
70) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
71) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
72) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
73) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
74) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
75) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
76) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
77) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
78) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
79) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
80) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
81) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
82) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
83) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
84) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
85) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
86) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
87) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
88) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
89) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
90) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
91) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
92) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
93) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
94) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
95) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
96) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
97) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
98) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
99) 100mg de C. Amoxicilina - Art  
100) 100mg de C. Amoxicilina - Art

Dr. Paulo Roberto de Oliveira Neto  
Médico  
CRM 10.000 9551

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-Op:

| Paciente | Alojamento | Leito | Convênio |
|----------|------------|-------|----------|
|----------|------------|-------|----------|

Osvaldo Cláudio da Silva - 46 anos

Alvaro Pereira

10

1

| Data  | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Horário                                                     | Evolução Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22/04 | 1. Dieta livre<br>2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h<br>3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h<br>4. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N<br>5. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tilatil)<br>6. Nauseidon 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos 8/8h<br>7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia<br>8. SSW/CCGG | 14h<br>15h<br>16h<br>17h<br>18h<br>19h<br>20h<br>21h<br>22h | # Ortopedia #<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal |
| 23/04 | 1. Dieta livre<br>2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h<br>3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h<br>4. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N<br>5. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tilatil)<br>6. Nauseidon 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos 8/8h<br>7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia<br>8. SSW/CCGG | 14h<br>15h<br>16h<br>17h<br>18h<br>19h<br>20h<br>21h<br>22h | # Ortopedia #<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal<br>Fratura e luxação de úmero proximal |

Dr. Paulo Oliveira Neto  
Médico  
CRM-PB 9881

Dr. Paulo Oliveira Neto  
Médico  
CRM-PB 9881

Dr. Paulo Oliveira Neto  
Médico  
CRM-PB 9881

Identificação do paciente: Nome do paciente: *Jose de Almeida de C. Junior* Nome do responsável: *Jose de Almeida de C. Junior* Data de nascimento: *10/05/1974* Sexo: *M* Estado: *Paraíba* Município: *Cajazeira* Endereço: *Rua da Liberdade, 123 - Centro - Cajazeira - Paraíba*

Identificação do profissional: Nome do profissional: *Alfredo Pinto de Oliveira Neto* Número de inscrição: *123456789* Data de emissão: *10/04/2019* Assinatura: *Alfredo Pinto de Oliveira Neto*

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

1/2 Folha



Marcia Fernanda  
 Biomedica  
 CRM 1601

1.30"

TEMPO DE SANGRAMENTO

7.30" min

TEMPO DE COAGULACAO

Nome: FLAVIO PEREIRA SANTOS  
 Sexo: M  
 Data de Nascimento: 18-04-2013 (15.09)  
 Idade: 5 anos  
 Local: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G. FERNANDES  
 Unidade: AREA ANATOMICA  
 Protocolo: 000020-2962

SUS  
 Sistema  
 Unico  
 de  
 Saude



ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
 HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
 GONZAGA FERNANDES  
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

GOVERNO  
 DA PARAIBA





Nome: HAYO PEREIRA SANTOS  
Data: 18.04.2019 15:19  
Procedimento: 0000204962  
Idade: 50 ANOS  
Sexo: M  
Médico: MARIA AMABILIA  
Comitê: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

GLICOSE (JEJUM) 90 mg/dl

44 mg/dl

CREATININA

1,4 mg/dl

Maxcia Fernanda  
Biomédica  
CRM 4504

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

GOVERNO  
DA PARAIBA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Roberto Renato SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 30.03.1975 IDADE: 40 ANOS  
SETOR: Ortopedia DIAGNOSTICO MEDICO: Rx Omérgica  
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: \_\_\_\_\_

