



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
24211 656	06/09/2019 17:45	Petição Inicial	Petição Inicial
24212 199	06/09/2019 17:45	PROCURAÇÃO	Procuração
24212 204	06/09/2019 17:45	1_PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
24212 207	06/09/2019 17:45	2_PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
24212 209	06/09/2019 17:45	3_PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
24212 210	06/09/2019 17:45	4_PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
24212 212	06/09/2019 17:45	5_PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
24212 215	06/09/2019 17:45	6_PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
24212 216	06/09/2019 17:45	7_PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
24212 218	06/09/2019 17:45	COMPROVANTE DE PAGAMENTO ADM	Outros Documentos
24212 219	06/09/2019 17:45	GuiaCustas	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
24212 220	06/09/2019 17:45	PROCEDIMENTO ADM	Outros Documentos
24212 222	06/09/2019 17:45	PROCESSO ADM, B.O., RE e CPF, COMP. DE RESIDENCIA, DOC DO VEICULO, COMP. DE CONTA	Outros Documentos
24298 614	10/09/2019 19:00	Despacho	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. (Acordão 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: _____.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617403821800000023446438>
Número do documento: 19090617403821800000023446438

Num. 24211656 - Pág. 5

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 SÍQUELAS 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 judicia 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:



<p style="text-align: center;">SUS Sistema Ministro da Saúde</p> <p style="text-align: center;">LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO</p> <p style="text-align: center;">DE INTERNACAO HOSPITALAR</p>	
<p style="text-align: right;">Identificação do Estabelecimento de Saúde</p> <p>1- Nome do Estabelecimento</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2- CNES 2362856</p> <p>3- Nome do Estabelecimento Executante</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>4- CNES 2362856</p>	
<p style="text-align: right;">Identificação do Paciente</p> <p>5- Nome do Paciente</p> <p>JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO</p> <p>6- N° DO PRONTUARIO 1808799</p> <p>7- Cidade do SUS 11/05/1985</p> <p>8- DATA DE NASCIMENTO</p> <p>9- SEXO Masculino</p> <p>10- Nome da mãe ou responsável</p> <p>11- Telefone de contato</p> <p>12- Endereço (RUA, N. Bairro) SITIO CACHOEIRA DOS BARBOSA , 0 , ZONA RURAL</p> <p>13- Município de Residência</p> <p>14- Cidade Municipal 145 - UF 250680</p> <p>15- UF 5838000</p> <p>16- CEP</p>	
<p style="text-align: right;">Principais Sinais e Sintomas Clínicos</p> <p>17- Principais Sinais e Sintomas Clínicos</p> <p>18- Condições que justificam a internação</p> <p>19- Principais resultados de provas diagnósticas resultados de exames realizados</p> <p>20- Diagnóstico inicial</p> <p>21- CID 10 PRINCIPAL 22- CID 10 SECUNDARIO 23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</p> <p>24- DECRETO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p>25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</p> <p>26- CLÍNICA</p> <p>27- CARTERIA DA INTERNAGAO</p> <p>28- DOCUMENTO (CNS/CFP) DO PROFESSIOAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285520999</p> <p>29- NOME DO PROFESSIOAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 02</p> <p>30- NOME DO PROFESSIOAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p> <p>31- DATA DA SOLICITACAO 32- ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSLEHO</p> <p>32- VINCULO COM A PREVIDENCIA</p> <p>33- () ACIDENTE DE TRANSITO</p> <p>34- () ACIDENTE DE TRABALHO TPCO</p> <p>35- () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO</p> <p>36- CNP E EMPRESA</p> <p>37- N. DO BILHETE</p> <p>38- SEGRE</p> <p>39- CNP E EMPRESA</p> <p>40- CNAE DA EMPRESA</p> <p>41- CBO</p> <p>42- VINCULO COM A PREVIDENCIA</p> <p>43- () ACIDENTE DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</p> <p>44- CÓDIGO EMISSOR</p> <p>45- N. DA AUTORIZACAO DE INTERNAGA HOSPITALAR</p> <p>46- DOCUMENTO (CNS/CFP) DO PROFESSIOAL AUTORIZADOR</p> <p>47- DATA DA AUTORIZACAO</p> <p>48- ASSINATURA E CARIMBO (N. DO REGISTRO DO CONSLEHO)</p>	

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

re dando o resultado + o C
② ix

está correto + enviado
X
① - novo d. TTF
- ATUALIZAR
- ENVIAR



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

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1808799	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 11/05/1985	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - FONE DE CONTATO DD 83 N.º DE FONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO) SITIO CACHOEIRA DOS BARBOSA , 0 , ZONA RURAL				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Ingá		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250680	15 - UF PB	16 - CEP 58380000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Do + sangue + dor</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Crise + dor</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>X</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Inf. b. urin. E</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>E</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Infusão</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA <i>Onit</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285320999	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE OTAVIO FERREIRA JUNIOR		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/01/2019	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Otávio Ferreira Júnior - PB 155</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1808762 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP.: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Limeira

PACIENTE: JOSE MARINALDO ELIAS CEP:58380000

Nascimento:11/05/1985

RIBEIRO

Endereço:STILO CACHOEIRA DOS BARBOSA

Sexo:M

Idade:033

Cidade: Ingá

RG:

Nome da Mãe:

Responsável:

CPF:

Profissão:

CRM:

Data de

Atend:07/01/2019

Motivo: ACIDENTE DE CARRO CARRO X CARRO Hora: 15:30:12

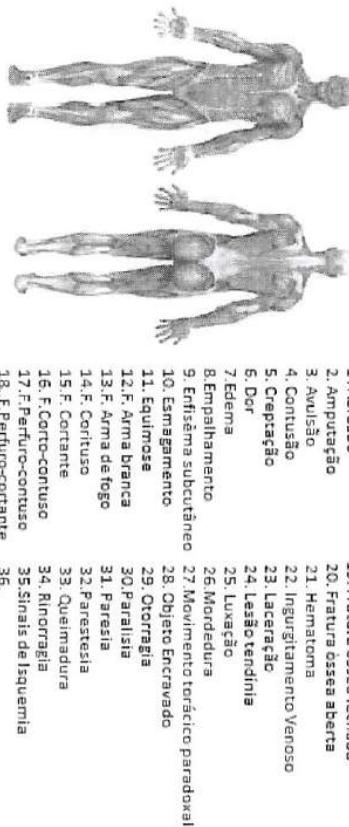
Médico:

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. Dor

7. Edema

8. Embolismo

9. Erisísmo subcutâneo

10. Esmagamento

11. Equívoco

12. Arma branca

13. Arma de fogo

14. F. Contuso

15. F. Contante

16. F. Contuso-contuso

17. F. Perfurado-contuso

18. F. Perfurado-contante

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematomma

22. Ingurgitamento venoso

23. Laceratão

24. Lesão tendinária

25. Luxatão

26. Mordedura

27. Movimento torácico paradoxal

28. Objeto Encaixado

29. Otorragia

30. Paralisia

31. Parésia

32. Parkestesia

33. Queimadura

34. Riorragia

35. Sinal de Isquemia

EXAMES SOLICITADOS:
 Laboratoriais
 Gasometria arterial
 Tomografia Computadorizada
 Radiografias:
 Ultrassonografia:
 Tomografia Computadorizada
 Radiografias:
 EXAME FÍSICO

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Cirurgia /

às

15:30:18 / 07/01/2019

Especialista:

/

às

:

Dia

/

/

PROcedimentoS SOLICITante

PROcedimentoS REALIZadoS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

SERVIÇOS REALIZADOS:		
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico _____	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revolta	_____
<input type="checkbox"/> Internação (setor) _____	<input type="checkbox"/> Decisão Médica	_____
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____	<input type="checkbox"/> Óbito	_____
<i>Manoel do Socorro Alves</i> Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)		





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Manoel dos Reis Ribeiro		
End:	Sítio Cochimba do Barreiro		
Data de Nascimento:	05.05.85	Documento de Identificação:	Início
Queixa:	SC de	Data do Atend.:	04.01.19 Hora: 05:26 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

Joana Darc de S. Farias
ENFERMEIRA
COREN 80649

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 1





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617403984600000023447035>
Número do documento: 19090617403984600000023447035

Num. 24212204 - Pág. 7

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		José Marinaldo Elias Ribeiro		DR: 11/05/1985	REGISTRO: 1808762	GOVERNO DA PARAÍBA
01	LEITE	CONVÉNIO	IDADE: 33			SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CIRURGIA T2 laringeico de Fratura articular Esg.		CIRURGÃO: D ^r Rodolfo da J ^o Wagner e D ^r Geller				Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
ANESTESIA: Regue		ANESTESIA: D ^r Ricardo Soureiro				
INSTRUMENTADORA	DATA: 21/01/19	INÍCIO: 13:10	FIM: 14:30			
Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp. 01	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp. 01	Cafet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Biezenamp. Midazolan 15	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimoramp. 0,2 mg	Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp. 2	Cotonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp. 01	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso		
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
01	Mercaina Picada 2% ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp. 65	Espadrapido Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml 06	Gase Pacote c/ 10 unidades	02	Fila cardíaca		
	Rapifen amp. 01	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	2-0	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qty.	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		
	Flebocordid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp. 02	Luvas 8.5				
	Glicose amp. 15	Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix				
	Haemacel ml.	PVPI Degermante ml				
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS		
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp. 05	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotinazol. 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/ lazer ferimento		
	Revivan amp.	Sonda				
	Stupfanon amp.	Sonda folley	Qty.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica				
		Sonda Uretral n°				
		Steridrem ml				
		Torneirinha				
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml				
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18				
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese				
	Aguilha desc. 3 x 4,5 01	05 faltadas		EQUIPAMENTOS		
	Aguilha p/ raque n° 25 03	05 100% etílica 2%		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
	Álcool de Enfermagem 03	11 plástico		<input checked="" type="checkbox"/> Serra	() Eletrocautério	
	Álcool Iodado ml 04			<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador	() Oxicapiógrafo	
	Ataduras de Crepon 10 cm 04			<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	() Cardiomonitor	
	Ataduras de Gessada			<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz Justino de Oliveira	() Perfurador Elétrico	
	Azul metílico amp.			Stetoskop 12 cm		
	Benzina ml			Tape Entomologia		
				CIRUSTRANTE RESPONSÁVEL		

MOD 066





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Marvaldo Elias Idade: 33 anos
Convênio: SUS Data: 21/01/2015
Procedimento: Tratamento de fratura de cálcanos e

Cirurgião: Dr. Rodolfo Wagner Auxiliar: Anestesista:
pr. Euler

Início: 13:10 Término: 14:30 Anestesia: Fagur

Assinatura Anestesista

Circulante



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
<i>Nenhum Movimento = 0</i>		
<i>Movimenta 2 membros = 1</i>		
<i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i>		
<i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i>		
<i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i>		
<i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i>		
<i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i>		
<i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i>		
<i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i>		
<i>Despertado ao chamado = 1</i>		
<i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JOSE MARINALDO ELIAS KIKEIRO

Nº DO PRONTUÁRIO

1808762

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

IRST. Cirur. De Trauma De Glúteo

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Placa Bluestar De Glúteo			
120 ESQUERDA -	01		
PIE. Blúster 3.5 x 26	02		
10 / 3.5 x 34	01		
10 / 3.5 x 36	02		
10 / 3.5 x 38	01		
10 / 3.5 x 44	01		

