

PROCURAÇÃO

NOME: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	ESTADO CIVIL: DIVORCIADA
PROFISSÃO: CUIDADORA	C.P.F.: 067.655.964-61
ENDEREÇO: RUA FRANCISCO INÁCIO, CONJ. VERA CRUZ, N° 112, ALAGOA GRANDE - PB	

OUTORGADOS: LIANA VIEIRA DA ROCHA GOUVEIA, advogada, inscrita na OAB/PB, sob o n° 24338, PRISCILLA GOUVEIA FERREIRA, OAB/PB 19.491; e EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA, OAB/PB 25.124, com endereço profissional na Rua JOÃO PESSOA, 1210, CENTRO, ALAGOA GRANDE-PB, onde recebe intimações de estilo (art. 39 do CPC).

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda aos Advogados acima descritos, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3° da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPD). Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: O(a)(s) outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4° do art. 5°, da Lei n° 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPD.

Alagoa Grande/PB, 06 de setembro de 2019.

Priscila do Nascimento Cardoso Silva
OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.920:

Priscila do Nascimento Cardoso Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 11.270.355 DATA DE EMISSÃO 18 JUN 2005

NOME PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

FILIAÇÃO Antonio Silva
Maria Margarida do Nascimento Cardoso

Rio de Janeiro RJ 25.01.1987

NATURALIDADE Cert. Nasc. 20929-Fls. 129. Liv. A. 128

Doc. 01841 Rio de Janeiro RJ.

CPF 011.111.111-11

João Pessoa - PR DO SOLOMO DE VASCONCELOS GALVÃO
DIR. DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Sistema Único de Saúde

PRISCILA D. N. CARDOSO SILVA

Data Nasc.: 25/01/1987 Sexo: F

705 0090 4325 4652

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intencional.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
067.655.964-61

Nome
PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Nascimento 25/01/1987

15 de NOVEMBRO de 1994

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

DATA DE NASCIMENTO 25/01/1987	Nº INSCRIÇÃO 0349 7375 1236	D.V. 009	SEÇÃO 0103
----------------------------------	--------------------------------	-------------	---------------

MUNICÍPIO / UF
ALAGOA GRANDE/PB

DATA DE EMISSÃO
22/08/2017

JUIZ ELEITORAL

VÁLIDO S. Dea. Maria das Graças Melo Guedes
Presidente do TSE RJ



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 030.513.261



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO CARDOSO
RUA FRANCISCO INACIO 112
ALAGOA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/57218-0

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

05/09/2019

CONSUMO

159

VENCIMENTO

12/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 160,45

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 05795.846178 9 80100000016045				
Pagador: MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO CARDOSO CNPJ/CPF: 981.359.967-72				
RUA FRANCISCO INACIO 112 - VERA CRUZ - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005795846	000057218201909	12/09/2019	R\$ 160,45	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

X Sabrina M. Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

[illegible]

rojetohctg/impreurgencia.php?contar=1820811

2/2



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195530500000023643159>
 Número do documento: 19091317195530500000023643159

Num. 24420004 - Pág. 1

2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1820811 CLASS. DE RISCO: AMARELO

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: 26/01/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Renally De Almeida CamposPACIENTE: PRISCILA DO
NASCIMENTO CARDOSO
Endereço: FRANCISCO INACIO

CEP: 58400002

Nascimento: 25/01/1987

Sexo: F

Telefone: 991029558

Cidade: Campina Grande

Idade: 032

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA MARGARIDA DO
NASCIMENTO

RG: 3127038

Nº: 112

Responsável:

Data de

CNS: 4754352412

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 26/01/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: QUEDA DE MOTO

Hora: 06:04:42

Especialidade:

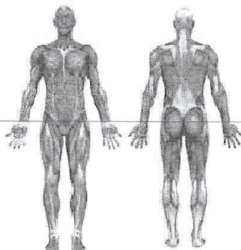
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Fract. dos ossos do antebraço

