



Número: **0817574-45.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **23/07/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO MARCIO FERNANDES (AUTOR)		JOSE LEANDRO OLIVEIRA TORRES (ADVOGADO)	
		WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22933 630	23/07/2019 17:28	Petição Inicial	Petição Inicial
22933 632	23/07/2019 17:28	Petição Inicial em PDF	Outros Documentos
22933 635	23/07/2019 17:28	boletim de ocorrencia	Outros Documentos
22933 637	23/07/2019 17:28	DECLARAÇÃO DO SAMU	Outros Documentos
22933 640	23/07/2019 17:28	documentos pessoais-otimizado_1	Outros Documentos
22933 643	23/07/2019 17:28	documentos pessoais-otimizado_2	Outros Documentos
22933 644	23/07/2019 17:28	negativa da seguradora	Outros Documentos
22933 646	23/07/2019 17:28	procuração e doc pessoais	Outros Documentos
22933 648	23/07/2019 17:28	prontuario-otimizado_1	Outros Documentos
22933 900	23/07/2019 17:28	prontuario-otimizado_2	Outros Documentos
22933 904	23/07/2019 17:28	prontuario-otimizado_3	Outros Documentos
22933 906	23/07/2019 17:28	prontuario-otimizado_4	Outros Documentos
22933 909	23/07/2019 17:28	prontuario-otimizado_5	Outros Documentos
22933 911	23/07/2019 17:28	prontuario-otimizado_6	Outros Documentos
22933 913	23/07/2019 17:28	prontuario-otimizado_7	Outros Documentos
22946 805	24/07/2019 10:31	Despacho	Despacho
22951 931	24/07/2019 12:10	Expediente	Expediente
22961 941	24/07/2019 15:31	Manifestação	Outros Documentos

Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: stcadvocacia@hotmail.com

Tel: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB,**

RICARDO MARCIO FERNANDES, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304; por seu advogado, infra firmado, com procuração em anexos e endereço profissional situado na Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB, onde doravante recebe as notificações e intimações do feito, vem perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT,

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ Nº 09.248.608/0001-04, com sede no Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

DA JUSTIÇA GRAUITA



Inicialmente, diante das condições financeiras em que se encontra a promovente, necessita este da **Justiça Gratuita** para que possa ter acesso a Justiça e gozar do direito isonômico.

Nobre julgador, conforme art. 4º *caput* da Lei 1.060/50, a parte terá direito aos benefícios da assistência judiciária gratuita mediante simples afirmação de não poder arcar com as despesas provenientes do processo além dos honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Diante disso, procura-se poupar que alguém sinta-se embaraçado na busca e defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios financeiros. Não obstante, a prestação de assistência judiciária visa assegurar as garantias fundamentais preservando a igualdade e o acesso a Justiça.

BREVE RELATO DOS FATOS

O acidente de trânsito em que o autor foi vítima ocorreu no dia 15/12/2017 por volta das 19h35min, quando trafegava na Av. Floriano Peixoto, Campina Grande/PB.

O autor ia a “pe”, momento em que estava juntando reciclagem, quando foi atropelado por um veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após o atropelamento. Conforme boletim de ocorrência em anexos.

O autor foi socorrido pelo SAMU desta cidade e encaminhada ao hospital de trauma e urgência de Campina Grande, onde foi diagnosticada com algumas fraturas no fêmur na perna esquerda. Conforme laudo médico em anexos.

Diante do fato do sinistro em tela ser decorrente de acidente de trânsito, o **autor na posse dos documentos necessários, requereu administrativamente** o Seguro Obrigatório DPVAT, gerando o número de sinistro 3180130905, **porém, a seguradora negou o benefício ao autor. Conforme negativa técnica em anexos.**

Ocorre Excelência que a parte autora teve comprometimento de 50% de sua perna esquerda em virtude do acidente de trânsito, porém a seguradora líder negou o benefício, estando até a presente data sem receber qualquer valor.

Responsável pelo pagamento das indenizações, afirma que o quantum devido deve obedecer Circular do CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), que reduz o valor a ser pago afirmando que cada órgão tem um percentual o que discordam com art. 3º e 5º ambos da Lei nº 6.194/74.



DA APROPRIAÇÃO DE VALORES INDEVIDOS

Com a alteração da Lei nº Lei nº 11.945/2009 o art. 3º da Lei 6.194/74 passou a prevê o seguinte:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores 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;

Essas modificações, que foram introduzidas na Lei 6.194/74 de que trata do seguro obrigatório de veículos automotores, denominado Seguro DPVAT, veio com o fito de reduzir apenas os encargos e contemplar das companhias seguradoras, as quais na grande maioria são multinacionais, e grandes operadores financeiros e grandes Bancos.

A Medida Provisória nº 340/2006 alterou a Lei 11.482-07, colocou os beneficiários da Lei 6.194/74 nas mãos das Companhias Seguradoras, em todos os aspectos legais que os beneficiavam, transformando a referida lei numa mera determinação do desejo e da vontade das seguradoras.

Ora, Douto julgador, não foi pago nada a parte autora, mesmo estando com 50% de perda na mobilidade de uma perna. Conforme tabela de DPVAT, enquadra-se na:

- **PERDA ANATOMICA OU FUNCIONAL DE UMA DAS PERNAS – 50% - R\$ 4.725,00;**

DO VALOR DEVIDO CONFORME LEI 11.482/2007

A Lei n. 11.482/2007 só fez referência à ocorrência do dano e não da tabela que fixa valores.

Diante disso, resta demonstrado a acidente através da declaração do SAMU que fez o socorro no local, prontuário do hospital e boletim de ocorrência, assim, a parte autora faz jus a quantia de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**.

Além de reduzir os valores devidos do DPVAT, que faz tomando como base Resolução, nasce o CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), não tendo força de lei, servindo apenas para escorar o ato ilícito praticado pelas seguradoras que exploram essas atividades no país.

Vale dizer que a Lei n. 6.194/74, determina que, haverá pagamento de indenização mediante a simples ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, porém, as seguradoras, dentre as quais figura



a recorrente, procuram se esquivar do DPVAT, com fundamento em resoluções e circulares que não estão de acordo com o dispositivo legal.