DATA DA UTILIZAÇÃO
25/11/19

DATA DA COMUNICAÇÃO

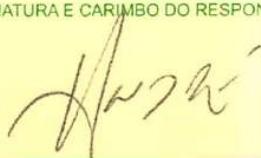
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. Rosolfo + Dr. Wagner
Dr. Euler

Ex 3.5 Bluestar n: 85

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



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

Embalagem Recife - F.: (81) 99831.0833



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>JOSÉ M. PRIMOLAG, clips Ribeirão</i>			IDADE <i>33</i>	SEXO <i>M</i>	COR	
DATA <i>21/01/2019</i>		PRESSÃO ARTERIAL <i>120/70</i>	PULSO <i>8</i>	RESPIRAÇÃO <i>16</i>	TEMPERATURA <i>36.5</i>	PESO <i>70</i>	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			<i>Fractura do Tobogão (E)</i>		ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>metocarbamol + oxacaina 1000 mg</i>				APLICADA	ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²						INDUÇÃO	
							Satisf.: _____	Excit.: _____
LÍQUIDOS							Laringo esparmo: _____	Lenta: _____
							Náuseas: _____	Vômitos: _____
CÓDIGOS PULSO: O - RESPIRAÇÃO VP. ARTERIAL AX - ANE. ESSA: O - OPERAÇÃO							Outros: _____	MANUTENÇÃO
PULSO: O - RESPIRAÇÃO VP. ARTERIAL AX - ANE. ESSA: O - OPERAÇÃO	280						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____	
	240						Não, por quê? _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	120						DESPERTAR	
	100						Reflexos na SO: _____	
POSIÇÃO	80						Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____	
	60						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
AGENTES	40						Outros: _____	
	20						Com cânula: _____	
TÉCNICA	120						Paro o Leito Sim _____ Não _____	
	100						CONDIÇÕES: _____	
OPERAÇÃO	140							
	120							
CIRURGIÕES	100							
	80							
ANESTESISTAS	120							
	100							
OBSERVAÇÕES	140							
	120							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <i>José Haroldo</i>		Nº Prontuário <i>1808795</i>
Data da Operação <i>31.01.19</i>		Enf. <i>Odele 1</i>
Operador <i>Dr. Rodolfo Corrêa</i>		Leito <i>1-3</i>
2º Auxiliar <i>Dr. Euler (Mrc3)</i>	3º Auxiliar <i>Dr. Euler (Mrc3)</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Wagner (Mrc3)</i>
Anestesia		Instrumentador
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx calcaneo E</i>		
Tipo de Operação <i>Osteosíese</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>Sem</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Paciente sube anestesiado em DLD
- ② Anestesia + Osteosíese + compõe estacas
- ③ Incisão subfibrular em "L" + direções por planos + hemostasia
- ④ Reduzão cruento da face de rotura
- ⑤ Osteosíese com placas ilioquadro de calcaneo + parafusos ilioquadro via escopse
- ⑥ Jeve F.O. + rotura + anastro

Dr. Euler Fábio A. Cruz
M.R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8907

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Data	Hora	09	03	01
Jubé Manoel do Nascimento				
19-01-2016	14:00	09	03	01



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

REQUISIÇÃO DE EXAM

PRONTUÁRIO							
NOME:	José Marvaldo Elias						
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEIT.
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					
RAIO X REALIZADO EM 07/01/19							
DADOS CLÍNICOS: Edições carro - carro							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS: Rx de tornozelo (AP) Dr. Gustavo P. Almeida Rx de perna (AP e perfil) CIRURGIA DIGESTIVA CRM 6335/PB							
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO: 07/01/19					





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. 5

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

IE:

10565 Mauá/ PB

PRONTUÁRIO:

DE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

M

F

B

P

A

001

1

3

OS CLÍNICOS:

AÓS-OP

RAIO X
REALIZADO EM
01/09/19

ITEM A EXAMINAR:

ITENS SOLICITADOS:

Rx coluna. E, axial
Rx pé E, AP, lateral

CLÍNICA:

ROTA:

Dr. Eider Fabrício A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

21/01/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

5





ESTADO DA PARAÍBA
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
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000444726
Data: 08-01-2019 11:57
Idade: 33 anos

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

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

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

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.600 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)	
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	192	
Segmentados.....	80,0	7.680	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos			
Típicos.....	14,0	1.344	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monocitos.....	4,0	384	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	138.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³	

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cássia Miguel Agra

Biomédica
CRBM 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



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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. 8



ESTADO DA PARAÍBA
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] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos
Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 7' 00'' min

[DATA DA COLETA: 08/01/2019 11:57] Valores de Referência:
Material: Sangue De 5 a 11 minutos
Método: Lee-White

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



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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. 9

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

Protocolo: 0000444726 RG: NÃO INFORMADO
Data: 08-01-2019 11:57 Origem: ÁREA AMARELA
Idade: 33 anos 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 Cássia 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



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. 10



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Maru naldo | Registro: | Leito: 1-3 | Setor Atual: ortop

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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: preguicicada MJE

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: 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. () Turgância jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: M 5 D Data da punção: 18/01/19	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastrostomia () 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 () Hematuria () SUD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Aguarda em MIE Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Aguarda em MIE Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrumpido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Aguarda cirurgia em MIE	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: C. B. Sobral DATA: 19/01/19 HORA: 18 h	
Carimbo: ENFERMEIRA Número: 43387-PB	

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



Evolução de Enfermagem**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: José Marinaldo | Registro: | Leito: 13 | Setor Atual: 0701