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ewerton Augusto Coutinho Pereira
Ortopedista - Cirurgião de Joelho
CRM PB 6948

projetohtcg/impurgencia.php?contar=1820811

1/2

Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195530500000023643159

Número do documento: 19091317195530500000023643159

Num. 24420004 - Pág. 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital Trame da CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital Municipal Al. grande

NOME DO PACIENTE: Priscila do Nascimento de Sile, 32 anos

PROCEDÊNCIA: _____

Ret vítima de acidente motorístico há cerca de 30 minutos, apresentando lesões em MMS e MMII, além de deformidade em antebraço (D). Traída ao hospital por meios próprios.

Ex físico: Tórax, abdome e pelve sem alterações. Não uso de capacete e cinto de segurança.

SSVU: PA: 140x80 FC: 97 Sat: 97%

HD: fratura de rádio distal?

Ed: enjôo no pl. avulsões ortopédicas.

ALAGOA GRANDE (PB), 26 / 01 / 19

Ren

MÉDICO



Ficha de Acolhimento

Nome:	Rusileia do Nascimento Carlos Silva		
End:	Rua Francisco Inácio		
Bairro:	Aeroporto		
Data de Nascimento:	25/01/1987	Documento de Identificação:	
Queixa:	Febre	Data do Atend.:	
Hora:		Documento:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gement
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional





Cidade: DAIARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Dra. Priscila do Nascimento										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

DADOS CLÍNICOS:

NETAM IMOBILIZAÇÃO

RAIO X
REALIZADO EM:
26/02/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX ANTEBRAÇO D AP/P

RGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Dr. Carlos Candido Ortopedia - Cirurgia de Joelho CRM - 053.158 e 74.50 Carimbo e Assinatura do Médico CRM - PE 007
ATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	Francisco do Nascimento										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

DADOS CLÍNICOS:

Controle

RAIO X
REALIZADO EM:
02/02/19

322

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Antebraço D AP, P

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

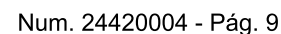
DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista - Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT-15263



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Burkeia do Nascimento Registro: 7 Leito: 2 Setor Atual: 01 + II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 140x100 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

[Handwritten signature]

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 () Dispneia () 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: Priscila do Nascimento Registro: 7 Leito: 2 Setor Atual: Exo 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 84 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 120 bpm; SPO2: 98 %
HGT: 170 mg/dl; Peso: 65 Kg; Altura: 1,60 cm Dor: () Local: Exo 2 Obs.: Exo 2

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.



2

Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudoresse () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausculat cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: ☒ Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ☒ Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

☒ Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:


() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

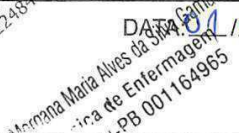
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 01/02/19 HORA: ____ h



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Priscila do Nascimento Registro: Leito: 7-8 Setor Atual: Oct. 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120/60 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.: T: 36.7°C

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.



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Priscila do Nascimento Registro: Leito: 7.2 Setor Atual: ort 2
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.




GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIR
o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Risicleide do Nascimento IDADE 31

*) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 7 LEITO: 2 DATA 26/03/19

DIAGNÓSTICO:

Fx no osso da mão direita

MATERIAL ESPECIAL:

Dois placas 3,5 + parafusos

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fx de mão direita + Fx de mão esquerda (DIAFISE)

Dr. Schuberl Costa
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5623

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO

Recife de 30 de 2019

Cirurgião

Médico Responsável

AM

CONTROLE CIRÚRGICO

01070

CNPJ: 38.568.082/0001-38
 888 801005 - Coqueiro - Recife - CEP: 50010-010
 Rua Cabanos, 1005 de 1005 - 32 - Pátio da Saúde, 1005 de 1005