As provas colecionadas pelo requerente apontam a debilidade que ficou restrita ao autor. Além disso, segundo a determinação legal, será devido o pagamento da indenização mediante a simples ocorrência do acidente e da extensão do DANO por ele provocado.

DO DIREITO

A norma legal que rege a disciplina do DPVAR, não faz qualquer ressalva quanto a o pagamento de indenização, afirmando apenas que basta SIMPLES, ocorrência do acidente e do DANO, decorrente do acidente para que o beneficiário possa fazer jus à indenização.

A Lei n. 6.194/74, em seu art. 5º, não deixa margem para dúvidas quanto à percepção do DPVAT, afirmando que:

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.

A norma determina apenas a ocorrência do acidente e da extensão do dano, em momento algum, fala da exclusividade do IML, para atestar a debilidade, afirmando apenas que o instituto Médico Legal, também quantificará a lesão.

No mesmo sentido o art. 7º da Lei 8.441/92, determina:

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Diante disso, os valores serão pagos independentemente do veículo ter sido identificado ou mesmo a seguradora.

DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a vossa excelência, com fundamento no art. 186 do CC e art. 3º, II e art. º ambos da Lei nº 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida ao



pagamento da indenização no valor de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**., referente à complementação do seguro Obrigatório DPVAT, em face da invalidez sofrida pelo Autor, adquirida através de sinistro de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

1. Seja citada a promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, com fundamento no Art. 246, I, do Novo Código de Processo Civil Pátrio;
1. A parte demandante **desde já prescinde da audiência de conciliação**, haja vista, que na presente demanda é necessário a realização de PERICIA MEDICA NO (A) AUTOR (A). Assim, a realização da mesma se torna onerosa e sem êxito, tanto para as partes quanto para o Poder Judiciário, tudo conforme preceitua o artigo 319, VII, do NCPC;
1. Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas **provas documental, pericial, testemunhal que serão apresentadas independentemente de intimação, se assim for o entendimento do douto juiz:**
1. Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;
1. Requer ainda que caso a parte demandada não pague o valor da condenação no prazo (art. 475-J do CPC) de 15 (quinze) dias, passe a incidir sobre o montante, multa de 10% (dez por cento);
1. Finalmente requer a **gratuidade da Justiça** nos termos do art. 2º da Lei n. 1.060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei, bem como, com arrimo no artigo 98 e SS do Novo Código de Processo Civil;

Dá-se a causa o valor **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**., para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera deferimento.

Campina Grande, 23 de julho de 2019.



Wagner Luiz Ribeiro Sales

OAB/PB 18.251

José Leandro Oliveira Torres

OAB/PB 18.368





Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: stcadvocacia@hotmail.com
Tel: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB,**

RICARDO MARCIO FERNANDES, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304; por seu advogado, infra firmado, com procuração em anexos e endereço profissional situado na Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB, onde doravante recebe as notificações e intimações do feito, vem perante Vossa Excelência, propor a presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT,

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ Nº 09.248.608/0001-04, com sede no Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

DA JUSTIÇA GRAUITA

Inicialmente, diante das condições financeiras em que se encontra a promovente, necessita este da **Justiça Gratuita** para que possa ter acesso a Justiça e gozar do direito isonômico.

Nobre julgador, conforme art. 4º *caput* da Lei 1.060/50, a parte terá direito aos benefícios da assistência judiciária gratuita mediante simples afirmação de não poder arcar com as despesas provenientes do processo além dos honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.



Diante disso, procura-se poupar que alguém sinta-se embaraçado na busca e defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios financeiros. Não obstante, a prestação de assistência judiciária visa assegurar as garantias fundamentais preservando a igualdade e o acesso a Justiça.

BREVE RELATO DOS FATOS

O acidente de trânsito em que o autor foi vítima ocorreu no dia 15/12/2017 por volta das 19h35min, quando trafegava na Av. Floriano Peixoto, Campina Grande/PB.

O autor ia a “pe”, momento em que estava juntando reciclagem, quando foi atropelado por um veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após o atropelamento. Conforme boletim de ocorrência em anexos.

O autor foi socorrido pelo SAMU desta cidade e encaminhado ao hospital de trauma e urgência de Campina Grande, onde foi diagnosticada com algumas fraturas no fêmur na perna esquerda. Conforme laudo médico em anexos.

Diante do fato do sinistro em tela ser decorrente de acidente de trânsito, o **autor na posse dos documentos necessários, requereu administrativamente** o Seguro Obrigatório DPVAT, gerando o número de sinistro 3180130905, **porém, a seguradora negou o benefício ao autor. Conforme negativa técnica em anexos.**

Ocorre Excelência que a parte autora teve comprometimento de 50% de sua perna esquerda em virtude do acidente de trânsito, porém a seguradora líder negou o benefício, estando até a presente data sem receber qualquer valor.

Responsável pelo pagamento das indenizações, afirma que o quantum devido deve obedecer Circular do CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), que reduz o valor a ser pago afirmando que cada órgão tem um percentual o que discordam com art. 3º e 5º ambos da Lei nº 6.194/74.

DA APROPRIAÇÃO DE VALORES INDEVIDOS

Com a alteração da Lei nº Lei nº 11.945/2009 o art. 3º da Lei 6.194/74 passou a prevê-lo seguinte:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta lei compreendem as indenizações por morte, invalidez



permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores 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;

Essas modificações, que foram introduzidas na Lei 6.194/74 de que trata do seguro obrigatório de veículos automotores, denominado Seguro DPVAT, veio com o fito de reduzir apenas os encargos e contemplar das companhias seguradoras, as quais na grande maioria são multinacionais, e grandes operadores financeiros e grandes Bancos.

A Medida Provisória nº 340/2006 alterou a Lei 11.482-07, colocou os beneficiários da Lei 6.194/74 nas mãos das Companhias Seguradoras, em todos os aspectos legais que os beneficiavam, transformando a referida lei numa mera determinação do desejo e da vontade das seguradoras.

