

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO, agricultor, portador do RG 3.159.104 SSP/PB e portador do CPF 087.403.914-26, residente e domiciliado no Sítio Cachoeira dos Barbosas, S/N, Área Rural, CEP: 58.382-000, Ingá/PB.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.


Alagoa Nova/PB, 09/06/2019.

José Marinaldo Elias Ribeiro

Assinatura do Outorgante:



Data de internação: 07/01/2019 Hora: 16:30:32

 Sistema Único de 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 LUIZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES: 2362856 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES: 2362856		Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1808799 7 - CARTÃO DO SUS:	
8 - DATA DE NASCIMENTO: 11/05/1985 9 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:	
11 - TELEFONE DE CONTATO: 83		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SITIO CACHOEIRA DOS BARBOSA, 0, ZONA RURAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Ingá 14 - COLOQUE MUNICÍPIO: 15 - UF: PB 16 - CEP: 58380000		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
26 - CLÍNICA:		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO:	
28 - DOCUMENTO:		29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: OTAVIO FERREIRA JUNIOR		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/01/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAÍTO		36 - CNPJ DA SEGURADORA:	
37 - Nº DO BILHETE:		38 - SÉRIE:	
39 - CNPJ EMPRESA:		40 - CNPJ DA EMPRESA:	
41 - CAOR:		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		44 - COD. ORGÃO EMISSOR:	
45 - DOCUMENTO:		46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	

re lausny Zuehndil + rP
② is


isf mda + mmdm
X

② mmdm d. TmF

-AST-Rall Zuehndil
TmO



Data da internação: 07/01/2019 Hora: 16:30:32

 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 JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1808799
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 11/05/1985
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO DD() 83 Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO CACHOEIRA DOS BARBOSA , 0 , ZONA RURAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Ingá	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250680
15 - UF PB	16 - CEP 58380000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p><i>Dor + Inchaço no tornozelo direito</i></p>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p><i>Cirurgia + internação</i></p>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p><i>X</i></p>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Tort. do Tornozelo</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <input checked="" type="checkbox"/>
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intervenção Hospitalar</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>Orto</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285320999
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Otavio FERREIRA JUNIOR	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/01/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="text-align: right;"> <i>[Assinatura]</i> [Carimbo] </div>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
	37 - Nº DO BILHETE <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
	38 - SÉRIE <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
	39 - CNPJ EMPRESA <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
	40 - CNAE DA EMPRESA <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
	41 - CBOR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>	44 - COD. ORGÃO EMISSOR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>	





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Maria Naldo Farias Ribeiro		
End:	Sítio Cochimã dos Barões		Bairro:
Data de Nascimento:	01.05.85	Documento de Identificação:	Inqá
Queixa:	Ac. de	Data do Atend.:	04.01.19
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	Hora: 05:26

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Yosi Marinaldo Eliam Ribeno		DN: 11/05/1985	
Q1	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
			33	1808762	
CIRURGIA T2 laparoscópico de		CIRURGIÃO		D ² Rodolfo + D ² Wagner + D ² Buller	
Anestesia Raquel		ANESTESIA		D ² Ricardo Laureiro	
INSTRUMENTADORA		DATA		FIM	
		21/01/19		13:10	
				14:30	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calaf. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calaf. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Midazolam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 100mg/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.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido 1m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon	2-0
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio 1m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml p/ lavar ferimento	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuplanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral n°			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque n° 25				
03	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Destribilador	<input type="checkbox"/> Oxícapígrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz Justino de Oliveira	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

Stela M. Justino de Oliveira
TAP - Enfermeira
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



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

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

 11469

Assinatura do anestesista



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1808762

PROCEDIMENTO REALIZADO

1º. Cirurg. DE FRAATURAS DE ALUMINIO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Placa Bloqueada de Alumínio

120 ESQUERDA - A

01

Placa Bloqueada 3,5 x 26

02

1/1 // 3,5 x 34

01

// // 3,5 x 36

02

// // 3,5 x 38

01

// // 3,5 x 44

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

22/11/19

Dr. Ronaldo + Dr. Wilson
+ Dr. Euler

OBSERVAÇÕES

Ex 3,5 Bloqueado n: 85

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

[Assinatura]