Item	Quantidade	Unidade	Observações
10	10	ml	solução de 100 mg/ml
20	10	ml	solução de 100 mg/ml
30	10	ml	solução de 100 mg/ml
40	10	ml	solução de 100 mg/ml
50	10	ml	solução de 100 mg/ml
60	10	ml	solução de 100 mg/ml
70	10	ml	solução de 100 mg/ml
80	10	ml	solução de 100 mg/ml
90	10	ml	solução de 100 mg/ml
100	10	ml	solução de 100 mg/ml

Assinatura: _____

Carimbo: _____

Data de Circulação: _____

Medico: _____

Hospital: _____

Paciente: _____

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		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		1
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		8

1200

Dra. Isabela Pimentel Donato
Anestesiologista
CRM-PE 4180

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Isabella do Nascimento Ladeira	Idade:	32
Convênio:	Sup.	Data:	21/12/19
Procedimento:	Osteossíntese do osso do antebraço D.		
Cirurgião:	Dr. Afonso	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Ricardo Gomes
Início:	08:00	Término:	10:30
		Anestesia:	BPBD + Sedação

[illegible]

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<p> <i>kanix 1p 20 ug.</i> <i>Captopril 50mg 5h us.</i> <i>Clonidina 150ug. em 100ml SFO, 51, com alab.</i> </p>	

[illegible]

Relatório de Operação

MOD. 103



Uganda

512

1907

22/07/2011

77 1000-1000

05/10/2007 09:27 AM

WAT 00 212

of 21 Nov - 1964

03.

7. 3/4

4/2

b
1/2

~~proposed~~ ¹⁰⁰ ~~agreement~~ ¹⁰⁰ ~~all~~

paid _____
 paid _____
 1/2 _____

612

$$= 6.0624$$

Q

(c)

OT

05. ————— Χρηματιστήριο

512

05

(3.2) . .

6.12

OT

forward

91

PL/SC/50 - 05/05/50

0d: 00

10:30

[illegible]

202

39 0000 7850811

James Earl Ray November 19 1968



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
Marcia do Nascimento Barros DN 2501187			SUS	32 anos	1820811
CIRURGIA Cirurgia plástica de ombros e antebraço direito					
ANESTESIA Bloqueio de Plexo Braquial + Sedação					
INSTRUMENTADORA Rostão	DATA 02/09/19		INÍCIO 09:00	FIM 10:30	
Qt.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qt.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Espadrado Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak	
02	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	02	Fila cardiaca	(3.0) ..
	Rapifen amp. Xilocaine clv	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrimum amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qt.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
06	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
long	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
long	Dipirona amp.	Luvas amolec.	01	Vicryl Serfix	(10).
long	Flexidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
barriga	Glicose amp. Cetugrafico	Oxigenio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qt.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	...	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 3ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda	01		
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qt.	ORTESE E PRÓTESE	
vay	Cefalotina 1g	Sonda Nasogálica		MA-2 ca: 3,5	
		Sonda Uretral nº	02	Tacas bcp 07e 06 fu	
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qt.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	11	Parafusos	
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
015	Alcool de Enfermagem				
015	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon]				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Validade da S.L.B...
TÉC. ENFERMAGEM
CORREN 259730

EQUIPAMENTOS
☒ Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
() Serra () Eletrocautério
() Desfibrilador () Oxiciapiógrafo
() Foco Frontal () Cardiomonitor
() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Franca do Carmo</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>02/02/19</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Agnaldo</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Anne</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura de osso do antebraço</i>			
Tipo de Operação <i>osteossintese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>sem</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Paravertebral em DPH</i>
2) <i>Três + AS + ligamento anterior</i>
3) <i>Arco de Tensão + Dissecção por planos</i>
4) <i>Redução cruenta de fratura + fixação CI placa DCP por medula</i>
5) <i>Arco sobre a ulna + Dissecção por planos</i>
6) <i>Redução cruenta de fratura + fixação CI placa DCP + pontos</i>
7) <i>Sutura por planos + pontos</i>