LETO: 10 J

|                                  |                                                                                                                         |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALERGIAS                         | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS                                              |
| PRESENÇA DE ÚLSERA               | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS                                              |
| PRESENÇA DE ESCARA               | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS                                              |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA               | SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS                                              |
| ESSÃO ARTERIAL:                  | HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA NEUROLÓGICO              | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>                                    |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO             | DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>                                      |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURÉTICO) | NORMAL <input type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/>                                                        |
| MOBILIDADE:                      | DISURIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>                                                   |
|                                  | DEAMBULAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO <input type="checkbox"/>                                    |
| SIST. GAS. RENTENITAL (DIETA)    | VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/>                                                     |
| ESTADO NUTRICIONAL               | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>                                         |
| DADOS VITAIS                     | PA: _____ T: _____ FR: _____ FC: _____ PESO: _____                                                                      |

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

|                                                |       |
|------------------------------------------------|-------|
| RISCO DE QUESA                                 | CD/FR |
| RISCO DE ASPIRAÇÃO                             | CD/FR |
| RISCO DE INFECÇÃO                              | CD/FR |
| RISCO DE Desequilíbrio DA TEMPERATURA CORPORAL | CD/FR |
| RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                     | CD/FR |
| RISCO DE SANGRAMENTO                           | CD/FR |
| DEBILIDADE CARDÍACA DIMINUIDA                  | CD/FR |
| RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO  | CD/FR |
| VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA              | CD/FR |
| PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                   | CD/FR |
| MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                | CD/FR |
| INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                | CD/FR |
| RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA               | CD/FR |
| RISCO DE TRAUMA VASCULAR                       | CD/FR |

Rosa Souza Fideles  
ENFERMEIRA  
COREN-PB 362.832  
Assinatura do Enfermeiro Responsável

CD - CARACTERÍSTICA DEFINIDORA  
FR - FATOR RELACIONADO

REGISTRAR SINAIS VITAIS ☒  
REALIZAR BALANÇO HÍDRICO ☒  
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA ☒  
REALIZAR TROCA DE DRAPEADO, COM TÉCNICA ASEPTICA SE HOUVER SUJIDADE ☒  
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLORESTA EM INJECÇÕES E EM LÓCULOS DE INJECÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES ☒  
AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE ☒  
VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS ☒  
PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE ☒  
REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS ☒  
INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA ☒

APRAZAMENTO: 10 / 10  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_

| PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | APRAZAMENTO |      | ASSINATURA |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|------|------------|----|
| <input type="checkbox"/> AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATORIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO<br><input checked="" type="checkbox"/> RELAZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE<br><input type="checkbox"/> MANTER EM EVIDÊNCIA GRADES DE PROTEÇÃO DA CAVA<br><input type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSIR, NAUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR<br><input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO |       |             |      |            |    |
| RESULTADOS ESPERADOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |             |      |            |    |
| REGISTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |             |      |            |    |
| DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HORA  | PA          | T    | FC         | FR |
| 22/04/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 08:00 | 33%         | 100% | 72         | 72 |
| AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |             |      |            |    |
| Paciente está em estado de consciência, com<br>resposta adequada a estímulos verbais e<br>táteis. Não apresenta náusea ou vômito.<br>Medicação prescrita em tempo hábil.<br>Prescrição de acordo com a<br>prescrição médica.<br>Tudo de acordo com a<br>prescrição médica.<br>Assinatura: [Assinatura]                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |             |      |            |    |
| INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |             |      |            |    |
| INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |             |      |            |    |



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

**BOLETIM DE ENFERMAGEM**

NOME: Flavio Junior IDADE: 19 SEXO: M DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1995 SETOR: UTI DIAGNÓSTICO MÉDICO: DIAGNÓSTICO MÉDICO

ALERGIAS: NÃO MEDICAÇÃO CONTÍNUA: NÃO DOENÇA CRÔNICA: NÃO PRESENÇA DE ESCARA: NÃO PRESSÃO ARTERIAL: 110/70 SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNEIA SIST. GEMTOURINÁRIO: RESSE INUBIDADE: RESSE SIST. GÁS, PONTUAL: RESSE ESTADO NUTRICIONAL: RESSE DADOS VITAIS: RESSE