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: () Isocônicas () Anisocônicas () 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

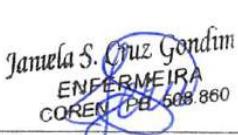
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquacida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSD Data da punção: 150119	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Umidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Início cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Relirado em: / /	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: . . Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>Aguarda procedimento cirúrgico</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
 DATA: 180119 HORA: 10:15h	

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Marinaldo Elias Ribeiro | Registro: | Leito: 1-3 | Setor Atual: ortop.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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: enervação MIE

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 ORGÃOS 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: <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 () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>nte</i> Data da punção <i>15/01/19</i>	
Edema: () MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII () Face () Anasarca. Observações: <i>nie</i> .	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
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 <i>2</i> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>17/01/19 às 17:00hs p/cte sem queixas no momento - Segue medicado</i> <i>e.p.m. dos cuidados da equipe.</i> <i>Porto</i> <i>Karola R. L. Porto Queiroz</i> <i>COREN-PB 166371-ENF</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
<i>Karola R. L. Porto Queiroz</i> <i>COREN-PB 166371-ENF</i>	
DATA: <i>17/01/19</i> HORA: <i>17:00</i> h	

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



Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José Marinaldo* 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 PSICOBIOLÓGICAS

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 () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: *MIG (Prejudicado)*
Línguagem: (). 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
() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () Corada () Hipocorada () Chinense () Sudorese () Fria () Aquecida. Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Drogas vasodilatadoras: () Quais? Ausculta cardíaca: () Ritmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitorio () Definitivo Cateeter vascular: () Periférico () Central () Dissérgico. Localização: MSD Data da punção: 15/01/19 Edema: () MMS () Mili () Face () Anasarcá. Observações: ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) Alimentação: () Vó () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / / Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Próse () Outros: RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados Abdômen: () Normotensos () Distendido () Tensos () Ascítico () Outros: Allimentação: () Vó () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / / Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Próse () Outros: RHA: () Normotensos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados Eliminação: () Eliminação intestinal: () Normal () Lipídica () Constipação húdrea () Outros: Eliminação urinária: () Eliminação () Espontânea () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h; Aspecto: () Outros: Observações: INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA Condígio da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escorragões () Outro: Coloração da pele: () Normocorda () Hipocorda () Ictérica () Cyanótica () Turgor da pele: () Preservado Condígio das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: () Incisão cirúrgica: () Local/Apecto: Curativo em: / / Dreno: () Tipo/Apecto: Curativo: / / Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Maledicente COMUNICAÇÃO, GEGRÁIA E SEGUROANÇA EMOCIONAL 4 - AVAÍLAGO DAS NECESIDADES PSICOSOCIAIS Preservado () Insónia () Dorme durante o dia () Sonno intromípido. Observações: SONO E REPOUSO Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. COMUNICAÇÃO, GEGRÁIA E SEGUROANÇA EMOCIONAL 5 - NECESIDADES PSICOESPIRITUais Religião / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: INTERCORRÊNCIAS Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 16/01/19 HORA: 9:46 h Assinatura: Janete S. Chiu Goncalves CORRENTE: ENFERMEIRA NÚMERO: 6008860	
--	--



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José 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 PSICOBIOLÓGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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 ORGÃOS 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: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>MSD</i> Data da punção: <i>15/01/19</i>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () 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 () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: <i>Flextens</i>	
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: <i>Flextens em MIE</i> Curativo em: <i>15/01/19</i>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>Muletas</i>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Paciente BEG, Estável, sem queixas. Aguarda cirurgia e segue os cuidados da equipe de enfermagem.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Raimunda Maria O' Aquino S. Paiva</i> <i>ENFERMEIRA</i> <i>COREN-PB: 456559</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Raimunda Maria O' Aquino S. Paiva</i> DATA: <i>15/01/19</i> HORA: ___ h <i>ENFERMEIRA</i> <i>COREN-PB: 456559</i>	

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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Marinaldo Elias | Registro: 101 | Leito: 101 | Setor Atual: Ortop
 Idade: 33 | Sexo: M | Cor: | Estado Civil: Sol. | Naturalidade: Guarabira | Profissão: autônomo
 Procedência: Vermelha Amarela Verde UTI CC Ala: Residência Outro
 Data da internação hospitalar: / / | Data da internação no setor: 14/01/19
 Tem um cuidador/Responsável: Quem? esposa (19 do Socorro)
 Telefone: 87278639. | 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 | Medicações em uso: —

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

de- de carro (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: <input type="checkbox"/> Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia. Local: paralizada MJC

Linguagem: Alteração: 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: —

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E —

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: — | Dreno de tórax: D E; Selo d'água —

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação: —



SEGURANÇA FÍSICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:	
RÉGULAGÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio. Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () >3 segundos. () Turgência jugular: () Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia: () Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>5/AVP</i> Data da punção ____/____/_____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> ÁVO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT Hora: _____ Data: ____/____/_____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos; () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há <u>1</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Reterção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: _____ () Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: <i>listeria</i>	
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: <i>lenguada em NIC</i> Curativo em: ____/____/_____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/_____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/_____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: <i>Muleta</i>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: INTERCORRÊNCIAS <i>Adm trato para dor contínua ou IT, apresenta flichten em NIC</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Cláudia M. B. Sobral ENFERMEIRA COREN 443987-PB</i>	
DATA: <u>14/01/19</u> HORA: <u>19</u> h	

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



ORT T



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

REQUISIÇÃO DE EXAM

NAME:	5053 Vinícius			5115					PRONTUÁRIO
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITC	374
	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>				0291	1		3

DADOS CLÍNICOS:

PÓS-OP

~~RAIO X~~

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

EXAMES SOLICITADOS: Colcoses E, Rnkel e Axel

~~Dr. Búler Fábio A. Cruz~~
DR ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGO
CRM-PB 9907

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO: <input type="checkbox"/>
DATA: 22/01/19		



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617404381000000023447043>
Número do documento: 19090617404381000000023447043

Num. 24212212 - Pág. 3

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3
Nº PRONTUÁRIO: 1808799
JOSE MARINALDO

FX CALCANEUS + BASE 5 MTE E

LEITO 1-3

POSIÇÃO INTERCONVENCIONAL

CIS: VPM

1
2

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

OK
OK

1. OMR 1 DIETA LIVRE APÓS RPA
2. JELCO 1 SRL 1000 ml IV 24H 12/48
3. DIPRONA 1G + ABD EV 6/6H
4. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 5N
5. TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H 14/24 26
6. TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 5N
7. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ
8. CURATIVO DIÁRIO
9. FISIO MOTORA
10. SSIV+CCG
11. OXACILINA 2G IV 6\6H 12/24 26
12. MIE ELEVADO

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





TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

21-01-19

RA - 100170

Em, _____ de _____ de _____

19,10

Paciente evoluí: sem
complicações em PDI, mantido p/ ex. médico.

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: _____



FX CALCANEUS+ BASE 5 MTE

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3
Nº PRONTO-AR: 1808799
JOSE MARINALDO

- 1 DIETA LIVRE 1 250g 000:00
- 2 JELCO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 1d 18 24 06
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MAMMA 06
- 8 CURATIVO DIÁRIO 1W
- 9 FISIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG 1M 1/2 18 24 06
- 11 OXACILINA 2G IV 6\6H
- 12 MIE ELEVADO

CRM-PB 9900
DR. LUIZ CARLOS MELLO
MIR ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

BEG, 2019, s/ interagi-
rêmias -
CD: VPM

CRM-PB 9900
DR. LUIZ CARLOS MELLO
MIR ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



15.00

GOVERNO
DA PARÁIBA



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

MOD. 012



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 06/09/2019 17:40:44
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617404381000000023447043>
Número do documento: 19090617404381000000023447043

Num. 24212212 - Pág. 7

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3
Nº PRONTUÁRIO: 1808799
JOSE MARINALDO

FX CALCANEOD+ BASE 5 MTT E

CGG, ESTAVEL, S/ INTENCO MATERIA
LEITO 1-3

CP: JPM

1 DIETA LIVRE

2 JELCO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H ✓ 18/06
4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN ✓ 22/06
5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H ✓
6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN ✓
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MAMNHA ✓

8 CURATIVO DIÁRIO ✓

9 FISIO MOTORA

10 SSVV+CCGG M ✓

11 OXACILINA 2G IV 6/6H ✓ 24/06

12 MIE ELEVADO

Dr. Beckeran Mestrado
Mestrado em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 950

CRM-PB 950
Dr. Beckeran Mestrado
Mestrado em Ortopedia e Traumatologia



13/10. 14/10. P.A. 120
Próximo Poder Constituinte do Brasil, não considerou a
ordem da Enfermagem final.

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

19/01/2019

24:00
P.M. = 100 160 Do.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente			Alojamento:	Leito	Convênio	
						Evolução Médica
	Data	Prescrição Médica				Horário
	1. Dieta					
	2. SRL 1500ml EV/24h					
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h					
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h					
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum					
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN					
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN					
	8. Clexane 40mg SC/dia					
	9. SSVV + CC6G					



Rx colchões + base silicon E

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3 N° PRONTUÁRIO: 1808799
José Nascido

18\01 1 DIETA LIVRE

2 JELCO

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

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

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

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

7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ 06

8 CURATIVO DIÁRIO

9 FISIO MOTORA

10 SSWV+CCGG

11 Oracelina 3g IV 0668 12/18/2019

12 M15 elenco

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

LEITO 1-3

BETG, stocrel, em sedação

Clo: VPR

1

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

12/18/2019



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

 IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: *08m* DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática

() Oligossintomática

SINTOMAS:

 () Cefalácia
 () Dispnéia de esforço
 () Palpitações
 () Dor Precordial
 Relacionada () Esforço

 () Tontura
 () Grande
 () Média
 () Tosse Seca
 () Típica
 () Emoções

 () P. 120x80
 P. e comumente
 oníodo. Rele
 200 mmHg. Feru
 em MIE. Feru
 com ólito. Aspe
 10. Rele
 2538 m

 () Sincopse
 () Pequena
 () Ortopneia
 () Expectorção
 () Atípica
 () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

 () Hipertensão Arterial Sistêmica
 () Diabetes Mellitus
 () Arritmias

 () Hipertensão Pulmonar
 () Insuf. Cardiaca Congestiva
 () Insuf. Renal

 () DPOC () Outros
 () Insuficiência Coronariana
 () 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: *180x180 mm*
PA 120x80

 Membros inferiores - Comentários: *Débora*
5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

MOD. 043

Ass. do Médico



ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3 N° PRONTUÁRIO: 1808799
JOSÉ MARINALDO

FX CALCÂNEO + BASE 5 MTE

LEITO 1-3

- 17\01
- 1 DIETA LIVRE
 - 2 JELCO
 - 3 OXACILINA 2G IV 6\6H
 - 4 PARACETAMOL 750MG VO 8\8H
 - 5 DECADRON 1FA + 15ML SF 8\8H
 - 6 MIE ELEVADO
 - 7 SSVV+CCGG

