

PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE

Tiago dos Reis Saraiva,
brasileiro (a), CASADO, Bombeiro Civil inscrito no CPF sob nº
055.796.364-82, podendo ser intimado (a) na Rua
Rua Onílio Ribeiro de Assis, 173. Bodocôco - C.Grande
- Paraíba, CEP: 58.480.000, neste ato nomeia e constitui como seu bastante
procurador e advogado

OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de Campina Grande - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, INSS, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o "alvará judicial", decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

E. Gomes - Paraíba, 18 de JUNHO de 2019

⇒

x Tiago dos Reis Saraiva.

Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Tiaco dos Rj Farias., brasileiro (a),
CASADO, BOMBEIRO CIVIL, inscrito no CPF sob nº 055-796-364-82
podendo ser intimado (a) na Rua
Onildo Ribeiro de Assis - 573 Bodocongo Paraíba.
Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

C. Brumse - Paraíba, 18 de JULHO de 2019

⇒ X Tiaco dos Rj Farias.

Declarante.



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como
contratante: TIAGO DOS RIS FRIAS, brasileiro,
CASNO BOMBAO CIVIL, inscrito no CPF sob nº
055.796-364-82 podendo ser intimado na Rua
RUA ONILDO DE ASSIS 12 173 BODOCONGO - C.Grande - Paraíba,
contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB
6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com
endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante
identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

- 1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar
ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora
Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;
- 2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na
lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor
correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba
sucumbencial a ser arbitrada pelo Juizo, da causa, firmados na clausula- *ad exitum* (quando o
pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);
- 3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos
contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos,
alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão
requerida;
- 4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a
parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da
causa;
- 5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a
expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer duvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de
CAMPINA GRANDE - Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

C. Grande - Paraíba, 18 de JULHO de 2019

⇒ Contratante: TIAGO DOS RIS FRIAS.

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____





Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:47
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216444635800000022206491
Número do documento: 19072216444635800000022206491

Num. 22893448 - Pág. 1

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

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

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

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

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

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

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, assim haverá tempo de auxílio.

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

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

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

Converse e discuta no trabalho predisponham a acidentes pela desatenção.

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

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

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Use equipamentos de proteção adequados à seu serviço.

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 96745 Série 00026 PB

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome TIAGO DOS REIS FARIA
Loc. Nasc. CAMPINA GRANDE Est. PE Data 30/06/1984
Filiação SEBASTIÃO DOS SANTOS FARIA/
MARLI DOS REIS FARIA
Doc. Nº SERT. NASC. N° 4.641, FLS. 61V, 61V 6-A.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 27/03/2002 DRT MASSARANDUBA-PB

Assinatura do Funcionário
José Aderaldo L. Machado
Emissor CTPS

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

四

Name
Doc.
Doc.

Est. Civil
Doc. Nascimento



14) **03.493.009/0001-70**
CONTRATO DE TRABALHO
 Iguatemi C. Grande
 Empregador: Av. Iguatemi, Centro, Cuiabá, MT, 1190
 Cidade: Cuiabá - MT
 CNPJ/MF: 00.125.000/0001-10
 Rua: Iguatemi C. Grande
 N°: 1190
 Município: Cuiabá
 Est.: MT
 Esp. do estabelecimento:
 Cargo: INVESTOR DE MALL
 CBO nº: 5103-10
 Data admissão: 15 de JUNHO de 2007
 Registro nº: 00125 Fis./Ficha: FIG
 Remuneração especificada: R\$ 400,37
 (Quatrocentos e dois reais e vinte e sete centavos) / mês
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 Condomínio do Shopping Center Iguatemi C. Grande
 1º 2º
 Data saída: 03 de Maio de 2014
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº:

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Vivante S/A
 CNPJ/CEI: 02.386.459/00027-29
 Rua: Avenida Tancredo Neves, 274
 Município: SALVADOR-BA
 Esp. do estabelecimento:
 Cargo: Bombeiro Civil
 Data admissão: 4 de Agosto de 2014
 Registro nº: 00207074
 Remuneração especificada:
 Salário: R\$ 1.101,10

Estado: BA
 CBO: 517110

Setoramento é extinta e um novo se torna o novo

VIVANTE S/A
 Paulo Seiiti Kanda
 Gerente de Unidade
 Vivante S/A

Fun: Tiago dos Reis Farias (213825)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída: de de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº:



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Basta para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 004.012.544



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Afonso, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

TIAGO DOS REIS FARIAS
RUA ONILDO RIBEIRO ASSIS 173 BODOCONGO III
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/233242-7

REFERÊNCIA
JUN/2019

APRESENTAÇÃO
19/06/2019

CONSUMO

80

VENCIMENTO

28/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 68,23

Acesse: www.energisa.com.br



DESENHE AQUI

TIAGO DOS REIS FARIAS

Roteiro: 13-401-600-3220

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/07/2019

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

28/06/2019

R\$ 68,23

233242-2019-06-2



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221644484200000022206506>
Número do documento: 1907221644484200000022206506

Num. 22893713 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

RUA RAIMUNDO NONATO DE ARAÚJO, S/N - CATOLÉ - CAMPINA GRANDE - 58.410160 -

OCORRÊNCIA Nº 000346/18

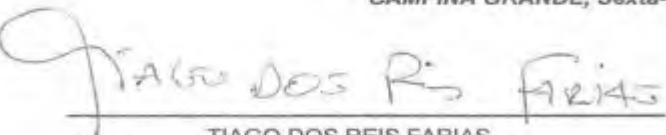
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000346/18 registrada em 26/01/2018, que passo a transcrever na Integra: Aos vinte e seis dias do mês de janeiro do ano de 2018, nesta cidade de CAMPINA GRANDE, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DEL. DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente o Bel. SEVERINO DE CARVALHO LOPES, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:07 horas, compareceu o Sr. TIAGO DOS REIS FARIAS, com 33 anos de idade, filho de SEBASTIÃO DOS SANTOS FARIAS e MARLI DOS REIS FARIAS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão INSPECTOR DE MALL, portador da Cédula de Identidade Nº 3001391, expedido pela SSP-PB, residindo à rua - ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, 173., bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE - PB, celular 9-8869-0800.