PA: RESSE TIPO: RESSE FR: RESSE FC: RESSE PESO: RESSE CAQUÊTICO: RESSE

**DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM**

RISCO DE QUEDA ☒ RISCO DE ASPIRAÇÃO ☒ RISCO DE INFECÇÃO ☒ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal ☒ RISCO DE GLUCEMIA INSTÁVEL ☒ RISCO DE retenção urinária ☒ RISCO DE sangramento ☒ NAUSEA ☒ DOR AGUDA ☒ DOR CRÔNICA ☒ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ ☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA ☒ DEFICIT NO AUTO CUIDADO ☒ ALIMENTAR-SE ☒ PARA BANHO ☒ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ☒ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA ☒ RISCO DE SINDROME DO DESUSO ☒

**PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM**

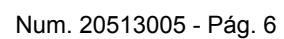
ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: RESSE

MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS ☒ REALIZAR CONTROLE DE GLUCEMIA CAPILAR ☒ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA ☒ INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA ☒ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ) ☒ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS ☒ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45° ☒ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO ☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS DE INFECÇÃO (FEBRILIDADE, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA) ☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO ☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE ☒ RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS, AS CONDIÇÕES TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE ☒

APRAZAMENTO: RESSE ASSINATURA: RESSE



INTERCORRENCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA



## SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESGOVERNO  
DA PARAIBA

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

## BOLETIM DE ENFERMAGEM

|                           |                     |                     |      |
|---------------------------|---------------------|---------------------|------|
| NOME:                     | Flavio Junior       |                     |      |
| IDADE:                    | 30                  | SEXO:               | M    |
| SETOR:                    | Uta Ortopedia       | DATA DE NASCIMENTO: | 10/1 |
| HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: | Fx. Ulna e proximal |                     |      |

|                        |             |                  |        |
|------------------------|-------------|------------------|--------|
| MEDICAÇÃO CONTINUA     | SIM         | NÃO              | QUAIS: |
| PRESENÇA DE ESCARA     | SIM         | NÃO              | QUAIS: |
| PRESENÇA DE ÚLERA      | SIM         | NÃO              | QUAIS: |
| ALERGIAS               | SIM         | NÃO              | QUAIS: |
| PRESSÃO ARTERIAL:      | HIPOTENSO   | NORMOPOTENSO     |        |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:   | CONSCIENTE  | INCONSCIENTE     |        |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:  | DISPNEICO   | TAQUIPNEICO      |        |
| SIST. GENITOURINÁRIO:  | NORMAL      | POLÚRIA          |        |
| (DIURESE)              |             | CISTOSTOMIA      |        |
| MOBILIDADE:            | DEAMBULA    | DEAMBULA C/APOIO |        |
| SIST. GAS. RONTENTINAL | TETRAPLEGIA | HEMIAPLEGIA      |        |
| (DIETA)                | VO          | SNG              |        |
| ESTADO NUTRICIONAL:    | NUTRIDO     | DESNUTRIDO       |        |
| DADOS VITAIS           | PA:         | FR:              | PESO:  |

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

|                                                |       |
|------------------------------------------------|-------|
| RISCO DE QUESA                                 | CD:FR |
| RISCO DE ASPIRAÇÃO                             | CD:FR |
| RISCO DE INFECÇÃO                              | CD:FR |
| RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal | CD:FR |
| RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                     | CD:FR |
| RISCO DE SANGRAMENTO                           | CD:FR |
| DEBITO CARDIACO DIMINUIDO                      | CD:FR |
| RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO  | CD:FR |
| VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA              | CD:FR |
| Padrão respiratório ineficaz                   | CD:FR |
| MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                | CD:FR |
| INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                | CD:FR |
| RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA               | CD:FR |
| RISCO DE TRAUMA VASCULAR                       | CD:FR |

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA  
FR: FATOR RELACIONADO

## PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| REGISTRAR SINAIS VITAIS                                                                                                  |    |
| REALIZAR BALANÇO HÍDRICO                                                                                                 |    |
| REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA                                 |    |
| REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE                                                     |    |
| MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FISIOLÓGICOS EM INDICADORES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CATETÉRES | 11 |
| AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE                                                                               | 11 |
| VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS                                                                                       | 11 |
| PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE                                                                            |    |
| REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO A CADA DUAS HORAS                                                                           |    |
| INSTALAR CATETER DE 12 A 21 MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA                                                            |    |