1 2 3 4 5 6 7

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

1 2 3 4 5

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



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

 () Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|--|--|---|
| (<input type="checkbox"/>) Cefalácia | (<input type="checkbox"/>) Tontura | (<input type="checkbox"/>) Sincopse |
| (<input type="checkbox"/>) Dispnéia de esforço | (<input type="checkbox"/>) Grande | (<input type="checkbox"/>) Pequena |
| (<input type="checkbox"/>) Palpitações | (<input type="checkbox"/>) Média | (<input type="checkbox"/>) Ortopneia |
| (<input type="checkbox"/>) Dor Precordial | (<input type="checkbox"/>) Tosse Seca | (<input type="checkbox"/>) Expectoração |
| Relacionada (<input type="checkbox"/>) Esforço | (<input type="checkbox"/>) Típica | (<input type="checkbox"/>) Atípica |
| | (<input type="checkbox"/>) Emoções (<input type="checkbox"/>) Frio | (<input type="checkbox"/>) Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

{ (<input type="checkbox"/>) Hipertensão Arterial Sistêmica	{ (<input type="checkbox"/>) Hipertensão Pulmonar	{ (<input type="checkbox"/>) DPOC (<input type="checkbox"/>) Outros
{ (<input type="checkbox"/>) Diabetes Mellitus	{ (<input type="checkbox"/>) Insut. Cardiaca Congestiva	{ (<input type="checkbox"/>) Insuficiência Coronariana
{ (<input type="checkbox"/>) Arritmias	{ (<input type="checkbox"/>) insuf. Renal	{ (<input type="checkbox"/>) Aguda (<input type="checkbox"/>) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

{ (<input type="checkbox"/>) Alergia a Medicamentos: _____	{ (<input type="checkbox"/>) Tabagismo
{ (<input type="checkbox"/>) Etilismo	{ (<input type="checkbox"/>) Sedentarismo
{ (<input type="checkbox"/>) Dislipidemia	{ (<input type="checkbox"/>) Outros

 Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

 Ap. Cardiovascular - Comentários: *17-01-2019*

 FC.: _____ b.p.m P.A.: *14 hs - 36,2º 110x60* mmHg

 Ap. Respiratório - Comentários: *Paciente realizado curativo no MII*

 medicado conforme prescrição médica
 mantendo feto salvo.

 Abdômen - Comentários: *paciente realizando evolução*

 com queixas aguardando procedimen-
 to cirúrgico

 Membros inferiores - Comentários: *paciente realizando evolução*

 5 - E.C.G.: *90 hs - 36,5º 120x80*

Paciente evolui com queixas

 Ex. Laboratoriais: *no momento*

 6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO: *Katia*

- | | |
|--|----------------|
| (<input type="checkbox"/>) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal) | 1. RISCO |
| (<input type="checkbox"/>) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal) | 2. DEPENDÊNCIA |
| (<input type="checkbox"/>) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca) | 3. AVA/CUTÂNEA |
| (<input type="checkbox"/>) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar) | 4. PULMONAR |

Obs.: _____

Ass. do Médico

MOD. 043



ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3
Nº PRONTUÁRIO: 1808799

Joel Morello

16/01 1 DIETA LIVRE
JELCO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
4 NAUSEPRON 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 JEJUM PELA MANHÃ
8 CURATIVO DIÁRIO

9 FISIO MOTORA
10 SSVV+C CGG

SUSP

11 Encaixamento 750ml VO 8188 x do
12 Oraline 25 IV 960
13 Decadron 1FA + 15ml SF IV 8188

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

Fix calcâneus + frase do

S = RTT 15

LEITO 1-3

Belo, stoned, nem entençoooo

CLO: VNM

1

2

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

10/01 16/01 17/01 18/01 19/01 20/01 21/01 22/01 23/01 24/01 25/01 26/01



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática

() Sintomática

() Oligossintomática

 DATA - 16.01
HORA - 20:00
PA = 120x80

SINTOMAS:

 () Cefalácia
() Dispnéia de esforço

 () Tontura
() Grande

 () Sincopse
() Pequena

 () Palpitações
() Dor Precordial
Relacionada () Esforço

 () Média
() Tosse Seca
() Típica
() Emoções

 () Ortopneia
() Expectoração
() Atípica
() Pós-prandial

 16/01/2018 11:10:00
Pc. Tensecente
onvenido. Revi-
zado novo, no
sem pé. Férula
sem humor despejo.
MCPM. Segue
sem queijo
vermelha 2558

 Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

 () Hipertensão Arterial Sistêmica
() Diabetes Mellitus
() Arritmias

 () Hipertensão Pulmonar
() Insuf. Cardiaca Congestiva
() Insuf. Renal

 () DPOC
() Outros
() Insuficiência Coronariana
() 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.: _____

MOD. 043

Ass. do Médico



15.01.19
15 dias

Perante o Juiz que quiser no
momento, foi medicado p/ receber
e feito cuidados CRM.

RA - 120 + 80





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

acidente	<u>Dore May Givoldos</u>	Alojamento	<input checked="" type="checkbox"/>	Leito	<u>10 - 1</u>	Convênio	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	------------	-------------------------------------	-------	---------------	----------	--------------------------

Data	Prescrição Médica	Evolução Médica
10/10/2018	Dr. Wagner Falcão	Evolução

16:24

Paciente admitido da ala
amarela, apresenta história
em m. I, segue agravando
cúmulo e aos cuidados da
enfermagem.