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista/Traumatologista
Cirúrgico do Joelho
CRM-PR 9116 - TRCT 15263

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



02
02
19

14.000s PA-110180

P=76

Posição
Retorno do
CC no
pos. Operações
Vau

Marlene de Queiroz
CÓREN - PB 433.167- TE



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Fx Ombro do antebraço
①

Paciente	Pereira, Jo. moment			Alojamento:	7	Leito	2	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica						
02/02	1. Dieta Lútea opor. UPR 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN // 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN // 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	12/18 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24 12/24	BFG, estôm., 1.º dia FD - cirurgia hoje -						
03/02	Alto hemostático Carm. AIB + Almet Aplicação de Curat. de 1.º Dextrose + Almet	12/24 12/24 12/24 12/24	Amarela Translúcida cl. pulso, se interconexão COI - 14 contendo						

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PB 9116-TEO-15263

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116-TEO-15263

Diagnóstico

Lesão vertebral do lombo

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente *Antônio do Nascimento* Alojamento *7* Leito *2* Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31.01	Dieta livre Antak 150mg VO 12/12h Diplrona 1 comp VO 6/6h Diclofenaco de sódio 50mg VO 12/12h S.S.V.V. + C.C.G.G.	<i>12/24</i> <i>12/24</i>	<i>Boa evolução, após</i> <i>CP - Aguardar mais</i>
01.02	<i>1. Dieta livre</i> <i>2. DIPIRONA 1 comp VO 8/8h</i> <i>3. Diclofenaco 50mg VO 12/12h</i> <i>4. Cefepim</i>	<i>12/24</i> <i>22/24</i>	<i>01.02. JORNALETA</i> <i>PRONÓSTICO</i> <i>ELABORADO</i> <i>02/24</i> <i>4. JORNALETA</i> <i>PRONÓSTICO</i> <i>ELABORADO</i>

Dr. Schubert Costa
Ortopedista Traumatologista
CRM 35273

Dr. Schubert Costa
Ortopedista Traumatologista
CRM 35273

Dr. Cristiano Rodrigues da Silva
ORTOPEDISTA
CRM 35273



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

29
01
19

PA: 140x100

Pet Consciente orientada
Realizado SSUV medicado efm
Segue aos cuidados da equipe
aguardando procedimento cirurgico.

Emanuel Silva de Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 959.114



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Ariete do Nascimento			Alojamento:	7	Leito	2	Convênio	FA dos Oseos do Auto medic
Data	Prescrição Médica		Horário						Evolução Médica
29/10/19	1. Dieta <i>líquida</i>	CT							
	2. SRT 1500ml EV/24h <i>polaco</i>	CT							
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12	14h	24/06					Dieta, suppurado, afekid
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12	14h	26					SB: fenda curar
	5. Omeprazol 40mg <i>NO</i> jejum								
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SIN							
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SIN							
	8. Clexane 40mg SC/dia <i>(Supl)</i>								
	9. SSVV + CCGG	CT							

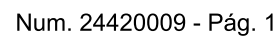
Dr. Schubert Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 55.113

Dr. Schubert Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 55.113



OK/OK

Dr. Schuber Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5522



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7-2

DIAGNÓSTICO

Ex other do Autopsy

Paciente	Phigilda do Nascimento		Alojamento:	5	Leito	2	Convênio	
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica			
27/01	1. Dieta <i>líquida</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg <i>EV</i> /Jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG				<i>BR, 24/01</i> <i>CRV ph</i>			
		Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643				



26/03/19 08:00 120
90

Paciente consciente e Orientado
meditado conforme Prescrição
médica, sem queixas no
momento do cuidado da
Enfermagem.

