



Número: **0801193-66.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **06/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24211656	06/09/2019 17:45	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
24212199	06/09/2019 17:45	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
24212204	06/09/2019 17:45	<a href="#">1_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
24212207	06/09/2019 17:45	<a href="#">2_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
24212209	06/09/2019 17:45	<a href="#">3_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
24212210	06/09/2019 17:45	<a href="#">4_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
24212212	06/09/2019 17:45	<a href="#">5_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
24212215	06/09/2019 17:45	<a href="#">6_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
24212216	06/09/2019 17:45	<a href="#">7_PRONTUÁRIO MÉDICO</a>	Outros Documentos
24212218	06/09/2019 17:45	<a href="#">COMPROVANTE DE PAGAMENTO ADM</a>	Outros Documentos
24212219	06/09/2019 17:45	<a href="#">GuiaCustas</a>	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas
24212220	06/09/2019 17:45	<a href="#">PROCEDIMENTO ADM</a>	Outros Documentos
24212222	06/09/2019 17:45	<a href="#">PROCESSO ADM, B.O., RE e CPF, COMP. DE RESIDENCIA, DOC DO VEICULO, COMP. DE CONTA_</a>	Outros Documentos
24298614	10/09/2019 19:00	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

**Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca De Alagoa Grande – PB**

**JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO**, brasileiro, estado civil: união estável, profissão: Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Cachoeira dos Barbosas, S/N, Área Rural. Município de Ingá - PB, Estado da Paraíba, Cep 58380-000, portador do Rg. nº 3.159.104 SSP/PB e CPF nº 087.403.914-26, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

### **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

#### **1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA**

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.



## 2. DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 07 de Janeiro de 2019, aproximadamente às 14h30min, estava trafegando pela Rodovia BR 079, na cidade de Juarez Távora/PB, quando ao tentar realizar 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. Sendo assim, veio este cair ao solo, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela Delegacia de Polícia Civil de Campina Grande – PB, a vítima estava trafegando no veículo GM/CHEVETTE DL, cor prata, ano/modelo 1991/1991, placa KFL-2987, CHASSI 9BGTC11JMMC131563, licenciada em nome de Maria Aparecida P. dos Santos.

Após o acidente, o autor foi socorrido e logo foi conduzido ao Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi constatado que o mesmo sofreu **FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO** e **FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**, no qual foi submetido a tratamento cirúrgico.

## 3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

“Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementar, nos valores e conforme as regras que seguem, por pessoa vitimada”.

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte;

II – até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e

III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).



De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. ”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

#### EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. ”

**Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido pago parcialmente no valor de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais), razão pela qual está requerendo via judicial.**





## DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

## DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

*Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.*

## 4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;
2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;
3. Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do NCPC, o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação.**
4. **Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução



e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

**5. NO MÉRITO**, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em **JULGAR PROCEDENTE** o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 10.125,00 (dez mil cento e vinte cinco reais)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

**6.** Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 10.125,00 (dez mil cento e vinte cinco reais)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 06/09/2019.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670

#### **QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE**

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:\_\_\_\_\_.



1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

---

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO

ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

---

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS ? :

---

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE ? :

---

Sem mais, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

(assinatura – carimbo – CRM)



## 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: israelfariasadv@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:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		<b>Sistema Único de Saúde</b> Ministério da Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>	
2 - CNES <b>2362856</b>		4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO</b>		7 - CARTÃO DO SUS <input type="text"/>	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1808799</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>11/05/1985</b>	
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <input type="text"/>	
11 - TELEFONE DE CONTATO DD <b>83</b> Nº DE TELEFONE <input type="text"/>		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>SÍTIO CACHOEIRA DOS BARBOSA, 0, ZONA RURAL</b>	
14 - COLOQUE MUNICÍPIO-15 - UF <b>250680 PB</b>		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Ingaí</b>	
16 - CEP <b>58380000</b>		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; height: 100px;"> <p>Dr + Dr Jais</p> <p>Dr + Dr Jais</p> </div>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; height: 100px;"> <p>Exame + exame X-ray</p> </div>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <div style="font-family: cursive; height: 100px;"> <p>X-ray</p> </div>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Tumor de cabeça</b>			
21 - CID 10 PRINCIPAL <b>C62.0</b>			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text"/>			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/>			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="font-family: cursive; height: 100px;"> <p>Linfoma</p> </div>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <input type="text"/>			
26 - CLÍNICA <b>BNT</b>			
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>			
28 - DOCUMENTO <b>(X) CNS ( ) CPF</b>			
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016283320999</b>			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>OTAVIO FERREIRA JUNIOR</b>			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>07/01/2019</b>			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="font-family: cursive; height: 100px;"> <p>Dr Otavio Ferreira Junior</p> </div>			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO ATÍPO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA <input type="text"/>			
37 - Nº DO BILHETE <input type="text"/>			
38 - SÉRIE <input type="text"/>			
39 - CNPJ EMPRESA <input type="text"/>			
40 - CNAE DA EMPRESA <input type="text"/>			
41 - CBO <input type="text"/>			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADOR ( ) EMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>			
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR <input type="text"/>			
45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>			
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/>			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text"/>			
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <input type="text"/>			