Declarou que:

QUE, no dia 12.01.2018, por volta das 14:02hs, pilotava sua Motocicleta Honda/BIZ 125 KS, Ano/Modelo 2010/2010, de cor Preta, de Placas MOV-2213/PB, Chassi de Nº9C3JC4210AR113875, Licenciada em nome do comunicante Thiago dos Reis Farias, na Avenida Almeida Barreto, bairro Quarenta, momento em que a condutora de um Veículo palio de cor branco e demais sinais e condutor não identificado, que cruzou a via e colidiu na traseira da moto em que o comunicante pilotava, em consequência do fato e a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Tornozelo do Pé esquerdo, tendo sido socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital HAPVIDA (Clinica Orto e Trauma de João Pessoa-PB - PACG, conforme documento em anexo, diante do exposto prestou o presente boletim e solicita as devidas providências, junto aos órgãos competentes. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

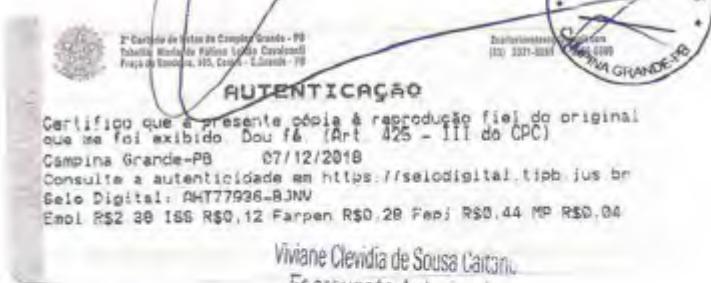
CAMPINA GRANDE, Sexta-feira, 26 de Janeiro de 2018


TIAGO DOS REIS FARIAS

Declarante


ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão



Viviane Clevidia de Sousa Caetano,
ESCRIVÃO DE POLÍCIA





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PB			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
EXPIRAÇÃO: 26/08/2019			
VIA:	COD. RENAVAM:	R.N.T.C.:	EXERCÍCIO:
1	0020251385-8	00/00000000	2018
NOME: TIAGO DOS REIS FARIAS			
CPF / CNPJ:		PLACA:	
05579636482		MOV2213 / PB	
PLACA ANT.:	PR	CHASSI:	
NOVO		9C2JC4210ART113875	
ESPECIE:		COR:	
PAS/MOTONETTA/NAO APLIC		GASOLINA	
HONDA/BIZ 125 RS		MARCA / MODELO:	ANO:
2 P/124 /CI		CATEGORIA:	CO. PROPRIETÁRIO:
COTA ÚNICA:		00/00/0000	VENC. COTAS:
T		1 ^a	
P		2 ^a	
V	PARCELAMENTO:	0	PARCELAMENTO COTAS:
A			3 ^a
PREÇO REFERÊNCIA:		SEGURÓ:	PAG.º: 10/05/2018
A.F ADM DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA		VALOR:	
		0	
LOCAL:		DATA:	
CAMPINA GRANDE-PB		12/06/2018	
12424		90465	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013931196150 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 12/06/2018	
VIA 1	CNPJ/ONPU 05579636482	PAGA MOV2213/PB
00202513858	HONDA/B16 125 XS	MARCA/Modelo
- ANO FAB. 2010	CAT. TIRF. 9	Nº CHASSI 9C2JC4210AR113875
PRÊMIO TARIFÁRIO		
VALOR DO BILHETE (R\$)	DESENHO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	PAGAMENTO DATA DEQUITAÇÃO 10/05/2018
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 05.295.000/0001-04		



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Balbino

ASL-0180298/19

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do acidente: 12/01/2018

CPF: 055.796.364-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DOS REIS FARIAS

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro Nova - 3190 349688

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

TIAGO DOS REIS FARIAS : 055.796.364-82

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: TIAGO DOS REIS FARIAS
CPF: 055.796.364-82

TIAGO DOS REIS FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04



SINISTRO 3190349688 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TIAGO DOS REIS FARIAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO TIAGO DOS REIS FARIAS

CPF/CNPJ: 05579636482

Posição em 22-07-2019 15:01:27

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445378900000022206781>
Número do documento: 19072216445378900000022206781

Num. 22893738 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190349688

Vítima: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Acidente: 12/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), TIAGO DOS REIS FARIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00327/00328 - carta_04 - INVALIDEZ



00080164

Carta nº 14408278



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445474600000022206784>
Número do documento: 19072216445474600000022206784

Num. 22893741 - Pág. 1



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: 12/1/2018	HORA: 14:02 HS	ID Nº: 1664792
NOME: TIAGO DOS REIS FARIAS		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV. ALMEIDA BARRETO - QUARENTA		
COMPLEMENTO: AO LADO DO QUARTEL.		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Escolher um item.		
<input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL HAPVIDA		

Campina Grande, 26 de janeiro de 2018.