Sandra Jaelene de Aguiar dos Santos
COREN-PB 099660 TE

Prescrita no Medicamento Prescrito

12/03/2019

9



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO


DIAGNÓSTICO

FRAT. OSSOS ANTERIORES

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Priseila do Nascimento Cardoso	S-2		
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1.Dieta			
2.SRL 1500ml EV/24h			#ORTOPEDIA#
3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h			
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h			
5. Omeprazol 40mg EV/jejum			
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN			- INFERNO
7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN			- Pri - quetofoin
8. Clexane 40mg SC/dia (Suspensa)			Dr Carlos Candido Ortopedia-Cirurgia de Trauma Cf = 053.158.674-50 CRM-PB 8948
9.SSVV + CCGG			



Data da internação: 26/01/2019 Hora: 06:53:57

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO				1820815	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 25/01/1987		9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 991029558	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) FRANCISCO INACIO, 112, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250400		15 - UF PB
			16 - CEP 58400002		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS História de queda de moto com trauma no antebraço direito, dor, edema, deformidade.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX e US					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura ossos antebraço		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura antebraço				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 98001628365569	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/01/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Carlos Antonio da Rocha CFILO CRM-PB 67159-6	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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)			



Handwritten signature or mark.

to the

for the


by the

through the

the court has decided that the



Data da internação: 26/01/2019 Hora: 06:53:57

 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 PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1820815	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 25/01/1987	
9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>		11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 N° DE TELEFONE 991029558	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) FRANCISCO INACIO, 112, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB
		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>História de queda e acido com ferimento no antebraço D; dor; edema; deformidade</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neumia e to crônica</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + EP</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract. ossas antebraço</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>to crônica</i>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26 - CLÍNICA	
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016283655691	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016283655691		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILO	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/01/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Carlos Antonio da Rocha Cfilho</i> 1605315955 N° DO REGISTRO DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - CNPJ EMPRESA 38 - SÉRIE 39 - CNAE DA EMPRESA 40 - CBOR 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
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	





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Priscila da
Priscila da PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 552 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 26 / 01 / 19 A 03 / 02 / 19 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 03 / 02 / 19

Dr. Ewerton Augusto Coutinho Pereira
Ass. do médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Daíseila do Nascimento
Carvalho
foi atendido (às) hoje, às 11:36 ()
horas, necessitando de 60 (SESSENTA)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52.3 / S52.4

Campina Grande, 26, 02, 19

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOD: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP: 58432-809 - Malvinas - Campina Grande-PB

MOD.004





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº. 197/2019

Aos VINTE E SETE (27) dias de MARÇO (03) de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:19min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA, conhecido(a) por PRISCILA, Identidade nº 3.127.038-SSDS/PB, CPF nº 067.655.964-61, nacionalidade brasileira, estado civil: separada, profissão: cuidadora de Lar, filho(a) de Antônio Silva e de Maria Margarida do Nascimento Cardoso, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 25/01/1987 (32 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Inácio, 112, Conjunto Vera Cruz, tendo como ponto de referência: próximo a Antônio do Móvel, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 9 9102-9558.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 26 de janeiro de 2019;
- 3) **Horário do fato:** 5h:0min;
- 4) **Local do fato:** Rua Ruy Barbosa, próximo ao Campo Novo;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

HONDA POP 1101, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2017/2017, PLACA QFT 9894/PB, CHASSI 9C2JB0100HR272371, LICENCIADO EM NOME DA COMUNICANTE.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

NÃO

8) Breve resumo do fato:

Que a comunicante compareceu a esta unidade de Polícia Civil para informar que na data, hora e local acima mencionados fora vítima de ACIDENTE DE TRÂNSITO, ocasião esta em que a comunicante conduzia uma moto HONDA POP 1101, DE COR PRETA à rua Ruy Barbosa, próximo ao campo novo; Que a comunicante vinha na rua Ruy Barbosa, momento em que tentou desviar de um buraco; Que segundo a comunicante ela deve ter apertado o freio dianteiro, fazendo com que fosse arremessada por cima da moto, caindo ao solo; Que a comunicante chegou a se levantar, momento em que viu que tinha sofrido uma lesão no antebraço direito; Que a comunicante ligou para um primo, que chegou logo em seguida, levando a comunicante para o HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE, sendo medicada e encaminhada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB; Que a comunicante passou por cirurgia, ficando internada por nove dias, recebendo alta em seguida.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada Consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