re lausny Zetand + rP  
② is


est mda + mmdm  
X

② mmdm d. TMT

MAAT. Rall ZmdmTMT  
TMD



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

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
--	---------------------	---

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	4 - CNES <b>2362856</b>

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; color: blue;">             Dor + desconforto abdominal em hipocôndrio direito           </div>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; color: blue;">             Choledocolitíase + obstrução biliar           </div>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; color: blue;">             X           </div>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; color: blue;">             Tumor biliar           </div>	21 - CID 10 PRINCIPAL <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; color: blue;">             E           </div>
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; color: blue;">             Tumor biliar           </div>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; color: blue;">             DUT           </div>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016285320999</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>OTAVIO FERREIRA JUNIOR</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>07/01/2019</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





07/01/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO  
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1808762

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/01/2019  
Boletim de Emergência (B-E) - Modelo 07 Atendente : Daniela Dos Santos Limeira

PACIENTE: JOSE MARINALDO ELIAS CEP:58380000

Nascimento:11/05/1985

RIBEIRO

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Inga

Idade:033

Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe:

RG:

Nº:0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:252525252

Motivo: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO

CONVÊNIO:SUS

Médico:

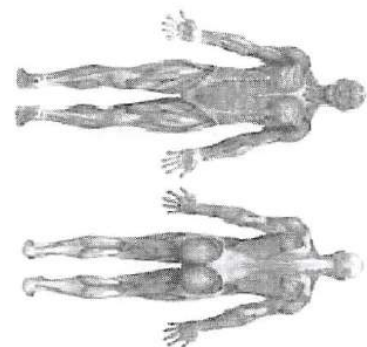
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 9 % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Acidente de carro

http://10.1.1.148/projeletoicg/impreurgencia.php?contar=1808762

cirurgia

EXAME PRIMÁRIO - LÍNICOS

Exame primário - LÍNICOS  
Nega perda de consciência, vômitos e náuseas

Alta da cirurgia geral.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais  
( ) Gasometria arterial  
( ) Tomografia Computadorizada

- ( ) Ultrassonografia:  
( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dr. Israel de Souza Farias às 15:40 Dia 07/01/19

Especialista: Dr. Israel de Souza Farias às 15:40 Dia 07/01/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<u>Exame físico</u>	<u>07-18</u>
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gustavo B. Almeida

CRM 6395-RB

Cirurgia de Emergência

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia do Joelho

CRM-PB 9116 - TEOT-15263

1/2







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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	José Manoel do Espírito Santo		
End:	Sítio Cochoalva dos Barões		Bairro:
Data de Nascimento:	01.05.85	Documento de Identificação:	Inga
Queixa:	do	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

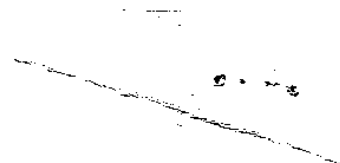
- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional

2022 Data de 5. 2020  
ENFERMEIRA  
COREN 80649





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Yosi Marinaldo Eliam Ribeno		DN: 11/05/1985	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
			33	1808762	
CIRURGIA T2 laparoscópico de		CIRURGIÃO		D <sup>2</sup> Rodolfo + D <sup>2</sup> Wagner + D <sup>2</sup> Buller	
Anestesia Raquel		ANESTESIA		D <sup>2</sup> Ricardo Laureiro	
INSTRUMENTADORA		DATA		FIM	
		21/01/19		13:10	
				14:30	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
01	Midazolam amp.	15	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
01	Dimorf amp.	02	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 Pisado % 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.	03	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml	06	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	02	Mononylon
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	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.	01	Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.	02	Luvas 8.5		
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m		
	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.	05	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotilnazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	02	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	05	6.4 trodop		
01	Agulha p/ raque n° 25	03	bolonxigina 2%		
03	Alcool de Enfermagem	03	11 Alcoolico		
	Alcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon	10	cm		
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

## EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar  
☐ Serra ( ) Eletrocautério  
☐ Destribilador ( ) Oxícapígrafo  
☒ Foco Frontal ( ) Cardiomonitor  
☒ Fonte de Luz Justino de Oliveira ( ) Perfurador Elétrico  
 Stela M. Justino de Oliveira  
 TAP: 18/01/2019  
 CIRCUITANTE RESPONSÁVEL

MOD 066







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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
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 <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

*11469*

Assinatura do anestesista







## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: JOSÉ MARIANO DA SILVA RIBEIRO			IDADE: 33	SEXO: M	COR:
DATA: 21/01/2019	PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	PULSO: 80	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	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DO TOROZOTO (F)					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sub>2</sub> + N <sub>2</sub> O + Propofol + Sufentanil						
LÍQUIDOS	500 ml RL - RL - ml						
CÓDIGOS VP. ARTERIAL AX - ANE - LISA: O - OPERAÇÃO				INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO 			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
POSIÇÃO				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
AGENTES	Narcoanal. 0,5% + O <sub>2</sub> + N <sub>2</sub> O			Com cânula:			
TÉCNICA	Rugam			Paro o Leito Sim _____ Não _____			
OPERAÇÃO	Rodolfo + EL/RE			CONDIÇÕES:			
CIRURGIÕES	Surgido em 2019						
ANESTESISTAS	Dr. J. L. L.						
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=1909061740408000000023447038

Número do documento: 1909061740408000000023447038

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 Marcelo</i>		Nº Prontuário <i>1808795</i>	
Data da Operação <i>21.01.19</i>	Enf. <i>0201</i>	Leito <i>153</i>	
Operador <i>B. Rodelfo Coimbra</i>		1º Auxiliar <i>B. Ulogna (MR3)</i>	
2º Auxiliar <i>B. 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) Ponto de acesso em DLD</i>
<i>2) Anestesia + antiseptico + campo estéril</i>
<i>3) Incisão subfúrcula em "L" + drenagem por plano + hemostático</i>
<i>4) Redução cruenta de peça de protese</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 PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:										PRONTUÁRIO									
JOSÉ MARCELO LIMA																			
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:	JOSE MANUEL 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"/>			Orto 1	1	3				

OS CLÍNICOS:

POS-OP

RAIO X  
REALIZADO EM  
21/01/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES 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 <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
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 <sup>3</sup>	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )
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 <sup>3</sup>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

**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: 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: ☒ 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 n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

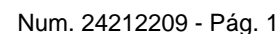
☒ Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

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 marinaldo Registro: Leito: 13 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 ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

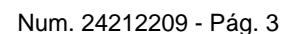
( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: 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

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

(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>	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
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>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<u>17/01/19 às 17:00hs até sem queixas no momento. Segue medicado e.p.m. As anotações da equipe.</u>	
<u>Resposta</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>Resposta</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 ( ) Gatrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data: / /

**Alterações:** ( ) Inapetência ( ) Distúrbio ( ) 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 ( ) Hematúria ( ) SVD. Débito ml/h:

**Aspecto:** ( ) Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

**Condição da pele:** ( ) Integra ( ) 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: **Retirado em:** / /

**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**

*Aguardando procedimento curativo.*

**Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:** Janetla S. Cruz Gondim 16/01/19 DATA: 9:40 HORA: h

**ENFERMEIRA** **COREN: PB 508.860**

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

Locução: ( ) 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: (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**

(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 ( ) Arritmica ( ) 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:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
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: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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>	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<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: 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: 10-1 Leito: 10-1 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 Corro (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: —





<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
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:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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: ____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
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: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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>	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ____ ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<u>Admitido para dar continuidade ao TT, apresenta distensão em NIC.</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).