Deoclécio 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



III

TIAGO DOS REIS FARIA

DATA DO EXAME: 11/04/2018

SEXO: M

SÉRIE: 1/1
IMAGEM: 1/2

HOSPITAL GERAL DA
PARAÍBA

DIREITO
TR 15022
TR 338

18 MAI 2019



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445662700000022206796>
Número do documento: 19072216445662700000022206796

Num. 22893953 - Pág. 1

|||

TIAGO DOS REIS FARJAS

SEXO: M

DATA DO EXAME: 11/04/2019

SÉRIE: 1/1
IMAGEM: 2/2

DIREITO
TR 15022
TR 338

HOSPITAL GERAL DA
PARÁBA



W: 1024x1512
3396



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445662700000022206796>
Número do documento: 19072216445662700000022206796

Num. 22893953 - Pág. 2

TIAGO DOS REIS FARIA

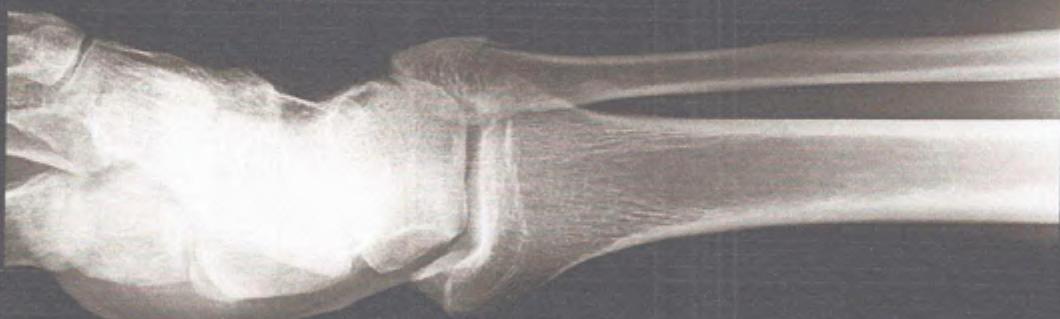
SEXO: M

DATA DO EXAME: 12/01/2018

SÉRIE: 1/3
IMAGEM: 1/1

DIREITO
TR-339

PRONTO ATENDIMENTO
CAMPINENSE



TIAGO DOS REIS FARIA

SEXO: M

DATA DO EXAME: 12/01/2018

SÉRIE: 2/3
IMAGEM: 1/1

FRONTO ATENDIMENTO
CAMPINENSE

DIREITO
TR-339



W: 4095 L: 2047
35%



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216445662700000022206796>
Número do documento: 19072216445662700000022206796

Num. 22893953 - Pág. 4

C. I. C. N. C. E.

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1579048 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Mawmás, Campina Grande, PB, CEP: 58.322-809 Data: 12/01/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Ana Paula Colaco De Araújo
PACIENTE: TIAGO DOS REIS FARIAS CEP:58010002 Nascimento:30/06/1984
Endereço:ONILDO RIBEIRO DE ASSIS Sexo:M Telefone: 988690800

Cidade:Campina Grande

Idade:033

Bairro:BOBOCONGÓ

RG: 3001391 N.º:173

Profissão:ROMBEIRO CIVIL

CPF: Data de

Atend.:12/01/2018 CNS:70 900883934215

CONVÉNIO:USJ

Hora: 17:17:18 Especialidade:

Médico:
CRM:

OBS FÍSICA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abdômen

2. Aorta

3. Artéria

4. Cervical

5. Crânio

6. Dor

7. Extremidades

8. Genital

9. Intestino

10. Movimento torácico/parácrural

11. Faringe

12. Arma branca

13. F. Agua de fogo

14. F. Coração

15. F. Coração

16. F. Coração

17. F. Coração

18. F. Parte superior do tronco



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID:





GOVERNO DA PARÁBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
ID: 1234567890		NOME: T. J. G. O. dos Prazeres		IDADE: 15		PRONTUÁRIO: 468	
EXAMES SOLICITADOS:		SEXO: M		COR: P		PESO: 50	
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		ALTURA: 1,65		CLÍNICA: 1	
DATA: 3/01/18		HORA DA SOLICITAÇÃO:		ENF.: 1		LEITO: 1	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO							



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Tiago dos Reis Faro	Bairro:	Boqueirão
End:	Onibus Deve ser de ônibus - 113	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	30.06.87	Data do Atend.:	13.01.18
Queixa:	Aço todo	Hora:	17:05
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

MOD. 116

Estratificação

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


Bruno Moura
AMBULATÓRIO
FAX: 3333-3552

CORRENTE ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



12/01/2018

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:44:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221644576650000022206798>
Número do documento: 1907221644576650000022206798

Num. 22893955 - Pág. 4



2018-1-12

HTCG-Painel Administrativo

Data da Internação: 12/01/2018 Hora: 18:02:53

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

TIAGO DOS REIS FARIA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1579081

7 - CARTÃO DO SUS

709008839342115

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/06/1984

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLI DOS REIS FARIA

11 - FONE DE CONTATO

83 988690800

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

ONILDO RIBEIRO DE ASSIS , 173 , BODOCONGO

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

Princípio clínico: dor + desidratação
 Rx: cl. Rx: TNZ.