Ora, Douto julgador, não foi pago nada a parte autora, mesmo estando com 50% de perda na mobilidade de uma perna. Conforme tabela de DPVAT, enquadra-se na:

- **PERDA ANATOMICA OU FUNCIONAL DE UMA DAS PERNAS – 50% - R\$ 4.725,00;**

DO VALOR DEVIDO CONFORME LEI 11.482/2007

A Lei n. 11.482/2007 só fez referência à ocorrência do dano e não da tabela que fixa valores.

Diante disso, resta demonstrado a acidente através da declaração do SAMU que fez o socorro no local, prontuário do hospital e boletim de ocorrência, assim, a parte autora faz jus a quantia de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**.

Além de reduzir os valores devidos do DPVAT, que faz tomando como base Resolução, nasce o CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), não tendo força de lei, servindo apenas para escorar o ato ilícito praticado pelas seguradoras que exploram essas atividades no país.

Vale dizer que a Lei n. 6.194/74, determina que, haverá pagamento de indenização mediante a simples ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, porém, as seguradoras, dentre as quais figura a recorrente, procuram se esquivar do DPVAT, com fundamento em resoluções e circulares que não estão de acordo com o dispositivo legal.



As provas colecionadas pelo requerente apontam a debilidade que ficou restrita ao autor. Além disso, segundo a determinação legal, será devido o pagamento da indenização mediante a simples ocorrência do acidente e da extensão do DANO por ele provocado.

DO DIREITO

A norma legal que rege a disciplina do DPVAR, não faz qualquer ressalva quanto a o pagamento de indenização, afirmando apenas que basta SIMPLES, ocorrência do acidente e do DANO, decorrente do acidente para que o beneficiário possa fazer jus à indenização.

A Lei n. 6.194/74, em seu art. 5º, não deixa margem para dúvidas quanto à percepção do DPVAT, afirmando que:

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.

A norma determina apenas a ocorrência do acidente e da extensão do dano, em momento algum, fala da exclusividade do IML, para atestar a debilidade, afirmando apenas que o instituto Médico Legal, também quantificará a lesão.

No mesmo sentido o art. 7º da Lei 8.441/92, determina:

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Diante disso, os valores serão pagos independentemente do veículo ter sido identificado ou mesmo a seguradora.

DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a vossa excelência, com fundamento no art. 186 do CC e art. 3º, II e art. 5º ambos da Lei nº 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida ao pagamento da indenização no valor de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**, referente à complementação do seguro Obrigatório



DPVAT, em face da invalidez sofrida pelo Autor, adquirida através de sinistro de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

1. Seja citada a promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, com fundamento no Art. 246, I, do Novo Código de Processo Civil Pátrio;
2. A parte demandante **desde já prescinde da audiência de conciliação**, haja vista, que na presente demanda é necessário a realização de PERICIA MEDICA NO (A) AUTOR (A). Assim, a realização da mesma se torna onerosa e sem êxito, tanto para as partes quanto para o Poder Judiciário, tudo conforme preceitua o artigo 319, VII, do NCPC;
3. Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documental, pericial, testemunhal que serão apresentadas independentemente de intimação, se assim for o entendimento do douto juiz;
4. Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;
5. Requer ainda que caso a parte demandada não pague o valor da condenação no prazo (art. 475-J do CPC) de 15 (quinze) dias, passe a incidir sobre o montante, multa de 10% (dez por cento);
6. Finalmente requer a **gratuidade da Justiça** nos termos do art. 2º da Lei n. 1.060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei, bem como, com arrimo no artigo 98 e SS do Novo Código de Processo Civil;

Dá-se a causa o valor **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**., para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera deferimento.

Campina Grande, 23 de julho de 2019.



Wagner Luiz Ribeiro Sales
OAB/PB 18.251

José Leandro Oliveira Torres
OAB/PB 18.368





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00018.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/12/2017 **Hora:** 19:35:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Malvinas, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

COMUNICANTE	Nome: Maria Valéria Miguel de Assis%
	Conhecido por: Não informado
VITIMA	Filiação: Maria de Lourdes de Assis Machado e Cícero Miguel da Silva
	Idade: 32 Data de Nascimento: 04/02/1985 Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: união estável
	Escolaridade: Não informado Profissão: Do Lar
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.294-66
	Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 82, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98651-2705
	Nome: Ricardo Márcio Fernandes
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Ana Maria Ernesto Clemente e Carlos Antonio Fernandes
	Idade: 34 Data de Nascimento: 29/03/1983 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: união estável
	Escolaridade: Não informado Profissão: Servente
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 040.237.354-50
	Endereço: Travessa Oito de Dezembro, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98651-2705



2ª Delegacia de Acidentes de Veículos de Campina Grande - PB
Tabela: Maria de Fátima Leites Cavalcanti
Prédio do Bônus, 100, Centro - Campina Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 426 - III do CPC)
Campina Grande-PB 30/01/2019
Consulte a autenticidade em <https://seiodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: ACJ51921-SC05
Encl R\$2,38 ISS R\$0,12 Fepem R\$0,28 Fepj R\$0,44 *P R\$0,04



Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA	Nome: Fabricio Salvador da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Valdira Maria dos Santos e Fernando Salvador da Silva
	Idade: 29 Data de Nascimento: 12/11/1988 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.284-94
	Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 89, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98837-1761	
TESTEMUNHA	Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Tereza de Jesus Santos e Virgílio Rosa da Silva
	Idade: 45 Data de Nascimento: 23/09/1972 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Itaporanga D'ajuda
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Pedreiro
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 269.439.878-28
	Endereço: Rua Ariús, 65, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98666-4919	

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé no momento em que estava juntado reciclagem, quando foi atingida (Atropelada), por um Veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após ter atropelado se evadindo do local do acidente, logo a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Fêmur na perna esquerda, tendo esta sido socorrida pelo SAMU e encaminhado ao hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420



1^o Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Debitado: Maria de Fátima Lúcia Cavalcanti
Prço em R\$ 200,00, 100, 50,00 e 25,00 - PB

Proferenciado: @gma
R\$ 200,00 - 100,00 - 50,00 - 25,00

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé, (Art. 425 - III do CC).
Campina Grande-PB 30/01/2019
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: AGJ61922-C100
Emol R\$2,39 ISS R\$0,12 Farpem R\$0,28 Fspj R\$0,44 MP R\$0,04

CÉLIA MARIA BARBOSA
2^a Tab. Substituta

CARTÓRIO DE NOTAS
CAMPINA GRANDE-PB





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	15/12/2017	HORA:	19:35 HS	ID Nº:	1658902
NOME:	RICARDO MARCIO FERNANDES				
QUEIXA:	ATROPELAMENTO				
LOCAL:	AV. FLORIANO PEIXOTO - MALVINAS				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 19 de janeiro de 2018.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





energis.

Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica: 014 902
Cód. para Dik Automática: 0000001194

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	05/01/2018	02/02/2018	4890544520

UC (Unidade Consumidora): 4/3119-5

Tarifa Social de Energía Eléctrica - TSEE: información para la
 nº 10.438, de 28 de abril de 2023

CC: Códigos de Classificação do Item:	TOTAL	84.78	83.57	33.33	82.87	0.86	2.12
---------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO
1cad.6cb2.c13f.d646.dde5.428e.ee9c.9ba0

Circuito de Consumo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
CIC MENSAL	4,85	0,00			Reajuste de Tarif. de Energia/BO	13,80	10,37
CIC TRIMESTRAL	9,81		CONSUMO	200	Cobrança de Energia	12,42	30,79
CIC ANUAL	19,61				Reajuste de Transmissão	1,78	0,72
PIG MENSAL	0,31	0,00	CONTRATO		Recup. de Perdas	33,05	49,84
PIG TRIMESTRAL	0,32		LMF INFERIOR	300	Imposto Direto e Essencial	0,00	0,00
PIG ANUAL	12,73		LMF SUPERIOR	391			
DMS	2,77	0,00					
DMS	12,23				Total	64,70	100,00

Fonte: ENEC/Rel. 11/2017, 04/11/2016.

Faturas em atraso

* Sua unidade foi registrada como Balsa Recreio, nº 10, 25/06/2010, no RRT 25, 70.

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/01/2018	R\$ 64,78

83670000000-0 64780147000-4 00031192018-5 01300401019-8



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180130905**

Vítima: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Data do Acidente: **15/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180130905**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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. 0128101282 - carta_07 - INVALIDEZ



Carta nº 12602392





Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: stcadvocacia@hotmail.com
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: RICARDO MARCIO FERNANDES, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv, 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304;

OUTORGADOS: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES, OAB/PB nº 18.251, JOSÉ LEANDRO OLIVEIRA TORRES, OAB/PB nº 18.368, MARLLON LAFFIT TORRES FEITOSA PASSOS, OAB/PE 44.485, KAIO DANILO COSTA GOMES DA SILVA, OAB/PB 20.250 com escritório profissional na Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB;

PODERES: Atraves do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTES nomeia e constitui como seus procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedencia do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais e órgãos da administração publica direta e indireta, praticar quaisquer instancias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

CONTRATO DE HONORARIOS: NESTE INSTRUMENTO, LIDO E FIRMADO ENTRE AS PARTES, O OUTORGANTE COMPROMETE-SE A PAGAR AOS OUTORGADOS O PERCENTUAL DE 30% A TITULO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, CALCULADOS SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO (APURADO EM LIQUIDAÇÃO DE SENTENÇA) OU SOBRE O ACORDO FIRMADO ENTRE OS LITIGANTES.

Campina Grande/PB, 05 de agosto de 2018.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, **RICARDO MARCIO FERNANDES**, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304; **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

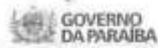
Campina Grande/PB, 04 de julho de 2018.

RICARDO MARCIO FERNANDES
RICARDO MARCIO FERNANDES



15/12/2017

HTCG-Formulário Administrativo



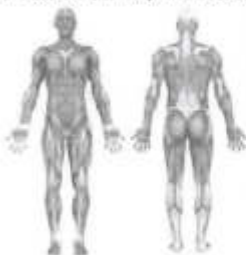
GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA -
PRONT (B.E) Nº: 1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES
Endereço: FLORIANO PEIXOTO Sexo: M Telefone:
Cidade: Campina Grande Idade: 034 Bairro: MALVINAS
Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE RG: 2899606 Nº: 0
CPF: Profissão:
Responsável: THAZIO DO PELO SAMU Data de Atend: 15/12/2017 CHS: 704195111622973
Estado Civil: CONVÊNIO: SUS
Motivo: ATRÓPELAMENTO POR CARRO Hora: 19:46:41 Especialidade:
Médico: CRM:

OBS: FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: *trauma em via*

EXAME PRIMAR DADOS CLÍNICOS

*Doença crônica de deslocamento recente impacta em
MIE, não há risco que seja trombose
na região do pulmão com MIE com 15% de
mudanças.*

RAIO X
REALIZADO EM:

15/12/17

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow *15* PA *15* HGT: *15* SatO2 *15*

*Ap. pulmão direito
Bto. MIE por MIE
de Hemodinâmica com MIE
de 15% de MIE*

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Neurologia* às *19:46* Dia *15/12*Especialista: *Neurologia* às *19:46* Dia *15/12*

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>AP. pulmão direito</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Wagner Luiz Ribeiro Sales
MÉDICO RESPONSÁVEL
CRM-PB-021

lprojeto/ocg/imp/urgencia.php?contato=1562773

1/2

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728032770000002244160

Número do documento: 1907231728032770000002244160

Num. 22933648 - Pág. 1

15/12/2017

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

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


Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

projeto/hclog/impreunanca.php?ocntar=1562773

2/2





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ricardo Marcio Fernandes		
End:	R: Nova	Bairro:	Flaviano Peixoto
Data de Nascimento:	29.03.83	Documento de Identificação:	
Queixa:	Atropelamento	Data do Atend.:	15.12.17
		Hora:	19:44
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas (X) Maca	

Estratificação

MOD. 110

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


- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional






Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1562851	
7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973		8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400	
15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">DOM em coto (E) pós trauma</div>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">Necessidade de TTD Cirurgico</div>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">Rx - X</div>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">fratura de fêmur (E)</div>		21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016296938549		29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/12/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">Wagner Falcao</div>		33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 1373	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		37 - CNPJ DA SEGURADORA 38 - Nº DO BILHETE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - COD. ORGÃO EMISSOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF 48 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	



Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

 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 SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1562851	
7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973		8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 0			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE		11 - TELEFONE DE CONTATO 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400	15 - UF PB
		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 10px;"> <p><i>Transtorno de ansiedade generalizada</i></p> </div>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"> <p><i>Transtorno de ansiedade generalizada</i></p> </div>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"> <p><i>Exames realizados</i></p> </div>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Transtorno de ansiedade generalizada		21 - CID 10 PRINCIPAL F41.1	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"> </div>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 			
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/12/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Wagner de Melo Falcao</i></p> </div>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO RILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR 	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 			



Diagnóstico

ORTOPEDI
ENTRADA 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALFA ORTOPEDICA

~~LEITO 9-2~~

[illegible]

MOD. 515



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12	12				100%		Recebi 12ml de concreto 12ml gato 12ml de 12ml de que os cuidados de enfermagem - 12ml	
29/12	17				100%		Recebi 12ml de concreto 12ml gato 12ml de 12ml de que os cuidados de enfermagem - 12ml	



Diagnóstico

ONTOP 1
L1112 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

FILE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34
----------	------------------------------

Alojamento

Leita

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/12	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	≤ 500	
	3 CEFOTRIMOXIMA 600MG + ABD EV 8/8H	18	
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO	20	
	5 DIBIBRONA 1g + ABD EV 8/8H	18	
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	18	
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	18	
	8 THAMAL 100MGL + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	18	
	9 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SH	18	
	10 OMEPRACOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	18	
	11 KARELYTO 15MG 1 CP VO DIA	18	
	12 CURATIVO 1 X DIA	18	
	13 SSW+CCGG	18	

Dr. Julio Cesar Castro
Oncologista Oncológico
CRM 103.945

Dr. Julio Cesar Castro
Oncologista Oncológico
CRM 103.945

POI Procedimento Cirurgico
Osteopático Sem Interferência
Co. Rx Control



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12/14	18:00				100/40		<p>Parar a medicação de dor administrar me- dicado contra os efeitos na função renal e cuidar do de enfermagem de</p>	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO		PRE OP		LEITO 9-2	
Paciente		Alojamento	Leito	Convênio	
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34					
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
27/12	1 DIETA LIVRE				
	2 MELCO SALINIZADO				
	3 SUPRINA 1g + ABQ EV 6/6H	12/12 12/06	* DHH #ORTOPEDIA		
	4 TILATIL 20MG + ABQ EV 12/12H S/N		BEG. estavel		
	5 TYLEX 300MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		sem intercorrência		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N				
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABQ EV 6/6H S/N				
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM	06	# CD: VPM		
	9 CLEXANE 40MG SC 1x DIA		Cirurgia 27/12/2019		
	10 300V+COGG		Solicite reserve CH		
Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PE-5906		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PE-5906			

MOD. 018



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12	08:00				110/80		Realizada limpeza de fixador, e preparado paciente para o teste	
					100/70			



FX DIAFISE FEMUR E

Convênio	10-9-2
----------	--------

Convênio	10-9-2
----------	--------

Evolução Médica

² CLEAXANE 40MIG SC 1KIDIA

ORTHOPEDIA

BEG. estate
sem intercession

CD: YPM

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE-9996

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

~~LEITO 9-2~~

[illegible]

MSB 019



Diagnóstico

ORTOP I
LEHTO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

[illegible]

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA

PRE OP

~~FX DIAFISE FEMUR E~~

~~LE/TO 9-2~~

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 9-2
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
23/12	1 DIETA LIVRE	SND	B. DIH		
	2 SF 0,9% 1500ML EV 3x/ 24H	HC	ORTOPEDIA		
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	HC	BEG. ESTÁVEL, SI O2/20mmHg		
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H SN	SN			
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN			
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN	SN	DOR (1) EVOLUÇÃO (1)		
	7 NAUSEDRON 2mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN			
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	✓			
	9 CLEXANE 40MG SC 1x/DIA	OK			
	10 SSVV+CCGG	CCGG FALTA M T N	CD: VPM Aperto crânio.		
Dr. João Paulo Oliveira Neves ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9561		Dr. João Paulo Oliveira Neves ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9561			



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50		73		100x60		Ref. com antecedente de colapso, feto cuidado geral medicado com feto curativo segundo seu quadro aos cuidados de enfermeira	
23/12	19:45		74		120x75	+	Ref. segue medicação em regime de acesso de 24 horas sem presença aquela cirurgia ortopedica aos cuidados de enfermeira	

Diagnóstico

DRTOP 1
LEUNG 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP *OK*

FX DIAFISE FEMUR E

ALFA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

[illegible]

MCO 118



Diagnóstico

ORTOP
LENGUE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP 051

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convênio
Data 29/07	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
1 OETA 1MBE				
2 SF 0,9% 1500ML EV p/z 24H	SAC	SAC SAC		
3 DIFIRONA 1g + ABD EV q/6h	12 18 24 DS		6 - DIH #ORTOPEDIA	
4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN SN			
5 TYLEX 30MG 1 CP VO q/6 H SE DOR	SN SN		BEG estável sem intercorrências	
6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV B/8H S/N	SN SN			
7 NALFETISON 8mg/ml 1FA + ABD EV B/8H SN	DS DS		# CD: VPM Agido de cirurgia	
8 OMEPRAZOL 40mg + DEQUENTE EV / 8HUM	(S) (S)			
9 CLEXXANE 400MG SC BIDx4	Cf.			
10 SSIV+CLGG				

MCO 015



[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

10

OK

Paciente: RICARDO MARCOS FERNANDES Alojamento: 9-2 Convênio: RENOVA

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre	9:30	Al. fraco
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	10:30	hidratação
	3 - Dipirone 02 mL + S.F 10mL I.V. 8 / 8 h (lentamente)	10:30	dores pós.
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V. + S.F 0,9% 100mL I.V. 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	10:30	card. fr.
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente).	10:30	anti
	6 - C. C. Gerais	10:30	q
	7 Clavox 400mg se. 1x dia	10:30	