Diana Gomes da Silva
COREN-PB 137.442-TE

12/09/2019 10:44

13/09/19:

RA 240X90:

Hora 08:00:

Passou conversa com o Dr. Antônio Júnior Souza

No momento, Multado e aguarda a

prescrição médica - Exames

clínicos e exames

de sangue

Rosa Maria B. da Cunha
CORONEL/2019-09-13 10:44:10





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

320

Diagnóstico

for 1/01/2017 (D)

Israel Souza Farias

Paciente

Data	Prescrição Médica	Horário	Leito	Convênio
11/01/2017	Dr. Wagner Faleiro ORTOPEDISTA E RAUMATÓLOGA CRM-PB 8643	12:15 (00) 45	007, 008 009, 010	

Evolução Médica				

J3101-091Wm- 330x80º Pact E G1 com carta (outro lado, nova) -
cadro com PM

Clelia Arleli R. Q. Carvalho
Téc. de Enfermagem

COREN-PB 385700





P: 120x80

quintas fases dos procedimentos de enfermagem, realizados os procedimentos de acordo com a previsão médica. Sigue um fluxo at o momento ronaldinho



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fix calcario $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$



Data
10/04/19

Hora
8:00

DR
320x80

Paciente estável. Os sintomas
seu queixa no momento
indicado conforme a prescrição
medica segue dos encartes
do exame 1294-587
peso





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

DIAGNÓSTICO

Fe. Calomyscidae
Bol. S. MIT(E).

FOIHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



PAI (130x20) / 500 (93-1)

lhamelide do Brasil
CORON PE 33/133-TE

Plano de organização e estrutura
comunicação e cultura organizacional

Protocolo 0910119



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617404556900000023447047>

Número do documento: 19090617404556900000023447047

Num. 24212216 - Pág. 6



DIAGNÓSTICO

BRUNNEN
F. A. C. (C. St. L. O. C.)

6

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

John Morris (18)

Diagnóstico

Free software

60

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:46
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617404556900000023447047
Número do documento: 19090617404556900000023447047

50



Fix coluna E

ORTOPEDIA 1
LEITO 1-3
Nº PRONTUÁRIO:
1808799
Isaac Henrique

23/01

- 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 SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV EM JEJUM PELA MANHÃ
- 8 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H
- 9 FISIO MOTORA
- 10 SSVV+CCGG
- 11 Onocidio 2g IV 6/6H
- 12 decadron 15mg IV 5/5 IV 8/8H
- 13 decadron 15mg IV 5/5 IV 8/8H

01

1

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

19 9:00 14/30/80

Paciente enolou estando consciente
orientando realizando cálculos, medi-
cado conforme prescrições médica. Jóia lhe

22/02. 20:00h. P. 4-110 kg

Paciente enolou com orientação razoável
não perceber queixa. Ponto.



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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190299612 **Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO**

Data do Acidente: 07/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000000908-3**

Conta: **000010021574-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.4.19.01121/01
	Alagoa Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/09/2019
Número da guia: 003.2019.601121 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 505,80 Promovente: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO - Taxa Judiciária: R\$ 151,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,58
Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 659,03
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866500000066 590309283182 520190930005 341901121010</p>			Valor final: R\$ 659,03

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.4.19.01121/01
	Alagoa Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/09/2019
Número da guia: 003.2019.601121 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Promovente: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT			UFR vigente: R\$ 50,58
Detalhamento:			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 659,03
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 659,03

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.4.19.01121/01
	Alagoa Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 06/09/2019
Número da guia: 003.2019.601121 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 505,80 Promovente: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO - Taxa Judiciária: R\$ 151,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,58
Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 659,03
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866500000066 590309283182 520190930005 341901121010</p>			Valor final: R\$ 659,03





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 003.2019.601121

Data Vencimento: 30/09/2019

Data Emissão: 06/09/2019

Comarca: Alagoa Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: JOSÉ MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

Valor da Causa: R\$ 10.125,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 505,80

Taxa: R\$ 151,88

Total da Guia: R\$ 657,68

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

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617405023700000023447050>
Número do documento: 19090617405023700000023447050

Num. 24212219 - Pág. 2

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

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190299612 **Vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO**

Data do Acidente: 07/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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

Pag. 01/181/01182 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 087.403.914-26 Nome completo da vítima: JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

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

Nome completo JOSE MARINALDO ELIAS RIBEIRO

CPF: 087.403.914-26

Profissão: AGRICULTOR	Endereço: Sítio Cachoeira Barbosa Baixo	Número: s/n	Complemento:
Bairro: área rural	Cidade: Ingá	Estado: PB	CEP: 58380-000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 986127750	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco(237)	<input type="checkbox"/> Itaú(341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil(001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal(104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0908

3

CONTA: 23574

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 Falecidos: Sim Não Vítima deixou Vivos: Falecidos: 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, Juazeiro-PE 31/04/2013

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

EFS 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 FIRMA POR AUTENTICIDADE”

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TÁVORA - PB
Av. Adalberto Pereira da Melo - S/N - Centro - Juarez Távora - PB
E-mail: cartoriodoregistrociviljt@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a (s) firma (s) de Jose Marinaldo Elias Ri-
berio

Como : Sinal Público Autenticidade

Semelhança

Juarez Távora, PB 17.04.2019

[Handwritten signature of Juarez Távora]
Cartório do Registro Civil
Av. Adalberto Pereira da Melo e Melo
Ivone Alves de Melo e Melo
ESCRITURA
JUAREZ TÁVORA - PB

SELO NORMAL

SELO DIGITAL Nº ALK63911-5VG-N

Consulte a autenticidade <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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 - 58410-168 - (83) 3310-9319



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 N° 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 Estavel, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 3.159.104, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 n° 9BGTC11JMMC131563, de placa KFL-2987/PB, licenciado em nome de Maria Aparecida P. dos Santos, 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, 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, expeço 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