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento -

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

Anamnese + ex + rx
 Rx: TNZ

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TO23

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Traumatismo de tópico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TO23

26 - CLÍNICA

02

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

(X) CNS () CPF

28 - DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296938549

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAGNER DE MELO FALCAO

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/01/2018

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES/INCIDÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

35 - SÉRIE

36 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

37 - CNPJ DA SEGURADORA

() CNPJ EMPRESA

38 - N° DO BILHETE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

39 - () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. ORGÃO EMISSOR

44 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

/ /

Data da interação: 12/01/2018 Hora: 18:02:53

Data da Internação: 12/01/2018 Hora: 16:02:55

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 TIAGO DOS REIS FARIA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1579081		
7 - CARTÃO DO SUS 709008839342115		8 - DATA DE NASCIMENTO 30/06/1984		9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARLI DOS REIS FARIA		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° BE INFONUM 988690800		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) ONILDO RIBEIRO DE ASSIS , 173 , BODOCONGO		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		
		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP 250400 PB 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pronto at 1000 kg de peso de 1000</i> <i>1000 kg de peso</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de hospitalização</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Pronto at 1000 kg de peso</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL IX T27		21 - CID 10 PRINCIPAL T023	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Intervenção cirúrgica Iognostamento de				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 06080004				
26 - CLÍNICA 02		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNIS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/01/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO				
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR (<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO (<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO (<input type="checkbox"/>) APOSENTADO (<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		38 - COD. ORGÃO EMISSOR		39 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 12/01/2018
40 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNIS (<input type="checkbox"/>) CPF		41 - Nº DOCUMENTO/CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		
42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 12/01/2018		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente A. J. C. P. M. S.

Alojamento

Leito

Convênio

95

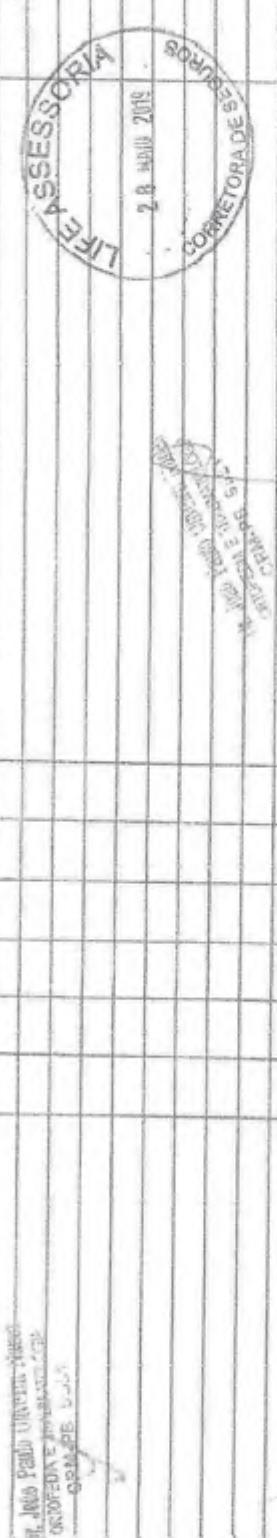
95

95

Data Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

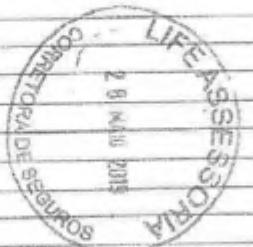


9

10

DIAGNÓSTICO



RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	PC	FR	HGT	DURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
14.01.18	120x80	-	-	-	-			Paciente consciente orientado sem dor e sangue nas escadas endemagmado de pernas Paciente com dor lombar	Ricardo da Silva Enfermagem N.PB432154
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA					INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA				
									





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:01
<http://pie.tjpj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450088000000022206806>
Número do documento: 19072216450088000000022206806

Num. 22893963 - Pág. 2



**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Tiffen
RHS FO

Paciente	Alojamiento	Lento	Convenio
----------	-------------	-------	----------





CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

Declaração de Acompanhamento

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____ compareceu a este hospital, no período de 24/01/2018 até 25/01/2018 como acompanhante do(a) Sr(a) TIAGO DOS REIS FARIAS para atendimento com o(a) médico(a) RAFAEL LARA DE FREITAS

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8784 TFO 9693

JOAO PESSOA, 25 de Janeiro de 2018.



R3001DA

RAFAEL LARA DE FREITAS

25/01/2018 07:27:53

10.1.32.202



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221645018700000022206811>
Número do documento: 1907221645018700000022206811

Num. 22893969 - Pág. 1

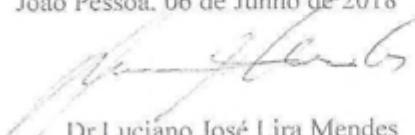
SISTEMA
HAPVIDA

LAUDO MÉDICO

Declaro para devido fins que o(a) paciente Tiago dos Reis Farias, foi atendido no HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA no dia 24/01/2018, vítima de acidente de trânsito com moto (sic),tendo o diagnóstico codificado com o CID-10 S82, submetido a tratamento cirúrgico da lesão.

Ante o exposto conclui que o paciente encontra-se de alta para retorno as atividades laborais e sem sequelas.