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME	JOSE MARIANO DA SILVA RIBEIRO			IDADE	33
		SEXO	M			COR	
DATA	21/01/2019	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
		URINA					
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONquite
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO				DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO
FRATURA DO TOBÓGALO (F)							
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>AGENTES ANESTÉSICOS</p> <p>LIQUIDOS</p> <p>CÓDIGOS</p> <p>VP. ARTERIAL</p> <p>AX - ANE.</p> <p>ULISO: O - RESPIRAÇÃO</p> <p>USIA: O - OPERAÇÃO</p> </div> <div style="flex: 2;"> </div> <div style="flex: 1;"> <p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p>ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula:</p> <p>Paro o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES:</p> </div> </div>							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
AGENTES		Naroxen 0,5% + Dural 0,2%					
TÉCNICA		Rugam					
OPERAÇÃO		Rodolfo + EL/RE					
CIRURGIÕES		Surgião chefe e assistente					
ANESTESISTAS		Dr. J. L. Ribeiro					
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617404080000000023447038

Número do documento: 19090617404080000000023447038

Num. 24212207 - Pág. 1



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <i>Jose Manoel</i>		Nº Prontuário <i>1808795</i>	
Data da Operação <i>21.01.19</i>	Enf. <i>0201</i>	Leito <i>153</i>	
Operador <i>D. Rodelfo Coimbra</i>		1º Auxiliar <i>D. Ulogna (MR3)</i>	
2º Auxiliar <i>D. Silva (MR3)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx calcâneo E</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Q memo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>nao</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1) Posição dele anestesia em DLD</i>
<i>2) Anestesia + Osteopexia + campo estéril</i>
<i>3) Incisão subfúrcula em "L" + drenagem por plano + hemostático</i>
<i>4) Redução cruenta de peça de protena</i>
<i>5) Osteossíntese com placa bloqueada de calcâneo + parafusos bloqueados de escopo</i>
<i>6) Lavagem F.O. + náusea + anestesia</i>
<i>1</i>
<i>E</i>
Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





GOVERNO DA PARAIBA

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOMÍLIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:															PRONTUÁRIO				
JOSÉ MARVALDO DIAS																			
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:	edição carro-carro	RAIO X REALIZADO EM: 07/01/19
-----------------	--------------------	-------------------------------------

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:	Rx de tornozelo @ AP Dr. Daniel Rx de perna @ AP e perfil Gustavo P. Almeida CIRURGIA DIGESTIVA CRM 6335/PB
---------------------	---

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO:
------------------------------------	----------------------------------	----------------------

07/01/19





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

IE:	JOSS Manoel DO										PRONTUÁRIO:
DE:	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"/>				0,80	1	3			

OS CLÍNICOS:

POS-OP

RAIO X
REALIZADO EM
01/01/19

RIAL A EXAMINAR:

ES SOLICITADOS:

Rx calcâneo E, medial
Rx pé E, AP, lateral

NCIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
21.01.19		HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Eder Fabrício A. Cruz
MR ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907





Sr(a): JOSE MARINALDO E. RIBEIRO Protocolo: 0000444726 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR Data: 08-01-2019 11:57 Origem: AREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 33 anos Destino: Leito - 09

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 08/01/2019 11:55]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.21 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	100 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.600 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	192
Segmentados.....	80,0	7.680
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	14,0	1.344
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	4,0	384
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	138.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cassia Miguel Agra
 Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRM 5411

Emissão : 08/01/2019 13:00 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F396-E4EA-3237-2819-325C-81CC-596E-C64D





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	JOSE MARINALDO E. RIBEIRO	Protocolo:	0000444726	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	OTAVIO FERREIRA JR	Data:	08-01-2019 11:57	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	33 anos	Destino:	Leito - 09

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1' 15''

[DATA DA COLETA: 08/01/2019 11:57]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 7' 00'' min

[DATA DA COLETA: 08/01/2019 11:57]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 08/01/2019 13:00 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 44A3-6516-1497-A9F9-907E-242B-0B6D-9D8A



Sr(a): JOSE MARINALDO E. RIBEIRO
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0008444726
Data: 08-01-2019 11:57
Idade: 33 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: Leito - 09

GRUPO SANGUINEO E Rh

[DATA DA COLETA: 08/01/2019 11:57]

GRUPO SANGUINEO..... A

Rh..... Positivo

Material: SANGUE

Método: HEMAGLUTINAÇÃO EM TUBO


Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 08/01/2019 13:00 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F396-E4EA-3237-2819-325C-81CC-596E-C64D