# REQUISICÃO DE EXAM

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

PRONTUÁRIO	374
LEITE	3
ENF:	1
CLÍNICA:	0201
ALTURA:	1,75
PESO:	70
COR:	B
SEXO:	M
IDADE:	30
ROTINA:	<input type="checkbox"/>
HORA DA SOLICITAÇÃO:	08:10

DADOS CLÍNICOS:

POS-OP

RAIO X

MATERIAL A EXAMINAR:

REALIZADO EM: 22/01/19

EXAMES SOLICITADOS:

Colcôneo B, Raxid e Axial

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

ROTINA: ☐

URGÊNCIA: ☒

HORA DA SOLICITAÇÃO:

DATA: 22.01.19





ORTOPEDIA 1

LEITO 1-3

Nº PRONTUÁRIO: 1808799

JOSE MARINALDO

- 01.01.19 21.01.19
- 1 DIETA LIVRE *após 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*
  - 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H *(14) 18 06*
  - 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN *5N*
  - 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ *(06) 18*
  - 8 CURATIVO DIÁRIO
  - 9 FISIO MOTORA
  - 10 SSW+CCGG *(12) 18 24 06*
  - 11 OXACILINA 2G IV 6/6H
  - 12 MIE ELEVADO

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

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



## 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

19.10

Paciente evolui: sem

febre em 70%, mantido AVE, medicado.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

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

Em, \_\_\_\_\_ 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 + SFO,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, estavel, s/ intercor.  
Pneúmas -  
CD: VPM

Dr. Everton Meira  
CRM-PB 9900  
Ortopedia e Traumatologia



20/PL 14.000. P.A. - 120  
20

GOVERNÒ  
DA PARAIBA

GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAIBA  
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 *14 22 06*
- 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*
- 11 OXACILINA 2G IV 6/6H *18 24 06*
- 12 MIE ELEVADO

Dr. Everton Meira  
Má Otorrinolaringologia e Neumologia  
CRM-PB 9500

FX CALCANEIO+ BASE 5 MITT E

LEITO 1-3

3661 ESTAVELI S/ INTERCOMENLUN

CP: JPM

Dr. Everton Meira  
Má Otorrinolaringologia e Neumologia  
CRM-PB 9500

## DIAGNÓSTICO

## **FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

[illegible]

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

<http://pje.tipb.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 DAPIRONA 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

Ex colchoes + base S. HAT E

LEITO 1-3

BEG, steel, um rodado

Cb: 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 20:00h

Membros inferiores - Comentários: P.A 120x80  
Débil

**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~~ 12 24 96

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

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

BEG, stoneo, nem intercorações

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  
( ) Dispnéia 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 fêles 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

João Manoel

16\01

1 DIETA LIVRE

JELCO

- SUSP
- 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
  - 8 CURATIVO DIÁRIO
  - 9 FISIO MOTORA
  - 10 SSVV+CCGG

- 11 Paracetamol 750mg VO 8/8h x 5
- 12 Oxalona 25 IV 6/6h
- 13 Decadron 1FA + JSN 57 IV 8/8h

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

LEITO 1-3

Fx Calcâneo + base do

S= HTT E

BEG, stone, sem interconos

CH: Vm

1

B

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

Falida  
(14) 22.06  
12 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 ( ) Expectoração  
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 Jose 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 JEJUM PELA MANHÃ
- 8 FISIO MOTORA
- 9 SSVV+CCGG

M N

10 Piroxicam 75mg 01 q

VO 8/8h

Dr. Israel de Souza Farias  
CRM-96.9380

11 Oxidrin 2g EV 8/8h

12 Dexamet 1FA 15mg SF

FX colelitias + Base 50 MTE

0

1-3

LEITO 1000

EGG rotacional, sem intercor-  
rências

CD: VPM

Dr. Everlan Maira  
MR Ortopedia e Traumatologia  
CRM-96.9380

15-01-19  
5905

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

~~in the garden~~  
in Caladnos E + Base 50M

ky Calcedno E + Base 50 mTE

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/07/2023	<p>Diagnóstico: Síndrome da dor regional crônica (SRR)</p> <p>Tratamento: Fisioterapia</p>	14/07/2023	<p>14/07/2023</p>
	<p>Dr. Wagner Falcão</p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PB 8643</p>		<p>14/07/2023</p>
	<p>Dr. Wagner Falcão</p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PB 8643</p>		<p>14/07/2023</p>



Ac: 24

Pacienti admitido de ala  
amarela, apresenta plitina  
em m.I, segue aguardando  
cirurgia e aos cuidados da  
enfermagem.

Diana Gomes da Silva  
COREN-PB 737.442-1E



## Diagnóstico

Excluded B.