João Pessoa, 06 de Junho de 2018



Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290



440 - 2



HOSPITAL GERAL
DA PARAÍBA

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL LARA DE FREITAS

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Data do Atendimento: 25/01/2018

RECEITA

USO ORAL

1) MAXSULID 400 MG -----01 CX

TOMAR 01 COMP 12/12HS POR DIA DURANTE 7 DIAS

2) PARACETAMOL 750 MG -----10 COMP

TOMAR 01 COMP DE 12/12 HORAS

USO EXTERNO

1) CLOREXIDINE 0,05% -----01 TUBO

APLICAR NA FERIDA APOS LIMPEZA COM SORO FISIOLOGICO

USAR MULETAS DURANTE 3 SEMANAS

CURATIVO DIARIO

RETORNO EM 07/02 AS 08:00 NO PS DA HAPVIDA

MEXER COM O JOELHO

Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 3724 / TOT 9693



RP3000N

RAFAEL LARA DE FREITAS

25/01/2018 07:26

10.1.32.202



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221645018700000022206811>
Número do documento: 1907221645018700000022206811

Num. 22893969 - Pág. 3



Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expeditonários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **TIAGO DOS REIS FARIAS**, foi atendido neste Hospital no dia **24/01/2018**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme prontuário de nº **48233132**.

João Pessoa, 14 de Junho de 2018



293



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907221645018700000022206811>
Número do documento: 1907221645018700000022206811

Num. 22893969 - Pág. 4



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

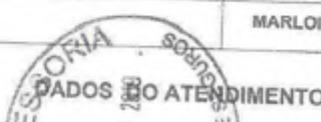
Atendimento
48233132



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

12/06/2018 09:05:20

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
12222787	TIAGO DOS REIS FARIAS		M	30/06/1984	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil		
3001391 SSP PB	5579636482		1-CASADO		
Endereço R APOI.ONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE-PB CEP:58401528					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe MARLOI DOS REIS FARIAS			



Setor	118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGP		
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
24/01/2018	13:30		
Médico Atendente 29446727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		Clinica	
Médico Acompanhante 29446727 LUCIANO JOSE LIRA MENDES		4-CIRURGICA	
Avaliação médica		Tipo Atendimento 0 INTERNACAO	

DADOS DO CONVENIO			
Convenio 1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	Plano VIVANTE S A	Z-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira 93070000307000024	Validade		

DADOS DA INTERNAÇÃO			
Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia 31906762 31906762	Procedimento 99996666 52150089	Senha C59584701 C59584701	Descrição INTERNACAO FRATURA BIMALEOLAR OU TRIMALEOLAR DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO





CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

HOSPITAL
Friburgo
AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS
58040-004 JOAO PESSOA - PB

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS

CRM: 8784

UF: PB

AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS

58040040 Tel.

Cidade:JOAO PESSOA

UF: PB

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS

Endereço: APOLONIO AMORIM 520 ALTO BRANCO CAMPINA GRANDE PB 58401528 Tel.

Prescrição: USO ORAL

2) KEFLEX 500 MG ----- 28 COMP

TOMAR 01 COMP DE 6/6 HORAS DURANTE 7 DIAS

1º Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS

CRM: 8784

UF: PB

AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS

58040040 Tel.

Cidade:JOAO PESSOA

UF: PB

D. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS

CRM: 8784

UF: PB

AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS

58040040 Tel.

Cidade:JOAO PESSOA

1º Via retenção da Farmácia ou Drogaria
2º Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS

CRM: 8784

UF: PB

AV JULIA FREIRE 1058 EXPEDICIONARIOS

58040040 Tel.

Cidade:JOAO PESSOA

UF: PB

J. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Data : 25/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident: _____
Orgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Date : 25/01/2018

IDENTIFICAÇÃO DO CONFRADOR

Nome:

Ident: _____
Orgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Ident: _____
Orgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident: _____
Orgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO CONFRADOR

Nome:

Ident: _____
Orgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Ident: _____
Orgão Emissor: _____

Cidade: _____
Telefone: _____

UF: _____

Assinatura do Farmacêutico Data: / /
Assinatura do Farmacêutico Data: / /



CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP

**HOSPITAL
"PARNAS**

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP.

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS

58000-004 JOAO PESSOA - PB

IDENTIFICAÇÃO DO ENVIANTE
Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS
CRM: 8794 UF: PB
AV JULIA FREIRE 1058 EXEDICIONARIOS
59040040 Tel.
Cidade: JONIO PESSOA UF: PB

1º Via reenvio da Farmácia ou Drogeria
2º Via orientação ao Paciente

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8741 EOT 9693

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

REBITUARIO	
INIDENTIFICAÇÃO DO EXTERVENTE	
Nome Completo: RAFAEL LARA DE FREITAS	
CRM-8784	UF: PB
AV. JULIO FREIRE 1058	EXPEDICIONARIOS
58040040 Tel.	

ROLE ESPECIAL

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA

Endereço: APOLOMÍO AMORM 520

Prescrição: USO ORAL

UNICRISTAL COMP 8/8 HS DURANTE 7 DIAS EM CASO DE DOR FORTE

卷之三

ANEXO II

IDENTIFICATION OF THE VARIOUS POLYNUCLEAR AROMATIC HYDROCARBONS IN THE SMOKE FROM CIGARETTES

Orgão Emissor:

side:
efone:

UF:

Assinatura do Farmacêutico Data: 1/1/1

Telefono:

Assinatura do Farmacêutico Data: _____



x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 12/06/2018 (09:01)