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Marinaldo Registro: _____ Leito: 1-3 Setor Atual: ortopi

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: prejudicada MJE

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: _____

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

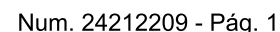
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: fabio stalin aldo Registro: Leito: 1.3 Setor Atual: orto 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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:

Ausculata 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

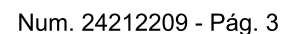
() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

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: João Marinaldo Elias Ribeiro Registro: _____ Leito: 1-3 Setor Atual: ortoped

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: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: enativo MIE

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MI D</u> Data da punção <u>15/01/19</u>	
Edema: () MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII () Face () Anasarca. Observações: <u>nie</u> .	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u>15/01/19</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há <u>2</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <u>15/01/19</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>15/01/19</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>15/01/19</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>17/01/19 às 17:00h até sem queixas no momento. Segue medicado e.p.m. As anotações da equipe.</u>	
<u>Porto</u> Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>17/01/19</u> HORA: <u>17:00</u> h	
<u>Porto</u> Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Manoel Registro: _____ Leito: 1-3 Setor Atual: Orto

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: MIG (Prejudicada)

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

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

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção: 15/01/19

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 () Distúrgia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

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

RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD. Débito ml/h:

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

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

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: **Dreno:** () Tipo/Aspecto: **Úlcera de pressão:** () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: Retirado em: Débito: Curativo em: / /

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:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Aguarda procedimento cirúrgico.

Cartão e Assinatura do Enfermeiro: Janetia S. Cruz Gondim ENFERMEIRA COREN: 55.508.860

DATA: 16/01/19 **HORA:** 9:40 h

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Marinaldo Elias Registro: _____ Leito: 13 Setor Atual: Ortop.I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: 98 bpm; SPO2: 97 %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSD</u> Data da punção: <u>15/01/19</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Flictenas</u>	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Flictenas em MIE</u> Curativo em: <u>15/01/19</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Muletas</u>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente BEG, Estável, sem queixas. Aguarda cirurgia e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</u>	
Raimunda Maria da O. Aquino S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Raimunda Maria da O. Aquino S. Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
DATA: <u>15/01/19</u> HORA: ____ h	

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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Marcialdo Elias Registro: 501 Leito: 101 Setor Atual: Ortop+
Idade: 33 Sexo: M Cor: Amarela Estado Civil: Sol. Naturalidade: Guaretema Profissão: autônomo
Procedência: () Vermelha (X) Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 14/04/19 Data da internação no setor: 14/04/19
Tem um cuidador/Responsável: (X) Quem? esposa (Mª do Socorro)
Telefone: 8727-8639 Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

Je - de Corvo (lesão MJE)

4. 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:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésia):

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

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: mioplicada MJC

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: —

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) 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	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.	
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>SIAPV</u> Data da punção: ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: ____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há <u>1</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: ____ () Outros: ____ Observações: ____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>NIC</u>	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Aguarda em NIC</u> Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: ____ Débito: ____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: ____ Local: ____ Descrição: ____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Muleta</u>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: ____ () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Admitido para dar continuidade ao TT, apresenta NIE</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Cláudia M. B. Sobral</u> DATA: <u>14/01/19</u> HORA: <u>19</u> h	
COREN 443907-PB	

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



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

REQUISIÇÃO DE EXAMIN

GOVERNO DA PARAIBA	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	REQUISIÇÃO DE EXAMIN
NOME: JOSÉ WILSON	PESO: 67,15	PRONTUÁRIO: 374
IDADE: 50	ALTURA: 1,70	ENF.: 1
SEXO: M	COR: B	LEITO: 3

DADOS CLÍNICOS: POS-OP

MATERIAL A EXAMINAR: RAIOS X
REALIZADO EM: 22/01/19

EXAMES SOLICITADOS: Colômbio E, Raxid e Axial

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	De Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907
DATA: 22.01.19	HORA DA SOLICITAÇÃO: 12	



FX CALCANEAO + BASE 5 MITT E

LEITO 1-3

POS sem intercorrências

CS: VPM

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

OK
OK

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1808799

JOSE MARINALDO

- 21.01.19
- 1 DIETA LIVRE ~~24h~~ RPA
 - 2 JELCO, SGL 1000 ml IV ~~24h~~ 18
 - 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H ~~12~~ 18
 - 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 5N ~~14~~ 18
 - 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H ~~14~~ 18
 - 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 5N ~~14~~ 18
 - 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ ~~14~~ 18
 - 8 CURATIVO DIÁRIO
 - 9 FISIO MOTORA
 - 10 SSW+CCGG
 - 11 OXACILINA 2G IV 6/6H ~~12~~ 18
 - 12 MIE ELEVADO ~~24~~ 18

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907



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.