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	João Maciel	Alojamento	08	Leito		Convênio
----------	-------------	------------	----	-------	--	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/01	<p>Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643</p> <p>1) Dieta livre 2) Paracetamol 1g VO 8/8h 3) SSV + CCGs</p>	CT CT CT	<p>Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643</p> <p>13/01 - EVOLUÇÃO: BEG, ESTABIL, N AUSTERIAS PUNDES ⊕, RIAC ⊕ 15:00 - 18:00 AGUADA CIRURGIA</p>



521031591 PA

53/01/19:

PA 24X90:

Hora 08:00:

parecer conciliatório sem sucesso  
no momento, mediante tentativa de  
proceder mediação e conciliação  
entre as partes.

Rosa Maria B. da Costa  
OAB/PA 1.254.587-1E

53/01/19  
PA 24X90  
HORA 08:00  
parecer conciliatório sem sucesso  
no momento, mediante tentativa de  
proceder mediação e conciliação  
entre as partes.









51101-09km - 330x800 Pacote EGA com cinco, quantado, multi-  
Cada e P.M. \_\_\_\_\_  
Clenia Arrelly R. O. Cavalcanti  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 385703



[illegible]

Pb: 120x80

Clinti segue os procedimentos  
de acordo com a prática médica.  
~~Ronald~~ segue as regras de procedimentos  
de acordo com a prática médica.



[illegible]



Data  
30/03/19

Hora  
8:00

PM  
120x80

Pacienti consultado, Oculista  
Sem Gripe no momento  
medicado conforme a Prescrição  
medica e segue aos cuidados  
da farmácia 3254-587  
Pena





Sp. Calomys (C) +  
B15 S<sup>2</sup> MIT (C)

## **FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

[illegible]

Inveniente do Sítio  
GOREN PB 384733-TE



**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Dr. Wagner Falcão			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/01	1. Dieta livre. 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 (5x250g) 9. SSVV + CCGG	12:24 12:24 06	Aty sagisier CIT: VFFH
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		







Handwritten notes in blue ink, including a circled 'e' and various illegible scribbles.





ORTOPEDIA 1

LEITO 1-<sup>3</sup>

Nº PRONTUÁRIO:

1808799

for lavado

22/01

- 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 ÀS 20H
- 9 FISIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG

11 Ononulve 2g IV 6/6h

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

500 24 06

06

24 24 06

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

Ata hospitalar

23/01

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

Fx colono B

B36, atordo, na estom  
CS: VM

1

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

FO longo  
Ence nomenclatura pinalda  
CD: atata + notono + endog

1

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

13 9:hs 14 130X80

100ml molu etanol conseru  
Quentado gualgado curatido, medi  
cado conforme prescriçãu médica. João

22/01. 201004. P. 4 - 130 x 80

Procedente evoluti condente 10415-7700,

apo de ten de 1945. João

João







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).


Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> 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)			<b>Número do boleto:</b> 003.4.19.01121/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Grande	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 06/09/2019
<b>Número da guia:</b> 003.2019.601121 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 505,80 <b>Promovente:</b> JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO - Taxa Judiciária: R\$ 151,88 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 659,03
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866500000066 590309283182 520190930005 341901121010 			<b>Valor final:</b> R\$ 659,03

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

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> 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)			<b>Número do boleto:</b> 003.4.19.01121/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Grande	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 06/09/2019
<b>Número da guia:</b> 003.2019.601121 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 505,80 <b>Promovente:</b> JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO - Taxa Judiciária: R\$ 151,88 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 659,03
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866500000066 590309283182 520190930005 341901121010 			<b>Valor final:</b> 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](http://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: israelariasadv@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 Pereira - 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>			
<u>beiro</u>			
Como:	Sinal Público	<input checked="" type="checkbox"/> Autenticidade	Semelhança
Juarez Távora, PB <u>17.04.2019</u> <u>[Assinatura]</u>			
SELO NORMAL			
SELO DIGITAL Nº	<u>AIK63911-5VGN</u>		
Consulte a autenticidade <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a>			