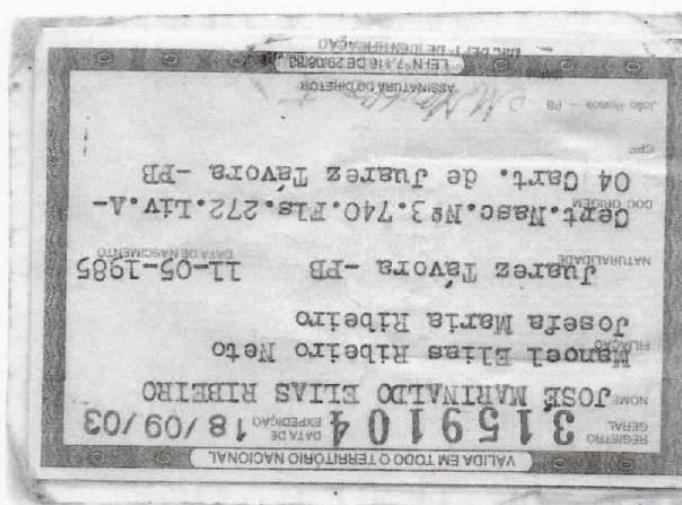
Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 06/09/2019 17:40:53
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617405202700000023447053
Número do documento: 19090617405202700000023447053

Num. 24212222 - Pág. 4

MARIA DO SOCORRO ALVES
SIT CACHOEIRA BARBOSA BAIXO, S/N - ÁREA RURAL
INGA / PB CEP: 58380000 (AG: 113)

Emissao: 25/02/2019 Referencia: Fev / 2019 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subcls: RURAL/AGROPECUÁRIA RURAL MONOFASICO 250, Km25- Cristo Redentor- Joao Pessoa/PB - CEP:58071-650
Roteiro 18- 66- 781- 300 NP medidor: 00000454803 CNPJ:09.095.103/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº:026.733.103
Cód. para Déb. Automático: 00004483838

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/648383-8

Canal de contato

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leitura	Data	Leitura							
25/01/18 31218 25/02/18 31515										
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa C/	Valor Base C/	Aliq. Icms(R\$)	Icms	Base C/	Pct(R\$)	Cofre(R\$)	
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pct/Cofre(R\$)	(0,9905%)	(4,5524%)		
0801	Consumo em kWh	297.000	0,423760	125,86	0,00	0	0,00	125,86	1,25	6,74
0810	Subsídio			53,83	0,00	0	0,00	53,83	0,53	2,46
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA		9,14	0,00	0	0,00	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	0,00
0805	MULTA 12/2018		2,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
usu0	COMPENSACAO POR INDICADOR-DMIC 12/2010		-6,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio		-50,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 129,97 0,00 0,00 179,79 1,78 8,20
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

344 06/03/2019 R\$ 129,97
Histórico de Consumo (kWh)

387 | 384 | 402 | 294 | 257 | 321 | 365 | 335 | 359 | 361 | 361 | 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 RISCO

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

composição do Consumo

Indicadores de Qualidade			composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,56	13,38	Serviços de Dist. da Energisa/PB	42,19	30,95
DIC TRIMESTRAL	23,19		Compra de Energia	62,15	44,11
DIG ANUAL	46,38		Serviço de Transmissão	8,58	4,81
FIC MENSAL	7,87	2,00	Encargos Seforais	9,97	7,32
FIC TRIMESTRAL	15,34		Impostos Diretos e Encargos	17,42	12,78
FIC ANUAL	30,69		Outros Serviços	0,00	0,00
DIMC	6,39	10,73	Total	136,29	100,00
DICR	18,60		Valor do BIEG (Ref: 12/2018) R\$ 70,05		

ATENÇÃO

Faturas em atraso

AVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) fatura(s) a(s) lado(s) relacionada(s) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 10/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento, após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.

Inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento
27.891/13 R\$ 50,94



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

Num. 24212222 - Pág. 5

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.



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

Num. 24212222 - Pág. 6



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

<http://pie.tpbj.us.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090617405202700000023447053>

Número do documento: 19090617405202700000023447053

Num. 24212222 - Pág. 7





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

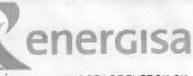
Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 30/04/2019

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante



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



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sic: RES-MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5 - 77 - 814 - 299
Medidor: 00008716750

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km26 - Crieiro Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est: 16.015 023-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°022.090.423
Cód. para Déb. Automático: 00017321514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	093.510.564-65 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 2019 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 nossas contas 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 3794	Data 09/04/19	Leitura 3938	1 144 28

Demonstrativo								
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cofre	Aliq. Icms(R\$)	Icms(R\$)	Base Cofre Pst(R\$)	Cofre(R\$)
0501	Consumo em kWh	144.000	0,854400	123,03	123,03	27	33,21	123,03
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	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 128,41 123,03 33,21 123,03 1,33 6,14
Tarifa e/ou Tributos: 0,571770

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

Histórico de Consumo (kWh)

118	101	113	112	105	114	130	140	151	178	128	123
Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/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-Area			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGMENSAL	6,47	0,00	NOMINAL	220	
DIGTRIMESTRAL	12,94				
DICANUAL	25,89				
FICMENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA		
FICTRIMESTRAL	8,86		LIMITEINFERIOR	202	
FICANUAL	13,70		LIMITESUPERIOR	231	
DMIC	8,80	0,00			
DICRI	12,22				
				Total 128,41	100,00
				Valor do EUSD (Ref. 2/2019) R\$38,69	

ATENÇÃO

Abriu Verde: #ChegadaAcidente de Trabalho

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 D'AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000				
Nosso Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Pago				
26249120000438900	C01732151201904	11/05/2019	R\$ 128,41	
BENEFICIARIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183 / 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

Num. 2421222 - Pág. 10



**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



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 10/09/2019 19:00:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091019004031900000023528261>
Número do documento: 19091019004031900000023528261

Num. 24298614 - Pág. 1