21-01-19
RA-100170

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

19.10
paciente evolui: sem
febre em 20h, mantido AVE, medicado.

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, _____ de _____ de _____

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: _____





ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1808799

JOSE MARINALDO

- 1 DIETA LIVRE 1 Base após 00:00
- 2 JELCO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 12 18 24 06
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H 5N
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM PEZA MANHÃ 06
- 8 CURATIVO DIÁRIO M
- 9 FISIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG M N 12 18 24 06
- 11 OXACILINA 2G IV 6/6H
- 12 MIE ELEVADO

Dr. Everton Meira
CRM-PB 9900
Ortopedia e Traumatologia

FX CALCANEAO+ BASE 5 MITT E

LEITO 1-3

BEG, atável, 5/interior.
rências -
CD: VPM

Dr. Everton Meira
CRM-PB 9900
Ortopedia e Traumatologia

20/PL. 14.000. P.S. 120/80



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

MOD. 012





ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1808799

JOSE MARINALDO

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO
- 3 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H *18 24 06*
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN *18 24 06*
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H *18 24 06*
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM PEZA MANHÃ *18 24 06*
- 8 CURATIVO DIÁRIO *M*
- 9 FISIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG *M N*
- 11 OXACILINA 2G IV 6/6H
- 12 MIE ELEVADO

Dr. Everton Meira
Má Otorrinolaringologia e Neumologia
CRM-PB 95.10

FX CALCANEIO+ BASE 5 MITT E

LEITO 1-3

3661 ESTAVEL 5/ INTERCOMENUN

CP: JPM

Dr. Everton Meira
Má Otorrinolaringologia e Neumologia
CRM-PB 95.10

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617404381000000023447043>

Número do documento: 19090617404381000000023447043

Num. 24212212 - Pág. 9



ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1808799

for Marcelo

18/01

1 DIETA LIVRE

2 JELCO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H S/N

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM PELA MANHÃ

8 CURATIVO DIÁRIO

9 FISIO MOTORA

10 SSVV+CCGG

11 Onalva 2g IV 6/6h

12 Nib elavado

1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

20

Fx colchoes + base S. MTT E

LEITO 1-3

BEG, steel, um rodado

C6: VPM

1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: 08ms DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Sincopse
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Palpitações () Média () Ortopnéia
() Dor Precordial () Tosse Seca () Expectoração
Relacionada () Esforço () Típica () Atípica
() Emoções () Frio 2558w () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC.: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: 18/10/1 20:00 P

Membros inferiores - Comentários: P.A 120x80
Débora

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico



ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1808799

JOSÉ MARINALDO

17/01

1 DIETA LIVRE

2 JELCO

3 OXACILINA 2G IV 6\6H ~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ ~~06~~

4 PARACETAMOL 750MG VO 8\8H ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~

5 DECADRON 1FA + 15ML SF 8\8H ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~

6 MIE ELEVADO

7 SSVV+CCGG

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

FX CALCÂNEO + BASE 5 MTT E

LEITO 1-3

BGG, storeo, nem anestesiado

CO: VM

1

6

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907





AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC.: _____ b.p.m P.A.: 14hs → 36,25 110x60 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: Paciente realizado curativo no MII
medicado conforme prescrição médica

Abdômen - Comentários: mantendo fêlos salinizados, evolui
sem queixas aguardando procedi-

Membros inferiores - Comentários: mento cirúrgico

5 - E.C.G.: 20hs → 36,58 120x80

Ex. Laboratoriais: Paciente evolui sem queixas
no momento

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico



ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1808799

for Haroldo

16\01

1 DIETA LIVRE

JELCO

- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H
6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEIUM PELA MANHÃ

Susp

8 CURATIVO DIÁRIO

9 FISIO MOTORA

10 SSVV+CCGG

- 11 Paracetamol 750mg VO 8/8h x 5
12 Oxalidone 25 IV 6/6h
13 Dicodone 1FA + 1SN SF IV 8/8h