ASSINATURA

APRAZAMENTO

12/12



Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 12/04/2019 09:46:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041209441241000000019953592>  
 Número do documento: 19041209441241000000019953592

# SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO  
DA PARAIBA



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: *Alfredo Pinto de Oliveira Neto* SEXO: *M* IDADE: *30 anos* DATA DE NASCIMENTO: *21/06/1984* LETO: *10-1*

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: *Desfibrilação de sucesso.*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

|                         |             |                  |            |
|-------------------------|-------------|------------------|------------|
| PRESSÃO ARTERIAL        | HIPOTENSO   | NORMOPOTENSO     | HIPERTENSO |
| SISTEMA NECROLÓGICO     | CONSCIENTE  | INCONSCIENTE     |            |
| SIST. GENITOURINÁRIO    | DISPÊNICO   | TAQUIPÊNICO      | EUPNÉICO   |
| (DIURSE)                | NORMAL      | POLÚRIA          | OLIGÚRIA   |
| MOBILIDADE              | DEAMBULA    | CISTOSTOMIA      | ANÚRIA     |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL | VO          | DEAMBULA C/APOIO | ACAMADO    |
| (DIETA)                 | TETRAPLEGIA | HEMIAPLEGIA      | PARESIA    |
| ESTADO NUTRICIONAL      | NUTRIDO     | DESNUTRIDO       | OBESO      |
| DADOS VITAIS            | PA          | FR               | FC         |
|                         |             |                  | PESO       |

CAQUETICO

RISCO DE QUESO

RISCO DE ASPIRAÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL

RISCO DE QUEMIA INSTAVEL

RISCO DE SANGRAMENTO

DEBITO CARDIACO DIMINUIDO

RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATORIO

VENTILAÇÃO ESPONTANEA PREJUDICADA

PAUZA RESPIRATORIO INEFICAZ

MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

RISCO PARA INT PELE PREJUDICADA

RISCO DE TRAUMA VASCULAR

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

REGISTRAR SINAIS VITAIS

REALIZAR BALANÇO HÍDRICO

REALIZAR CONTROLE DE QUEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA

REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJIDADE

MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FISIOLÓGICOS EM INJECÇÕES E EMALOCIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES

AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE

VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS

PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE

REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS

INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA

ASSINATURA

APRAZAMENTO

12/12/2019



INTERO 04/2015

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

|           |    |        |
|-----------|----|--------|
| REGISTROS | MT | DURESE |
|-----------|----|--------|

|      |        |       |         |
|------|--------|-------|---------|
| 36.0 | 110x12 | 05:12 | 5/10/12 |
| 36.0 | 120x11 | 05:18 | 5/10/12 |

Kunstgewerbe  
 der Nationen  
 des Orients  
 des Westens

## RESULTADOS ESPERADOS:

AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATORIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO

ASSINATURA

APRAZAMENTO

## PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE  
RELACIONADOS AOS DIAGNÓSTICOS E AS CONDIÇÕES TOMADAS PELA  
EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.  
MANUTER ELEVADAS AS GRADUAÇÕES DE PROTEÇÃO DA CÂMARA  
MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSA, NAUSEA E CAPACIDADE  
DE DEGLUTIR. •  
MANUTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO

MANUTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO

DECEMBER • 1997

MONITORAR NÍVEL DE CONSCIENTE, REFLEXO DE TOSSA, NÁUSEA E CAPACIDADE

MANEJO DE ENFERMEAS DE PROTECCIÓN CIVIL

RELACIONADOS AOS DOUTORES IDENTIFICADOS AS CONDIÇÕES TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE

REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

O PROCEDIMENTO



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|
| PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | APRAZAMENTO | ASSINATURA               |
| <input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS<br><input type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO<br><input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA<br><input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CATETO, COM TÉCNICA ASSÉPTICA SE HOUVER SUJEIDADE<br><input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FISIOLÓGICOS E EM LOCOMIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CÂTERES<br><input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UNIDADE DA PELE<br><input type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS<br><input checked="" type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALIVIO DO CORPO DO PACIENTE<br><input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO A CADA DUAS HORAS<br><input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A 2L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA | 13/11/20    | ASSINATURA<br>Duascentos |