Paciente: TAGO DOS REIS FARIA S	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132
Convenção: APIVDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 15718550	Prontuário: 12222787
Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA - HGP	Leito: 04-HGP/I	Peso: 70,00 kg
1.DIETAGERAL.-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h ORAL	CRM-10582
2.Hidratação Venosa Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7,00 gts/min
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	mVKcal/dia 500 ml	Acesso Periférico
3.CEFAZOLINA SODICA (1,00g)	1g	IFRAP(C/IGR)
Aqua Destilada	10 ml	8/8h EV
4.PROFENID IV (100,00mg)	100 mg	12/12h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	CRM-10582
5.PLAMET (5,00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL. C/10MG\$8h EV
Aqua Destilada	18 ml	CRM-10582
6.TRAMADOL (50,00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL. C/100MG\$8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	SN
7,OMEPRAZEC (40,00mg)	40 mg	1 FRAP(C/40MG) 24/24h EV
Aqua Destilada	18 ml	CRM-10582
8.DIPIRONA (500,00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL. C/500MG\$6h EV
Aqua Destilada	18 ml	CRM-10582
9.CURATIVO MEDIO-SFI-GAZE ACOLCHOADA		
10.SINAIS VITAIS		CRM-0582
11.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS		CRM-0582
12.TALA BOTA		CRM-10582
Profissionais CRM-10582 ANDREA HATTORI NASRALA		



x

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página | de |
Emissão: 12/05/2018 09:01

Paciente: TÍAGO DOS REIS FARIAS Convenção: APIVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1A - ALA A	Dt. Nasc.: 30/06/1984 Nº Prescrição: 1572193 Leito: 1A-1102	Atendimento: 48233132 Pronunciado: 12222787 Peso: 70,00 kg
1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		
2.Hidratação Venosa Fase Única SORO FISIOLOGICO 0,9% 20.83	Vol. Total: 500 ml mL/Kcal/dia 500 ml	7,00 gts/min IFRAP(C)/GR)
3.CEFAZOLINA SODICA 0,009g Água Destilada	1g 10 ml	8/8h EV
4.PLAMET (5,00mg/ml) Água Destilada	10 mg 18 ml	2ML (AMPL C/10MG@8h EV
5.PROFENID IV (100,00mg) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg 100 ml	1FRAP(C)/100MG 12/12h EV
6.DIPIRONA (500,00mg/ml) Água Destilada	1000 mg 18 ml	2ML (AMPL C/500M@6h EV
7.TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% Alta vigilância	100 mg 100 ml	2ML (AMPL C/100M@8h EV SN
8.OMEPRAZEC (40,00mg) Água Destilada	40mg 18 ml	1FRAP(C/40MG) 24/24h EV
9.CURATIVO MÉDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA 10.SINAIS VITais 11.GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS 12.TALA BOTA 32.Alta em: 25/01/2018 Alta da enfermagem: RAFAEL LARA DE FREITAS Profissionais CRM-8784 RAFAEL LARA DE FREITAS		CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784 CRM-8784



FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:55

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOÃO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 293155 [1]	Nº: 18617366	25/01/2018	às 02:46

PACIENTE			
Estado Civil	CASADO	[1]	
Origem Do Paciente	Residência.	[1]	
PRÉ-OPERATÓRIO			
Tipo De Cirurgia	Eletiva.	[1]	
Data Da Cirurgia	24/01/2018	[1]	
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE TORNOZELO	[1]	
Pulseira De Identificação	MSE.	[1]	
Responsável Pelo Recebimento	IRENE	[1]	
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]	
Nome, dosagem, frequência	NAO	[1]	
Alergia- Descrição	NEGA	[1]	
Avaliação Das Condições Emocionais	Tranquila.	[1]	
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]	
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]	
Higienização	Sim	[1]	
Tricotomia	Sim	[1]	
Adornos, Esmaltes E Maquiagem	Sim	[1]	
Prótese	Sim	[1]	





REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:55

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): LUZIA BRITO FERREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 664944 [1]		Nº: 18619521	25/01/2018 às 07:42
DADOS DO PACIENTE			
Data De Nascimento	30/06/1984	[1]	
Sexo	Masculino.	[1]	
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ			
Hora	07:00	[1]	
Hora			
Descrição	RECEBI PLANTÃO COM PACIENTE EM 1ºDPO DE FRATURA DE TORNOZELO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, S/D, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. #APOS VISITA MEDICA PCT RECEBEU ALTA HOSPITALAR.		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450286200000022206817>
Número do documento: 19072216450286200000022206817

Num. 22893975 - Pág. 4



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:56

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): MARIA DA CONCEICAO BENTO FERREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 560390 [1]	Nº: 18617595	25/01/2018	às 03:25

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	30/06/1984	28 MAIO 2019	[1]
Sexo	Masculino.		[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora		[1]
------	--	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora	10:00	[1]
------	-------	-----

Hora		
------	--	--

Descrição	paciente evolui em poi de fratura de tornozelo em egr consciente orientado eupneico afebril sem queixas no momento.segue em observação.	[1]
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Hora	22:00	[1]
------	-------	-----

Hora		
------	--	--

Descrição	paciente medicada cpm.	[1]
-----------	------------------------	-----

Hora	04:00	[1]
------	-------	-----

Hora		
------	--	--

Descrição	paciente segue sono e repouso preservado.	[1]
-----------	-------------------------------------------	-----

Hora	06:00	[1]
------	-------	-----

Hora		
------	--	--

Descrição	paciente segue medicado e aos cuidados da equipe.	[1]
-----------	---------------------------------------------------	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM





CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOÃO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2	
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO 293155 [1]	PERMESSO COREN	Nº: 18617334	25/01/2018 às 02:43

DADOS DA ADMISSÃO		
Data Da Cirurgia	24/01/2018	[1]
Hora Da Cirurgia		[1]
Cirurgia	FRATURA DE TORNOCÉLIO	[1]
ANTES DE ENCAMINHAR AO CC		
Setor De Admissão Do Paciente	INTERNACÃO	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Autorização Do Paciente	Sim.	[1]
Avaliação Pré-Anestésica	Sim.	[1]
Informação De Lateralidade Pelo MA	Sim.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não.	[1]
Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva De Sangue	Não.	[1]
Tricotomia Até 2 Horas Antes	Não.	[1]
Higienização	Sim.	[1]