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 9907

LEITO 1-3

Fx calcâneo + base do

Sº HTT E

BEG, stone, sem interconos

CH: Vm

1

B

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 9907

Falida
(14) 22.06
18 18 24.06
14 22.06



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Palpitações () Média () Ortopnéia
() Dor Precordial () Tosse Seca () Expectorção
Relacionada () Esforço () Típica () Atípica
() Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC.: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: _____

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico





ORTOPEDIA 1

LEITO 1000 N° PRONTUÁRIO: 0

1.3 0 José Marinaldo

15/1

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEIUM PELA MANHÃ
- 8 FISIO MOTORA RLC
- 9 SSVV+CCGG M N

10 Piroxicam 75mg 01 q

VO 8/8h

Dr. Israel de Souza Farias
CRM-96.9380

11 Oxidron 2g EV 6/6h

12 Dexamet 1FA 15mg SF

FX coleção G + Base 53 MTE

0

OK OK

1-3

LEITO 1000

EGG patêl, sem intercor-
rências

CD: VPM

Dr. Everlan Maira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-96.9380

11 22 06 F

11 22 06 F
EV 8/8h

15-01-19
1906

Parante esteil sua quider no
meuanto, foi mediante p se-der
e feito quideros CPM.

PA - 120 + 80





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

~~En Calcedno~~
En Calcedno E + Base 50 m TE

Paciente	Alcides M. G. Mendes	Alojamento	Leito	Convênio
			10-1	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/07/2019	<p>Dr. Wagner Falcão</p> <p>ORTOSEDA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PB 8643</p>	14:27	<p>Dr. Wagner Falcão</p> <p>ORTOSEDA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PB 8643</p>

Ac: 24

Paciente admitido de ala
amarelo, apresenta plitima
em m.I, segue aguardando
cirurgia e aos cuidados da
enfermagem.

Diana Gomes da Silva
COREN-PB 737.442-1E



Diagnóstico

Exercice 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	João Marcelo	Alojamento	08	Leito	Convenio
----------	--------------	------------	----	-------	----------

[illegible]

53/01/19.

10/29/08:00:

parem convenientemente para
me mandando, mediante transportes e
preços módicos, apenas as
Cidades de Suvarin e

Rosa Maria B. da Costa
COREN-PA 1.254.587-TE

Handwritten notes and signatures, including a large signature at the bottom right and various scribbles and initials throughout the page.



31101-09km - 330x80 v Pacote e G.A. com cinco, quantidade, multi-
Código e P.M. _____
Clenia Arletty R. O. Cavalcanti
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 385703



Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
Vere. Murilo		1. Dieta Livre		
		2. SRL 1500ml EV/24h		
		3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h		
	10.01	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. SSW + CCGG		

Pb: 120x80

Clinte segue os procedimentos
de acordo com a prática médica.
~~Revista~~

de
Entrevista, realizado os procedimentos
segundo a prática até o momento



Data
30/03/19

Hora
8.00

PM
120x80

Pacient constituído por todos
seus filhos no momento
mediado conforme a Prescrição
medica 1 segun dos curado
da farmacia 1254-587
Pena





Sp. Calceus (C) +
Bris S² MIT (C)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

João de Sá
COREN PB 38.173-TE



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica	
1. Dieta					
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. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN					
8. Clexane 40mg SC/dia					
9. SSVV + CCGG					





Frot. Coletas

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

905-

Paciente	fori parabolos	Alojamento	Corredor	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
07/01	1 Dete 12h	12:20	Exame intra		
07/01	2 SPT - 1000 - 2	12:20	de ardentia de		
07/01	3 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	4 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	5 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	6 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	7 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	8 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	9 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	10 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	11 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	12 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	13 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	14 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	15 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	16 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	17 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	18 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	19 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	20 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	21 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	22 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	23 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	24 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	25 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	26 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	27 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	28 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	29 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	30 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	31 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	32 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	33 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	34 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	35 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	36 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	37 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	38 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	39 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	40 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	41 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	42 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	43 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	44 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	45 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	46 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	47 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	48 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	49 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	50 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	51 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	52 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	53 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	54 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	55 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	56 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	57 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	58 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	59 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	60 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	61 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	62 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	63 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	64 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	65 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	66 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	67 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	68 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	69 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	70 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	71 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	72 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	73 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	74 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	75 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	76 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	77 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	78 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	79 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	80 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	81 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	82 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	83 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	84 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	85 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	86 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	87 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	88 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	89 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	90 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	91 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	92 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	93 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	94 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	95 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	96 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	97 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	98 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	99 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		
07/01	100 Dupunone 2 - 2400	12:20	Exame; 1/2 de		