Priscila do Nascimento Cardoso Silva
PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA
Comunicante
Moacir
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.235-7



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747024903
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 01128010841-1 20170500006903 EXERCÍCIO 2017

NOME PRISCILA DO NASCIMENTO C SILVA

CPC/CNPJ 06765596461

PLACA QFT9894/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB

CHASSI 9C2JB0100HR272371

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CAP/POT/CIL 2 F/109 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA IFVA PAGO EM 00/00/0000

VENC. COTA UNICA 1º

FAIXA I.P.V.A. *****

PARCELAMENTO/COTAS 0

VENC./COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 31/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL ALAGOA GRANDE-PB

DATA 06/09/2017

9999999

31054

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

PB Nº 013747024903 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 2017 DATA EMISSÃO 06/09/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 06765596461 PLACA QFT9894/PB

RENAVAM 01128010841 MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB 2017 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JB0100HR272371

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAH (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) *****

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-0848492-20170906

800-2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	Nº 013747024903
S9835271951	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
FRT 20170500006903-4	
VIA	COD. RENAVAM
1	0112801084-1
00/00000000	
NOME/ENDEREÇO	
PRISCILA DO NASCIMENTO C SILVA	
RUA FRANCISCO INACIO 112	
VERA CRUZ	
58388000ALAGOA GRANDE-PB	
CNPJ	PLACA
06765596461	QFT9894/PB
NOME ANTERIOR	
PARENTE MUNIZ FILHO E CIA LTDA	
PLACA ANT/UF	CLASSI
NOVO PB	9C2JB0100HR272371
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
EAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO TAB-ANO MOD
HONDA/POP 110I	2017 2017
CAP/POT/CIL	CATEGORIA
2 P/109 /CI	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMINIO	
N.Motor : JB01E0H272386	
LOCAL	DATA
ALAGOA GRANDE-PB	06/09/2017
9999999	31054





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3127038

EXPEDIDO POR

EM 18/06/03 E

CPF 067655964-61 /CNPJ _____, PROFISSÃO CUIDADORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 998,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PRISCILA DO NASCIMENTO C. SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3488 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10338-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Alagoinhas 07 de junho de 2019 Priscila do Nascimento Cardoso Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190312902

Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: **PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **3488**

Conta: **0000010338-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.


Atenciosamente,



Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 003.1.19.01178/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 13/09/2019
Número da guia: 003.2019.601178 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.011,60 Promovente: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 189,98 Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,58
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.202,93
			Desconto total: R\$ 0,00
866900000120 029309283181 520190930005 311901178013 			Valor final: R\$ 1.202,93

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 003.1.19.01178/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 13/09/2019
Número da guia: 003.2019.601178 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Promovente: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.			UFR vigente: R\$ 50,58
Detalhamento:			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.202,93
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.202,93

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 003.1.19.01178/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 13/09/2019
Número da guia: 003.2019.601178 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.011,60 Promovente: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 189,98 Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,58
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.202,93
			Desconto total: R\$ 0,00
866900000120 029309283181 520190930005 311901178013 			Valor final: R\$ 1.202,93





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 003.2019.601178

Data Vencimento: 30/09/2019

Data Emissão: 13/09/2019

Comarca: Alagoa Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Valor da Causa: R\$ 12.665,25

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 1.011,60

Taxa: R\$ 189,98

Total da Guia: R\$ 1.201,58

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801246-47.2019.8.15.0031

DESPACHO

Vistos etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Outrossim, deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Providências necessárias.

Alagoa Grande, 16 de SETEMBRO de 2019

JOSÉ JACKSON GUIMARÃES

Juiz de Direito