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
01/12/17	14:00				130/80		<p>Def. Aguda, no início de ganho de peso após episódio de vômito. Agia no 1º dia.</p>	
01/12/17	21:00				130/80		<p>Def. Aguda, no início de ganho de peso após episódio de vômito. Agia no 1º dia.</p>	



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

RICARDO MARCOS

Alojamento

10

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre		Reb. /
	2 - S.R.L. 500 ml I.V. 12 / 12 h.		ca. trauma expulsa
	3 - Dipirona 02 mL + S.F. 10 mL I.V. 8 / 8 h (lentamente)		f. ca
	4 - Cetoprofeno. 100 mg. I.V. + S.F. 0,9% 100 mL		do r. leve
	I.V. 12 / 12 h. (correr em 20 min.)		exame OK
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente).		Adm. /
	6 - C. C. Gerais		ampl. /
	→ Cefotaxime 1g IV 8h	30 PM	



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
11/07/17	08:30				109/80		paciente está bem, orientado verbalmente, com nível de consciência adequado, sem alterações de estado geral, sem sinais e sintomas de desidratação ou hipovolemia.	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

28/2

1-Dieta livre

2-5 RL 500 ml I.V. 12/12 h.

3-Dipirona 0,2 ml i.v. 8/8 h (lento)

4-Tilatitil 20 mg l.v. 12/12 h

5-Omeprazol 40 mg l.v. 01 X dia.

6-C.C.G

6-C, C, G.
→ Change from
to 1 X 114



May 5th 1876

Evolução Médica

2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

901.

BOLETIM DE ENFERMAGEM										
NOME: <u>Ricardo Marcio Fernandes</u>										
IDADE: <u>34</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>29/03/83</u> às : h								
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>30</u>								
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ortopedia</u>										
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:								
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:								
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:								
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:								
PRESSÃO 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"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>								
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>									
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>									
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>									
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>									
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>									
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>									
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:					
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM										
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:	<u>AUP em MSD</u>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO					CD/FR:			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
<input type="checkbox"/>					CD/FR:					
					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
					FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><u>Lenice Vieira das Mercês</u></p> <p>Enfermeira</p> <p>CRP 305-052</p> </div> <div> <p>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <p>APRAZAMENTO</p> <p>ASSINATURA</p> </div> </div>										
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.										
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.										
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.										
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.										
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).										
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.										
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.										
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.										
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.										
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.										
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.										



[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 9\5

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Rueda Marcos		16	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
7/7/12	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALTINIZADO 3 DIPIRONA 20ML EV 8/H 4 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM 5 TRAMAL 100MG + 300ML SF 0.9 EV 8/H 5/N 6 TYLEX 30MG 1 CP VO 4/6 SE DOR 7 NAUSEDRON 1 TA + AD EV 8/H 5/N 8 TRATE 20 mg + AD - EV 12/12H 5/N 9 CEEKANE 40 UF-SC 2x/DIA 10 SSVV + COGG	<div style="text-align: center;"> <p>Handwritten notes: "BEG estável sem intercorrências", "# CD: VPM". Signatures: "Dr. Carlos Roberto de Almeida", "Dr. Alexandre de Souza", "Dr. João Paulo de Souza".</p> </div>	

MDD: 029



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

0000-0000-0000-0000

fixiert sein

Paciente	Ricardo Mota	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	--------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/12	1 DIETA LIVRE	5h	
	2 JELCO SALINIZADO	et	
	4 DIPRONA 2ML EV 6/8H	15-16 26.08	ORTOPEDIAS DIA ____
	5 OMEPRACOL 40MG EV JERUM	06	BEG. estavel sem intercorrências
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H 5/N		
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/8 SE DOR		
	8 NAU/SEDIRON 3 FA + AD EV 8/8H 5/N		
	9 TILATIL 20mg + AD - EV 12/12h 5/N		140. VPM
	10 CLEXANE 40 UI - 50-1a/DIA		
	11 SSVI + COGG		
	Dr. Julio Cesar Castro Médico de Família CRM-1 - 9865, Criciúma - 8320		

840.038



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(a) Distinction de la

Paciente	Ricardo Marcos Fernandes	Alojamento		Leito	10	Convênio	
----------	--------------------------	------------	--	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/12	<p> 1) Difenidramina 1500mg (12) 1/24h 2) Difenidramina 20mg (12) 6/6h 3) Difenidramina 20mg (12) 12/12h 4) Cloridrato de Propofol 100mg (12) 1/24h 5) Tylex 500mg/30 (12) 6/6h </p> <p>  </p>	<p> 21/06 24/06 25/06 24/06 </p>	<p> BSC, 19/12/21. CD: UGH 60% per-2h  Dr. Wagner Faria RICHARDSON TRANZOLDEI CRM 179188/21 </p>

Dr. Wagner-Petersen
REGIONALE POLITIK
09.08.2015

CD: VPH
601. Per. 2A
Drs. Vignati, Pili
ATTORNEI A TRANSMUTAZIONE
2011-10-10



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Linsane Registro: 9 Leito: 2 Setor Atual: GU

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Registro: 3 Leito: 1 Setor Atual: 005

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausulta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ___/___/___ Hora:

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

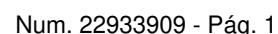
() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricarda Márcio Registro: 9 Leito: 1 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente (✓) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (✓) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: (✓) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (✓) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(✓) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(✓) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (✓) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USF</u> Data da punção: <u>8/12/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas	Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado (X) Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>MIÉ e insônia</u>	
<u>Paralelo quanto ao de dos intima</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Gelsa S. M. Sales</u>	
DATA: <u>26/12/17</u>	HORA: <u>17:00</u> h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Mario Fernandes Registro: Leito: 9-2 Setor Atual: ort 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

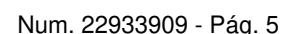
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Marcio Fernandes Registro: 83401 Leito: 9-2 Setor Atual: Ortop
Idade: 34 Sexo: M Cor: Estado Civil: União Naturalidade: Profissão:
Procedência: () Vermelha (☒) Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: / / / Data da internação no setor: 20/12/17
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
Telefone: Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade (☒) Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: l/min; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: Prejudicada
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O
(☒) Eupnéia* () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água
Data da inserção do dreno / / / Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:



SEGURANÇA FÍSICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme <input checked="" type="checkbox"/> Chelo.			
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSD</u>		Data da punção: <u>20/12/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT		Hora: Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica		Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas		Manifestações de sede: () <u>MI E</u>	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Pré-operatório / Pós-operatório</u>		Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>ERSantos</u>		DATA: <u>20/12/17</u> HORA: <u>17:50</u> h	
Eliângela Roseno dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PB 473385			

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Ricardo Marcelo Fernandes</u>									
IDADE: <u>30 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	<u>X</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: <u>40</u> / <u>01</u> às <u>00</u> h					
SETOR: <u>Amarela</u>				LEITO: <u>40</u>					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO		<input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO		<input type="checkbox"/>	HIPERTENSO		<input type="checkbox"/>
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		<input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE		<input type="checkbox"/>	ORIENTADO		<input checked="" type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO		<input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO		<input type="checkbox"/>	EUPNÉICO		<input checked="" type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		<input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA		<input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA		<input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA		<input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA		<input type="checkbox"/>	ANÚRIA		<input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA		<input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO		<input type="checkbox"/>	ACAMADO		<input checked="" type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA		<input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA		<input type="checkbox"/>	PARESIA		<input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO		<input checked="" type="checkbox"/>	SNG		<input type="checkbox"/>	SNE		<input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		<input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO		<input type="checkbox"/>	OBESO		<input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CD/FR:	<u>amb. com excesso de umidade</u>			
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:	<u>pele ressecada</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA				CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA					CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA				CD/FR:	<u>relato verbal de dor</u>			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:	<u>Diagnóstico</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE		<input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:	<u>Incap. de se cuidar sozinho</u>			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
<input type="checkbox"/>					CD/FR:				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					<u>30 22</u>				
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					<u>M M N</u>				
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					<u>sempre</u>				
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA PE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					<u>sempre</u>				

[illegible]

Sr(a): RICARDO MARCIO FERNANDES Protocolo: 0000375203 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 16-12-2017 11:31 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: Leito - 10

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/12/2017 12:05]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.800 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	136
Segmentados.....	74,0	5.032
Eosinófilos.....	1,0	68
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	21,0	1.428
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	136
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Luiz Martins
Liliane Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Emissão : 16/12/2017 13:27 - Página 1 de 1






Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Ricardo Maria Fernandes</u>	Idade: <u>34 ans</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>28/12/12</u>
Procedimento: <u>T+0 alongado de Fratura de Fêmur</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Yuri</u>	Auxiliar: <u>Dr. Julio</u>
Anestesista: <u>Dr. Taylah</u>	
Início: <u>14:20</u>	Término: <u>16:00</u>
Anestesia: <u>Raqui</u>	

[illegible][illegible]

Observações:


Tatyana Tavares da S. Oliveira
Médica CRP 075 8611
CPF: 075 162 124-23

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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


Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, 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 ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura
Tatiana de S. Oliveira
MÉDICA ANESTESIA 0811
CPF: 015.162.104-23

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ricardo Mauricio Fernandes DN 29-03-1983						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
			34 anos	1562773			
CIRURGIA: 1.º e 2.º crânio. Fratura de Fêmur		CIRURGIÃO: Dr. Yuri + Dr. Júlio					
ANESTESIA: Raqui		ANESTESIA: Dr. Taylor					
INSTRUMENTADORA: Rebeca		DATA: 28-12-17		INÍCIO: 14:20	FIM: 16:00		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catel. p/ Oxi.			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena			Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº			Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº			Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
01	Morfina 0,2% ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
01	Morfina amp.		Equipo de Sangue			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Espiradrapo Larco cm			Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml			Fio de Algodão Sutupak	
01	Quelicina ml		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml			Mononylon	
	Thionembulal ml		Intracath Adulto		03	Mononylon 2.0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Sertix	
03	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0 Proced. B			Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5			Vicryl Sertix	
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0		02	Vicryl Sertix 1	
02	Glicose amp.		Luvas 8.5				
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m				
	Heparina ml		Polifix				
	Kanakion amp.		PVPI Degemante ml				
	Lasix amp.		PVPI Tópico ml.		Qtd.	SOROS	
	Medrothinazol.		Sabão Antisséptico			SG Normotérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Saco coletor p/ lixo			SG Gelado fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 10 ml			SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 20 ml			SG Ringr fr 500 ml	
	Stuplanon amp.		Seringa desc. 05 ml		04	SG 500 ml	
	Cefalotina 1g		Sonda				
			Sonda Foley		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
			Sonda Nasogátrica			T.M.	
			Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml				
			Torçeira				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Latex				
	Agulha desc. 3 x 4,5		05 eletrodes				
01	Agulha p/ raque nº		04 eletrodes				
05	Álcool de Enfermagem						
	Álcool Iodado ml						
04	Ataduras de Crepon						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
					EQUIPAMENTOS		
					<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico		

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lucie R. Medeiros
 TÊC. DE ENFERMAGEM
 COREN - PB 703.722

MOD 066



Revista M... 2019-07-23

EFFL221 - 03

Revista M... 2019-07-23

Revista M... 2019-07-23

08

Revista M... 2019-07-23

03

08

08

08

08

08

08

08

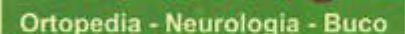
4 NO

MT

Revista M... 2019-07-23

Revista M... 2019-07-23





Nº 2968

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

RICARDO MATEO FERNANDES

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1562773

PROCEDIMIENTO REALIZADO

FRACTURA DE FEMUR (C)