Dr. Ronaldo Lima P. Júnior
Ortopedista Traumatologista
Clínica do Joelho
CNPJ nº 07.919.152/0001-12

Dr. Ronaldo Lima P. Júnior
Ortopedista Traumatologista
Clínica do Joelho
CNPJ nº 07.919.152/0001-12

Handwritten signature and text, possibly a date or reference number, including "2015", "10/2", and "10/10".





ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO:

1808799

for novo

20/01

1 DIETA LIVRE

2 SRL 1000ML EV EM 24H

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ

8 CLEXANE 40MG SC AS 20H

9 FISIO MOTORA

10 SSVV+CCGG

11 Ononolva 2g IV 6/6h

12 becaadon 1FA + 15 - 8 5F IV 8/8h

500 24 06

06

24 24 06

0

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Ata hospitalar

23/01

1

0

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Fx colono B

B36, 250ml, na vena
C5: VM

1

0

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

FO longo
Ence meniscus punhado
Cd: abta + noteno + endog

1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

13 9:hs 14 130X80

100ml melu 10ml conseru
Quentado gualgado curativo, medi
cado conforme prescriçã médica. João

22/01. 201004. 8.4- 130 x 80

Procedente de 01/10/2015-1001-1001
nos 1001 001015-1001

Israel de Souza Farias





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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299612

Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000908-3

Conta: 000010021574-2

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: 003.4.19.01121/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/09/2019
Número da guia: 003.2019.601121 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 505,80 Promovente: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO - Taxa Judiciária: R\$ 151,88 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- - 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\$ 659,03
			Desconto total: R\$ 0,00
866500000066 590309283182 520190930005 341901121010 			Valor final: R\$ 659,03

 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: 003.4.19.01121/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/09/2019
Número da guia: 003.2019.601121 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Promovente: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT			UFR vigente: R\$ 50,58
Detalhamento:			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 659,03
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 659,03

 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: 003.4.19.01121/01
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/09/2019
Número da guia: 003.2019.601121 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 505,80 Promovente: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO - Taxa Judiciária: R\$ 151,88 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- - 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\$ 659,03
			Desconto total: R\$ 0,00
866500000066 590309283182 520190930005 341901121010 			Valor final: R\$ 659,03





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 003.2019.601121

Data Vencimento: 30/09/2019

Data Emissão: 06/09/2019

Comarca: Alagoa Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

Valor da Causa: R\$ 10.125,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 505,80

Taxa: R\$ 151,88

Total da Guia: R\$ 657,68

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.





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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299612

Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14264532



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 087.403.914-26 Nome completo da vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO CPF: 087.403.914-26

Profissão: AGRICULTOR Endereço: Sítio Cachoeira Barbosa Baixo Número: s/n Complemento:

Bairro: área rural Cidade: Ingá Estado: PB CEP: 58380-000

E-mail: israelfariasadv@gmail.com Tel.(DDD): (83) 986127750

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco(237) ☐ Itaú(341)

☒ Banco do Brasil(001) ☐ Caixa Econômica Federal(104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0908 3 CONTA: 21574 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, Juarez Teixeira - PB 37/04/2018

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ENC 001 V001/2018



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Cachoeira Barbosa Baixo, s/n, bairro: área rural, Município de Ingá, Estado da Paraíba, Cep. 58380-000, portador do Rg. nº 3159104 SSP-PB e CPF nº 087.403.914-26.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO, ocorrido em 07/01/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.
Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Juarez Távora - PB, 17 / abril de 2019.