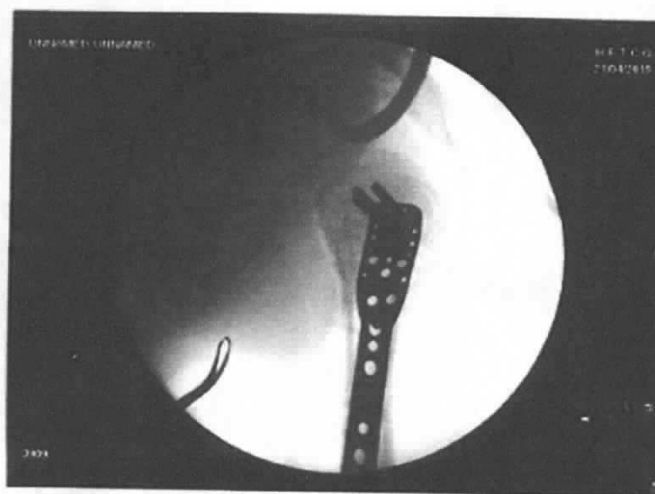
[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE  
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERN  
DA PARAIBA

Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 12/04/2019 09:46:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041209442129900000019953605>  
 Número do documento: 19041209442129900000019953605



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta nº: 11763040

A/C: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS

Sinistro: 3170321813 ASL-0219452/17  
Vitima: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS  
Data Acidente: 17/04/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FLAVIO PEREIRA DOS SANTOS  
Valor: R\$ 843,75  
Banco: 104  
Agência: 000002221  
Conta: 0000030617-6  
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                                                                 |     |        |
|-----------------------------------------------------------------|-----|--------|
| Multa:                                                          | R\$ | 0,00   |
| Juros:                                                          | R\$ | 0,00   |
| Total creditado:                                                | R\$ | 843,75 |
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25% |     |        |
| Graduação: Em grau leve 25%                                     |     |        |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%                |     |        |
| Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =                          | R\$ | 843,75 |

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**6ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0808012-12.2019.8.15.0001

DESPACHO

R. h. Vistos etc.

Recebo a inicial, porque satisfeitos os requisitos.

Considerando o advento do novo CPC, que tem em sua essência privilegiar a mediação e a conciliação entre as partes, entendo que, infelizmente, desde que passou a vigorar, em março de 2016, as partes, principalmente, as empresas, não estão ancoradas no mesmo espírito conciliador dos legisladores. Por estas razões, a conciliação prévia, prevista no novo CPC, está se tornando inócua e onerosa às partes e ao Poder Judiciário, atentando, inclusive, aos princípios da celeridade e da razoabilidade duração do processo, razão porque postergo sua designação para futura data, a requerimento das partes.

Destarte, considerando, ainda, não haver quaisquer prejuízos às partes, determino a citação da parte promovida, nos termos do art. 344 do CPC, no prazo e termos legais.

Contestada a ação, dê-se vista ao autor, para no prazo de 15 dias, impugnar a contestação.

Contestada e impugnada a ação, intimem-se as partes para que informem se há a possibilidade de acordo; caso contrário, que especifiquem as provas que ainda pretendem produzir, justificando a necessidade de sua produção, no prazo de 15 (quinze) dias, com a advertência de que o silêncio importará o julgamento antecipado da lide.

Nos termos do art. 98 do CPC/15, **defiro o pedido de gratuidade** judiciária.

**Havendo qualquer incidente processual, retornem-me os autos conclusos, para adoção das medidas cabíveis.**

**CUMPRA-SE.**

Assinatura e data pelo sistema PJE.