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

28.12.2017

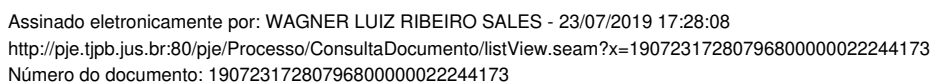
DR AMARO JORGE

OBSERVAÇÕES

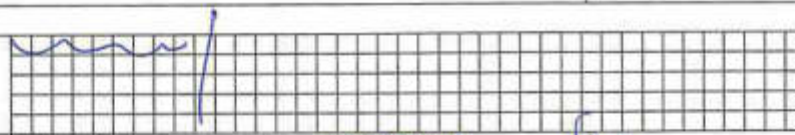
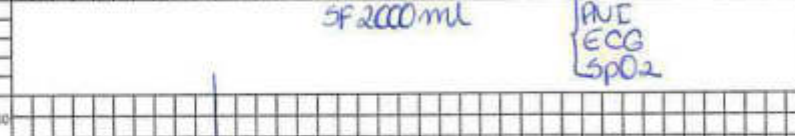
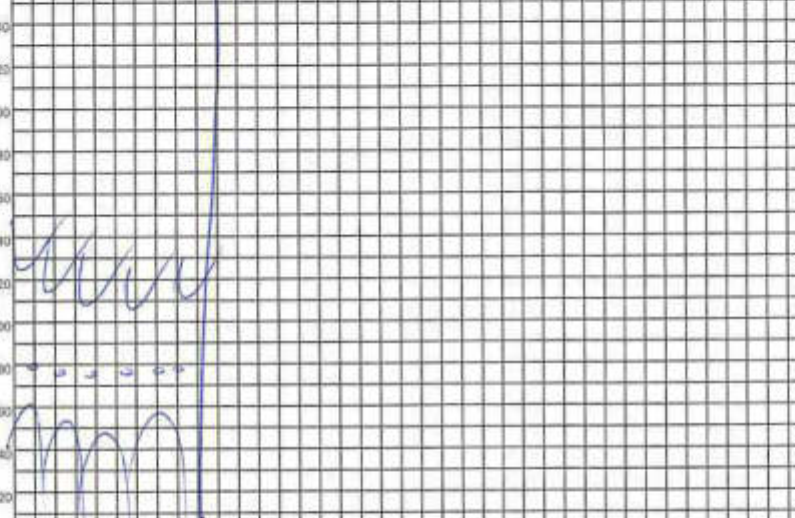
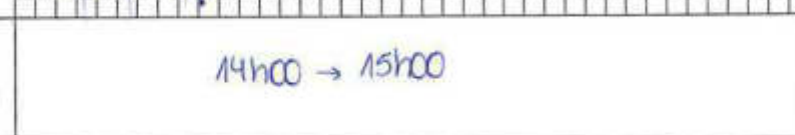
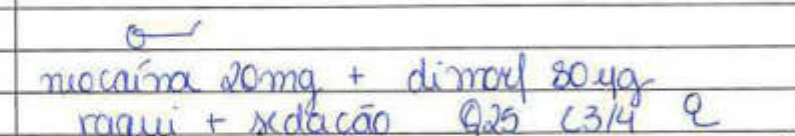

ex 4.5 SIMPLER $N=40$

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

حیات و علم



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Ricardo Márcio Fernandes</u>			IDADE: <u>39a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR
DATA: <u>25/12/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO morfina 1 di morf 1 celazodina 2 dipe rona 2 nauxedron 1 antak 1 ti latel 1 pentam. 1		
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
POSICÃO					Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
AGENTES	<u>morfina 20mg + di morf 80ug</u>						
TÉCNICA	<u>raqui + sedação 925 13/4 e</u>						
OPERAÇÃO	<u>Fratura de fêmur</u>						
CIRURGIÕES	<u>Yuri</u>						
ANESTESISTAS	<u>Taylah</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728079680000002244173

Número do documento: 1907231728079680000002244173

Num. 22933911 - Pág. 9



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Unidade de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	IDADE:	PRONTUÁRIO:
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA
ENTRADA: 14.00	PAUSA CIRÚRGICA	SAÍDA
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE <ul style="list-style-type: none">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTESÍTIO CIRÚRGICOPROCEDIMENTO A SER REALIZADOCONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE <ul style="list-style-type: none">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTESÍTIO CIRÚRGICOPROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <ul style="list-style-type: none">O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADOA CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAMBIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTEHOUE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
<input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: <ul style="list-style-type: none">ALERGIA CONHECIDA?<ul style="list-style-type: none">NÃOSIMVIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?<ul style="list-style-type: none">NÃOSIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVELRISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?<ul style="list-style-type: none">NÃOSIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none">SIMNÃO SE APLICA <input checked="" type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none">SIMNÃO SE APLICA	<p>Vital Lúcia M. Martins Téc. de Enf. Enfermagem COREN - PE 103.722</p> <p>Assinatura</p>





Nome do Paciente <i>RICARDO MARCIO FERNANDES</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/12/17</i>	Enf. <i>oncop. I</i>	Leito <i>9.2</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr Harrison (MR)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Yury (mat)</i>	3º Auxiliar <i>Dr Jilva (mat)</i>	Instrumentador <i>PRGSA</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Fêmur Distal (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Pré-ops em DDI 503 Anestesia</i>
2) <i>Assepsia + Antissepsia + Campos Estéril</i>
3) <i>Incris em Foco Linear 2 de Caxa (E) + Associação por placas + Hemostasia</i>
4) <i>Renovação completa de Fatura</i>
5) <i>Osteossíntese com placa de 10F + 8 parafusos</i>
6) <i>Exatidão de fô e sítio</i>
7) <i>Fechamento por placas</i>
8) <i>curativo</i>

Vinny de Oliveira Caldeira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 1080

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817574-45.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS, pois a causa não admite a autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência do exame pericial, requisito essencial para verificar a alegada invalidez do autor.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora apenas para ciência do conteúdo deste despacho.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 24 de julho de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817574-45.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS, pois a causa não admite a autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência do exame pericial, requisito essencial para verificar a alegada invalidez do autor.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora apenas para ciência do conteúdo deste despacho.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 24 de julho de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito



EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA
GRANDE/PB,

PROCESSO Nº 0817574-45.2019.8.15.0001;

RICARDO MARCIO FERNANDES, já qualificado nos autos do processo, vem perante Vossa
Excelência informar o que segue.

M.M juiz a presente demanda depende exclusivamente de perícia médica e existe convênio entre a
seguradora ré e o TJPB, Convênio nº 015/2014.

Desta formar, para da celeridade processual, requer a designação de perícia médica, intimando a ré para
efetuar o pagamento dos honorários periciais.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Campina Grande, 24 de julho de 2019.

Wagner Luiz Ribeiro Sales

OAB/PB 18.251