Jose Marinaldo Elias Ribeiro

Outorgante

CPF Nº 087.403.914-26

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TÁVORA - PB Av. Adalberto Pereira de Melo - S/N - Centro - Juarez Távora - PB E-mail: cartorioregistrociviltpb@hotmail.com	
RECONHECIMENTO	
Reconheço a (s) firma (s) de <u>Jose Marinaldo Elias Ri-</u>	
beiro	
Como:	Sinal Público <input checked="" type="checkbox"/> Autenticidade <input type="checkbox"/> Semelhança <input type="checkbox"/>
Juarez Távora, PB <u>17.04.2019</u>	
SELO NORMAL	<u>AIK63911-5VGN</u>
SELO DIGITAL Nº	
Consulte a autenticidade https://selodigital.tjpb.jus.br	

Cartório do Reg. stro Civil
Ivone Alves de Melo e Melo
ESCRITÓRIA
JUAREZ TÁVORA - PB





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 584 0762 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000067/19

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 000067/19 registrada em 08/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:41 horas, compareceu o Sr. JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO, com 33 anos de idade, filho de MANOEL ELIAS RIBEIRO NETO e JOSEFA MARIA RIBEIRO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAREZ TÁVORA - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.159.104, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 08740391426, residindo à rua SÍTIO CACHORIERA DOS BARBOSAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de INGÁ - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 14h30min do dia 07.01.2019, estava trafegando pela Rodovia BR 079, na cidade de Juarez Távora/PB, conduzindo o veículo tipo GM/CHEVETTE DL, ano/modelo 1991/1991, cor cinza, chassi nº 9BGTC11JMMC131563, de placa KFL-2987/PB, licenciado em nome de Maria Aparecida P. dos Santos, quando ao tentar realuzar a ultrapassagem de um caminhão, sem a atenção devida, colidiu frontalmente com outro veículo tipo VW/FOX, de cor preta, de placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, causando-lhe ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos cirúrgicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do outro veículo envolvido do acidente, caso o mesmo seja identificado; Que, acrescenta o comunicante que está impossibilitado de apresentar a Declaração do Proprietário do veículo. 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, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 8 de Abril de 2019

José Marinaldo Elias Ribeiro

JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Declarante

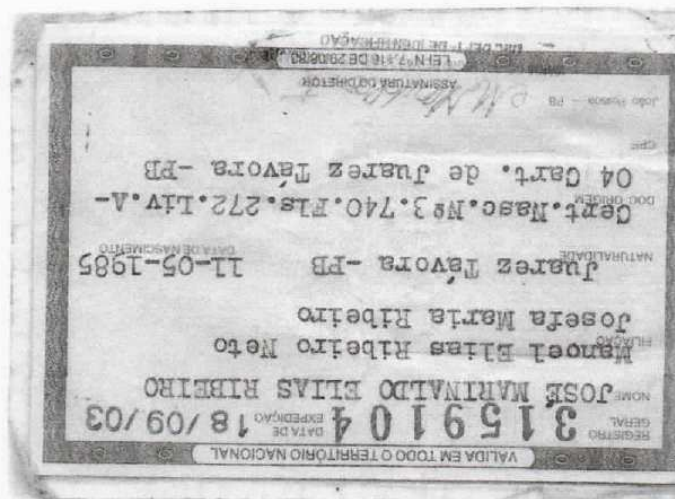
José Alberto do Nascimento

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





MARIA DO SOCORRO ALVES
SIT CACHOEIRA BARBOSA BADIO S/N - AREA RURAL
INOA / PB CEP: 58300000 (AIG: 113)

Emissão: 25/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classe/Subclasse: RURAL/AGROPECUÁRIA RURAL MONOFASICA
Roteiro: 18-66-781-300 NP medidor: 00000454903

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-600
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 026.733.103
Cód. para Débito Automático: 00001483838

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	25/02/2019	26/03/2019	980.748.734-04 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/648383-8

Canal de contato

Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe a prefeitura da sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda a cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
25/01/19	31218	25/02/19	31515	1	297	31				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total(R\$)	Valor Base Cco (R\$)	Aliq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Cco Pto (R\$)	Pto (R\$)	Cofins (R\$)	
0801	Consumo em kWh	297,000	0,428760	125,86	0,00	0	0,00	125,86	1,25	5,74
0810	Subsídio			53,83	0,00	0	0,00	53,83	0,53	2,46
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PUBLICA			3,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018			1,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2018			2,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIMC 12/2018			-8,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-50,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	129,97	0,00	0,00	129,97	1,28	8,20
Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
344		06/03/2019	R\$ 129,97	Histórico de Consumo (kWh)				

387 | 384 | 402 | 384 | 257 | 321 | 365 | 325 | 358 | 381 | 331 | 285
Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19