*Cartório do Reg. tro 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

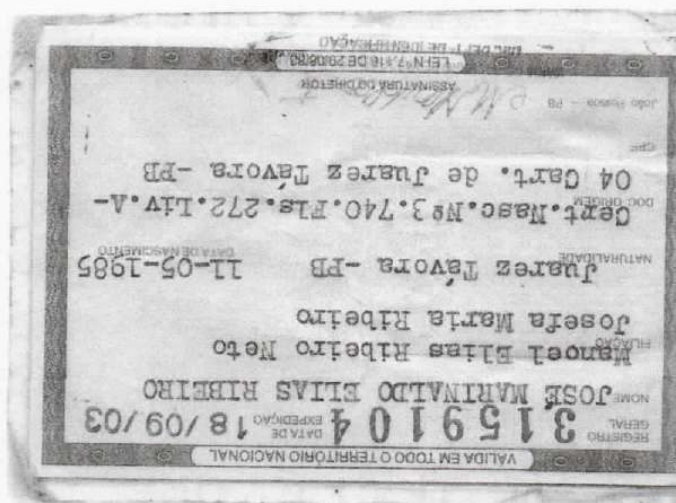
*José Alberto do Nascimento*

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão







MARIA DO SOCORRO ALVES  
SIT. CACHOEIRA BARBOSA BADI, S/N - AREA RURAL  
INGA / PB CEP: 56300000 (AIG: 113)

Emissão: 25/02/2019 Referência: Fev / 2019  
Classe/Subcl: RURAL/AGROPECUÁRIA RURAL MONOFASICA  
Roteiro 18-66-761-300 NP medidor: 00000454903

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-600  
CNPJ 08.095.103/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 020.733.103  
Cód. para Débito Automático: 00001483838

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://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

Após perceber luzes das 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 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 c/ Tributos Total (R\$)	Valor Base Cco (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Cco (R\$)	Pot (R\$)	Cofins (R\$)	
				Pot/Cofins (R\$) (0,8905%) (4,5624%)						
0801	Consumo em kWh	297,000	0,428760	125,86	0,00	0	0,00	125,86	1,25	5,74
0810	Subsídio			53,93	0,00	0	0,00	53,93	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			2,90	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
0808	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	1,78	8,20
Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
344		06/03/2019	R\$ 129,97	Histórico de Consumo (kWh)				

367 | 364 | 402 | 384 | 257 | 321 | 365 | 335 | 358 | 361 | 331 | 295  
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			
DMIC	8,38	LIMITE SUPERIOR	10,78	231
DICRI	16,80			

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	42,19	30,85
Compra de Energia	20,15	14,94
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 EVGD (Ref. 12/2018) R\$ 70,05

#### ATENÇÃO

#### Faturas em atraso

REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) do lado relacionado(a) permaneça(m) 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 dívida 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. 7.691/13 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.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAIS	
DETAN - PB PRT 200901 0295446- 8467645120		MÁRIA APARECIDA P DOS SANTOS 1 18963995-4 2009	
CERTECADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		MÁRIA APARECIDA P DOS SANTOS	
69162832468 KFL2987/PB		69162832468 KFL2987/PB	
GASOLINA		GASOLINA	
KFL2987 PB 9BGTCL1JMMCI31563		KFL2987 PB 9BGTCL1JMMCI31563	
AS, AUTOMOVEL/		AS, AUTOMOVEL/	
5 P/73 /CV PARTIC CINZA		5 P/73 /CV PARTIC CINZA	
IPVA ISENTO		IPVA ISENTO	
***** COTA UNICA *****		***** COTA UNICA *****	
***** PACOTO / COTAS *****		***** PACOTO / COTAS *****	
SEM RESERVA DE DOMINIO		SEM RESERVA DE DOMINIO	
CAMPINA GRANDE-PB 34665		CAMPINA GRANDE-PB 34665	
Ribeiro Aluio Pereira		Ribeiro Aluio Pereira	
CNPJ: 09.248.608/0001-04		CNPJ: 09.248.608/0001-04	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A		Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	
313-1237396-20090925		313-1237396-20090925	







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

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
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		CEP: 58125.000
		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)



Ligação: MONOFÁSICO  
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 5 - 77 - 614 - 289  
Medidor: 00008716750

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
9/230, Km 25 - 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](http://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 Insc. Est.

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. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS (%)	Base Calc. Pis (R\$)	Pis/Cofins (R\$) (1,0845%) (4,9956%)	Cofins (R\$)		
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 PUBLICA			2,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2018			0,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2018			2,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	125,41	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 - Anual

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	3,43	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,86		
FIC ANUAL	13,70		
DMIC	9,80	0,00	
DICRI	12,22		

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	29,21	22,75
Compra de Energia	41,83	32,46
Serviço de Transmissão	4,55	3,54
Encargos Setoriais	6,91	5,38
Impostos Diretos e Encargos	46,06	35,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	128,41	100,00

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

#### ATENÇÃO

Atenção: #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: 093.510.564-65  
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

