



Número: **0821223-18.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **23/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAIKOM (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23799 967	23/08/2019 19:50	Petição Inicial	Petição Inicial
23799 968	23/08/2019 19:50	Petição Inicial	Outros Documentos
23799 970	23/08/2019 19:50	Procuração	Procuração
23799 971	23/08/2019 19:50	Doc. Pessoais e Comp. de Residência	Documento de Identificação
23799 975	23/08/2019 19:50	SAMU, BO e Comp. de Pag. Administrativo.	Outros Documentos
23799 979	23/08/2019 19:50	Doc. Médica 1	Outros Documentos
23799 981	23/08/2019 19:50	Doc. Médica 2	Outros Documentos
23799 984	23/08/2019 19:50	Doc. Médica 3	Outros Documentos
23799 986	23/08/2019 19:50	Doc. Médica 4	Outros Documentos
23799 988	23/08/2019 19:50	GuiaCustas	Outros Documentos
24197 515	06/09/2019 12:05	Despacho	Despacho
28054 518	06/02/2020 18:44	Mandado	Mandado

Petição Inicial em anexo.





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CIVIL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.

MAIKOM, brasileiro, solteiro, auxiliar de mecânico, portador do RG de nº 4117601- SSP/PB, e CPF de nº: 704.212.714-50, residente e domiciliado na Rua Ferroviária, nº 08, Ap. 06 C, Bairro: Quarenta na cidade de Campina Grande/PB, CEP 58416-195, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com endereço profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS 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 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.





DOS FATOS E DOS DIREITOS

O Autor foi vítima de acidente automobilístico dia 07/09/2017, quando trafegava na sua motocicleta Honda/CG 150, ano/modelo 2008, cor azul, placa MNW-0075/PB, chassi de nº 9C2KC8308BR004314, na rua Almirante Barroso, bairro da liberdade, momento em que sobrou na curva e perdeu o controle de direção, vindo cair ao solo e sofrendo lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital e Emergência e Trauma de Campina Grande-PB, conforme descrito em prontuário médico, atestado médico e no Boletim de Ocorrência em anexo, da Polícia.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais **FRATURA DE FÊMUR NA PERNA DIREITA , ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS/SUTURA)**, o que sem dúvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudos médicos acostados aos autos e perícia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL, TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supramencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez





permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

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 suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

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

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

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.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA

340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao





seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007, devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidez permanente, devido o autor não possui capacidade econômica para arcar com tais despesas, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV : “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- Que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com o **rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;





03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

04- Seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- Com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- Seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- Não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já se encontram em anexo;

09 – **Requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame se torna imprescindível para o julgamento da presente demanda;

10 – Requer que a parte Ré anexe o processo administrativo, fazendo juntar ao caderno processual boletim de ocorrência original entregue na abertura do sinistro, por esta em poderes da Seguradora Líder.

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor **R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 23 de Agosto de 2019

GERSON LUCIANO SANTOS NETTO
- Advogado - OAB/PB 24.614





QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

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

PACIENTE:_____.

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

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

_____.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

_____.

4) EXISTEM _____ SEQUELAS _____ RESIDUAIS?:

_____.

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

_____.

Sem mais, em ____/____/____.

(assinatura – carimbo – CRM)





PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE:MAIKOM, brasileiro, Solteiro, Auxiliar de Mecânico, portador da Cédula de Identidade nº: 4.117.601 SSDS/PB, inscrito no CPF nº: 704.212.714-50, residente e domiciliada Rua, Ferroviária, Nº 08, Apo. 06 c, Quarenta, Campina Grande /PB. Cep:58416-195. Fone:(83)98622-2981.

OUTORGADO:GERSON LUCIANO SANTOS NETTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, ambos com endereço profissional na Rua: professora Corina Maria Rabelo, nº 28 Bairro José Américo de Almeida -, na Cidade de João Pessoa/PB, 986434993.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de **30%**, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei nº 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

João Pessoa/PB, de de 2019.