RESERVADO AO FISCO

a942.cc61.5be6.68c9.9a1d.622c.675d.8dbe.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		12/2018 - Realizado	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,56	NOMINAL	13,38	220
DIC TRIMESTRAL	23,19			
DIC ANUAL	46,38			
FIC MENSAL	7,67	CONTRATADA	2,00	202
FIC TRIMESTRAL	15,34			
FIC ANUAL	30,69			
DMC	8,38	LIMITE SUPERIOR	10,78	231
DICR	16,80			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	42,19	30,85
Compra de Energia	80,15	61,64
Serviço de Transmissão	6,58	4,81
Encargos Setoriais	9,97	7,32
Impostos Diretos e Encargos	17,42	12,78
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	136,29	100,00

Valor do EVSD (Ref. 12/2018) R\$ 70,05

ATENÇÃO

Faturas em atraso

REPARAÇÃO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) de lado relacionada(s) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 12/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento, após essa data não elimina a possibilidade da suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso a(s) tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. 7.891/13 R\$ 50,94

Jan/19 132,18



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/04/2019 AUTO-ATENDIMENTO 20.55.03
381403814 012

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 3814-8 CONTA: 17.379-7
CLIENTE: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FAVORECIDO

AGENCIA: 0908-3 CONTA: 21.574-0 VAR: 51
CLIENTE: JOSE M ELIAS RIBEIRO
VALOR: 0,10

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.





ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO
PAULO MENINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

NATURALIDADE
ALAGOA NOVA-PB

DATA DE NASCIMENTO
01/08/1989

RG
3406239 - SSP/PB

CPF
082.917.124-09

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS
NÃO DECLARADO

VIA
01

EXPIRADO EM
04/07/2018

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:
25670

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14930416

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL (Art. 13 da Lei nº 5.969/04)

FMS LEGAIS

ASSINATURA DO PORTADOR
Israel de Souza Farias

OBSERVAÇÕES

GAB

BARCODE



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.403.914 / 26

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.403.914 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: LOC. ENGENHO OLHO DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA		Número: 65	Complemento: ---
Bairro: OLHO DAGUA	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelariasadv@gmail.com			Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 30/04/2019

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO DA AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA AGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG-71)

Energisa

Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5 - 77 - 614 - 289
Medidor: 00009716750

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R/230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 023.090.423
Cód. para Deb. Automático: 00817321514

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	093.610.564-65

UC (Unidade Consumidora): **5/1732151-4**

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 11/03/19	Leitura 3784	Data 09/04/19	Leitura 3938	

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa / Tributos Total (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Pis (R\$)	Cofins (R\$)	Cofins (%)
0501	Consumo em kWh	144,000	0,854400	123,03	123,03	27	33,21	123,03	1,33	6,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			2,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2019			0,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2019			2,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	123,41	123,03	33,21	123,03	1,33	6,14
Tarifa al. Tributos	0,571770						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
127	11/05/2019	R\$ 128,41

Histórico de Consumo (kWh)

119	101	113	112	105	114	130	140	151	178	129	133
Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO

a669.29ee.adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

Indicadores de Qualidade

2/2019 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		
FIC MENSAL	9,43	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	18,86		
FIC ANUAL	37,70		
DMIC	9,80	0,00	LIMITE INFERIOR
DICRI	12,22		LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	29,21	22,75
Compra de Energia	41,80	32,48
Serviço de Transmissão	4,55	3,54
Encargos Setoriais	6,91	5,38
Impostos Diretos e Encargos	48,06	37,37
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	128,41	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2019) R\$ 38,69

ATENÇÃO

Abriu Verde: #ChegadaAcidentesdeTrabalho

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009.02624.912008.00243.900172.1.78860000012841

PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 093.610.564-65
LOC ENGENHO OLHO DA AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO DA AGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120000743900	001732151201904	11/05/2019	R\$ 128,41	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.183 / 0001-40



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617405202700000023447053>

Número do documento: 19090617405202700000023447053



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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801193-66.2019.8.15.0031

DESPACHO

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita ao autor, nos termos do art. 98 do CPC.

Outrossim, considerando que na petição inicial o autor **informou que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação**, e bem assim o fato de que a seguradora promovida em diversas demandas análogas a esta não demonstra interesse em transigir, deixo de agendar a audiência prevista no art. 334 do CPC e, em via de consequência, determino a CITAÇÃO da parte demandada para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

ALAGOA GRANDE, 10 de setembro de 2019.

JOSÉ JACKSON GUIMARÃES

Juiz de Direito