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A		Leito: 1A-110/2
Profissional(is): IRENE CIPRIANO DE OLIVEIRA CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 293155 [1]		Nº: 18617287	25/01/2018 às 02:36

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	21:20 Paciente admitido neste setor procedente do bloco em POI de fratura de tornozelo, EGR, consciente, orientado, eupneico, fo oclusa, nega alergia, diurese espontânea, segue em observação eaos cuidados da equipe.	[1]
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Acesso Periférico	Sim	[1]
-------------------	-----	-----



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450286200000022206817>
Número do documento: 19072216450286200000022206817

Num. 22893975 - Pág. 7



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:57

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	DL Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A		Leito: 1A-110/2
Profissional(is): ANDREA BORGES MACEDO, ENFERMEIRO(A), COREN 214819 [1]	Nº: 18619539	25/01/2018	às 07:42
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Evolução de enfermagem	Paciente evolui em 1ºDPO Fratura de Tornozelo D., orientado, consciente, afibril, eupneico, anicterico, acianotico, deambulando c/ajuda, aceitando dieta vo, diurese espontanea, medicado cpm, alqueixas no momento, segue aos cuidados da equipe de enfermagem.		
	[1] Alta hospitalar.		
PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
Outros	Sim		[1]



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450406300000022207029>
Número do documento: 19072216450406300000022207029

Num. 22893988 - Pág. 1



EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:56

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A		Leito: 1A-110/2
Profissional(s): RAFAEL LARA DE FREITAS, MÉDICO, CRM 8784 [1]	Nº: 18619166 25/01/2018 às 07:24		

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente 1 DIH [1]

ID 33
HD FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

CIRURGIA: OSTEOSINTSE DO MALEOLO LATERAL

BEM SEM QUEIXAS

EQUIPE: DR. LUCIANO LIRA
DRA. ANDREA NASRALA

PROGRAMAÇÃO:
- ALTA
- TALA BOTA
- ANALGESIA E ANTIBIÓTICO
- RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450406300000022207029>
Número do documento: 19072216450406300000022207029

Num. 22893988 - Pág. 2



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Pagina 1 de 1

12/06/2018 08:52

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIA	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48217759	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): LUCIANO JOSE LIRA MENDES CRM 4290 [1]	Nº: 18584401 24/01/2018 às 07:27		
ANAMNESE			
Queixa Principal	DOR		
Queixa Principal	[1]		
CID10	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL		
Queixas e Sintomas Gerais	DOR NO TNZ APÓS ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 12 DIAS (SIC) AO EX: DOR E EDMEA CD: INTERNAÇÃO		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			





DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
12/06/2018 08:54
01012_000

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAZ	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 15721309	25/01/2018 às 02:39	
Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2		
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR	Manhã	Tarde	Noite
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Manhã	Tarde	Noite

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RENOVAR ACESSO VENOSO	07:00		
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã	Tarde	Noite

10 - RISCO DE SANGRAMENTO

Relacionado a: TRAUMATISMO

MANTER PRESSÃO OU CURATIVOS OCLUSIVOS	07:00	19:00
---------------------------------------	-------	-------





RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:56

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787		
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO 1A - ALA A	Leito: 1A-110/2			
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS, MÉDICO, CRM 8784 [1]	Nº: 18619247 25/01/2018 às 07:28				
DIAGNÓSTICOS					
CID10 S826 FRAT DO MALEOLO LATERAL [1]					
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS					
Cirurgia Realizada	OSTEOSSINTESE		[1]		
Cirurgião	DR LUCIAN LIRA		[1]		
ALTA / TRANSFERÊNCIA					
Paciente Melhorado	Sim		[1]		





PLANO TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:59

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA		Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA	Leito: 04-HGP/1
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO, CRM 10582 [1]	Nº: 18606430 24/01/2018 às 17:12		

IDENTIFICAÇÃO

Nome	TIAGO DOS REIS FARIAS	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	33 A 6 M	[1]
Data De Nascimento	30/06/1984	[1]
Nº Atendimento	48233132	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S826 FRAT DO MALEOLO LATERAL	[1]
----------------	------------------------------	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Principal	OSTEOSSÍTESE DO TORNOZELO DIREITO	[1]
-----------	-----------------------------------	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	2 Dias	[1]
---------------	--------	-----



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 22/07/2019 16:45:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072216450406300000022207029>
Número do documento: 19072216450406300000022207029

Num. 22893988 - Pág. 6



BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 08:59

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: 04-HGP/1		
Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA MEDICO CRM 10582 [1]	Nº: 18606654	24/01/2018	às 17:18
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL [1]		
Diagnóstico Cirúrgico	[1]		
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	24/01/2018 [1]		
Cirurgia	OSTEOSSINTESE DO MALEOLO LATERAL [1]		
Cirurgião	DR. LUCIANO LIRA [1]		
1º Auxiliar	DRA. ANDREA NASRALA [1]		
Anestesista	DR. ITALO [1]		
Descrição Cirúrgica	1- ANESTESIA + GARROTEAMENTO MID 2- ANTISEPSIA + ASSEPSIA 3- COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO 4- INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL E TENOLISE DO TIBIAL POSTERIOR 5- REDUÇÃO CIRURGICA DE FRATURA DE MALEOLO LATERAL COM PLACA 1/3 TUBO E 05 PARAFUSOS CORTICais 3,5 MM E FIXAÇÃO DA SINDESMOSE COM 1 PARAFUSO SUPRASINDESMAL 6-CONTROLE FLUOROSCOPICO SATIFATORIO + SUTURA + CURATIVO COMPRESSIVO [1]		





EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

12/06/2018 09:00

Paciente: TIAGO DOS REIS FARIAS	Dt. Nasc.: 30/06/1984	Atendimento: 48233132	Prontuário: 12222787
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA	Leito: 04-HGP/1	

Profissional(is): ANDREA HATTORI NASRALA, MÉDICO, CRM 10582 [1]	Nº: 18606482	24/01/2018	às 17:13
-----------------------------------------------------------------	--------------	------------	----------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	# PACIENTE OPERADO #	[1]
ID 33 HD FRATURA DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO CIRURGIA: OSTEOSINTSE DO MALEOLO LATERAL EQUIPE: DR. LUCIANO LIRA DRA. ANDREA NASRALA PROGRAMAÇÃO: - ALTA 1º PO - TALA BOTA - ANALGESIA E ANTIBIÓTICO - RETORNO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL		





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESES

Diagnóstico

Ler 9

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK
S
Folha de tratamento e evolução



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento,
comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 17 de Janeiro de 2018
Diogo dos Reis Farias
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer
outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

MOD. 042



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <i>Raquel dos Anjos Ferreira</i>	IDADE: 33	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	AS: h:
SETOR:	LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTINUA:	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:	DISPENÉICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPENICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEICO	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD	
MOBILIDADE:	DUSURIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	S' DEFICITE MOTOR	
	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULAC/APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO	
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>			
SIST. GAS. RÔMTEATINAL (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	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR:				
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
NAUSEA	CD/FR:				
DOR AGUDA <input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA CD/FR:				
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
DEFÍCIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/>	PARA BANHO <input type="checkbox"/>	CD/FR:		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
<i>Raquel dos Anjos Ferreira</i> ENFERMEIRA COREN 262-44	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRIMAMENTO	ASSINATURA	
<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 CATETER DE 02 A 03ML/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 type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).					
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.				<i>S.J.A.</i>	

100-45



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
2ª VARA CÍVEL**

Processo n° 0817419-42.2019.8.15.0001

AUTOR: TIAGO DOS REIS FARIAS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;
2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber:
 - a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;
3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juiz**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;
4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).
5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;
6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º da legislação processual civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;



7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do Código de Processo Civil;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do Código de Processo Civil, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do mesmo diploma;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC), salvo as exceções previstas no art. 345 do Código de Processo Civil;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do Código de Processo Civil, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.



Assinado eletronicamente por: ELY JORGE TRINDADE - 06/09/2019 12:05:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090610131520900000023429244>
Número do documento: 19090610131520900000023429244

Num. 24193159 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:08:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518080156900000023654052>
Número do documento: 19091518080156900000023654052

Num. 24431399 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
2ª VARA CÍVEL – COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo nº 0817419-42.2019.8.15.0001

AUTOR: TIAGO DOS REIS FARIAS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA OAB: PB16928 Endereço:
desconhecido

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** a parte **promovente** na pessoa de seu procurador(a) e advogado(a) acima nominado(a), do teor do despacho/decisão **ID 24193159**.

Campina Grande-PB, 15 de setembro de 2019

De ordem, SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:08:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518080156900000023654052>
Número do documento: 19091518080156900000023654052

Num. 24431399 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:08:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518080156900000023654052>
Número do documento: 19091518080156900000023654052

Num. 24431399 - Pág. 3

CAMPINA& ADVOGADOS ASSOCIADOS

Emmanuel Saraiva Ferreira

Wamberto Balbino Sales

Rua Floriano Peixoto, 4519, Malvinas

Campina Grande - Paraíba

Tel.: (84) 9.9991-1313

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CIVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE, ESTADO DA PARAÍBA.

PROCESSO: 0817419.42.2019.815.0001

REQUERENTE: TIAGO DOS REIS FARIAS

REQUERIDO: SEGURADORA LIDER DE CONSORCIOS DPVAT

TIAGO DOS REIS FARIAS, devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representado por seu advogado que esta subscreve, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que promove em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. expor e requerer o seguinte:



A parte autora ajuizou a presente demanda, em face de ter sido vítima de acidente de trânsito, encontrando-se com debilidade permanente, razão pela qual, pleiteia a presente demanda com o fito do recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

De certo, conforme entendimento do STF, todos os casos de indenização por debilidade permanente (invalidez), torna-se imprescindível a realização da prova pericial, para que seja quantificado o grau de debilidade na região corporal afetada, de acordo com a Tabela disposta na Lei 11.945/2009, que estipula o percentual máximo para cada membro afetado.

Dessa forma, pugna o autor pela realização de prova pericial e com base no Convênio de Nº 015/2014 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, que esta seja intimada a realizar o pagamento dos honorários periciais, sendo nomeado um perito da confiança deste Juízo para promover a perícia médica no requerente, informando ainda, o desinteresse do autor na realização da audiência de conciliação, considerando que a Seguradora Líder, em ações similares, não apresenta proposta de acordo antes da realização da prova pericial.

Nestes Termos,

Pede Deferimento,

Campina Grande - Paraíba, aos 16 DE SETEMBRO DE 2019.

Bel. Emmanuel Saraiva Ferreira

OAB/PB 16.928