Outorgante/Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1674216821

PROIBIDO PLASTIFICAR
1674216821

NOME: **MAIKOM**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 4117601 SS DS PB

CPF: 704.212.714-50 DATA NASCIMENTO: 17/10/1993

PERM.ÇÃO: JOELMA

PERMISSÃO: ACC: CATHA: AB

Nº REGISTRO: 06590359170 VALEZADE: 21/10/2020 1ª HABILITAÇÃO: 30/03/2016

OBSERVAÇÕES:
EAR;

Assinatura do Portador: *Maikom*

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 13/02/2019

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 80199155459 PB038446324

PARAÍBA



REMETENTE 036737

INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N

SANTA ROSA

CAMPINA GRANDE - PB

58416-680

☐ MUDOU-SE ☐ RECUSADO ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ NÃO PROCURADO ☐ PORTEIRO/SÍNDICO
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO ☐ AUSENTE
☐ DESCONHECIDO ☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

EM: / /

RESPONSÁVEL VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



MAIKOM

FERROVIARIA 08 AP06 BLC

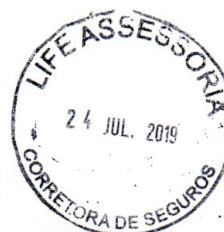
QUARENTA

CAMPINA GRANDE PB

58416-195



5013196987420760000003648130181017





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Nº 113

CERTIDÃO

Conforme Registro de Ocorrência de nº 00004 do dia 07/09/2017, às 05hs28min, **CERTIFICO** que a guarnição de Auto Resgate (AR-33) deslocou até a Avenida Almirante Barroso, Bairro: Liberdade, Campina Grande-PB para atender uma ocorrência de **QUEDA DE MOTO**. Chegando ao local, a vítima, o Sr. **MAIKOM** de identidade nº 4.117.601 2ª via SSP/PB, 24 anos se encontrava ao solo com uma possível fratura de fêmur no membro inferior direito. Tão logo, feito os procedimentos técnicos, a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

CAUSA PROVÁVEL: Ignorada*****

CHEFE DA GUARNIÇÃO: SD BM ALEXANDRE ALVES ARAÚJO*****

Quartel em Campina Grande – PB, 17 de Novembro de 2017.



GLADSTONE NOGUEIRA DA SILVA – CAP QOABM
Chefe do CIOP do 2º BBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA-2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, Nº 428 – SÃO JOSÉ, CEP: 58400-028 – CAMPINA GRANDE-PB.
TEL: (83) 3310-9299 / FAX: (83) 3310-9296 -
E-MAIL: comando2crbm@bommas.com



SINISTRO 3190444687 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MAIKOM**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO MAIKOM**CPF/CNPJ:** 70421271450**Posição em 02-08-2019 08:07:33**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Jurqs e Correção	Valor Total
05/08/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/07/2019	Aviso de Sinistro*	





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00009.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 07/09/2017

Hora: 05:28:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Almirante Barroso, Liberdade, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Maikom
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Joelma e Não Declarado
	Idade: 24 Data de Nascimento: 17/10/1993 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Auxiliar de Mecânico
TESTEMUNHA	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 704.212.714-50
	Endereço: Rua Dom Manoel Pereira da Costa, 46, Quarenta, Campina Grande, PB
	Complemento: Bloco, C, APTº 006
	Telefone: (83) 98622-2981
	Nome: Sheila Raquel Leite da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Josiane Brito da Silva e José Waldivan Leite da Silva
	Idade: 26 Data de Nascimento: 08/11/1991 Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: união estável
	Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante
	Documentos(s) de Identificação: RG nº 3563658 SSP/PB
	Endereço: Vila Ferroviária, 08, Quarenta, Campina Grande, PB
	Complemento: Bloco, C, APTº 06
	Telefone: (83) 98622-2981



Confere com o original em meu
poder, outorgado em 05 de maio de 2019
de acordo com o art. 106 do CC/04

Ademir da Costa Vilas
18 de 18

Procedimento Policial: 00009.01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA

Nome: Kelly Cristina Cardoso da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ivanilda Silveira da Silva e José Ricardo Cardoso da Silva
Idade: 33 **Data de Nascimento:** 14/03/1984 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Cabelereira
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 052.992.114-65
Endereço: Rua do Juá, 94, Tambor, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98719-9351

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 JOB, tipo de veículo Motocicleta, cor Azul, ano MNW-0075, placa MNW-0075, chassi 9C2KC08308R084314, renavam 96489347

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 JOB, Ano/Modelo 2008/2008, cor azul, Placa MNW-0075-PB, Chassi de N° 9C2KC8308R004314, licenciada em nome de Thiago Lemos Rodrigues, quando trafegava na rua Almirante Barroso, bairro da Liberdade, momento em que sobrou na curva e perdeu o controle de direção, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura de Fêmur na perna direita, sendo socorrida pelo Corpo de Bombeiros e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de janeiro de 2018.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

MAIKOM
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00009.01.2018.2.00.420

2/2





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.
DIRETORIA GERAL
NÚCLEO DE AUDITORIA

CERTIDÃO

CÓPIA

Certificamos para os devidos fins de direito que o paciente atendido no dia 07 de setembro de 2017 (Atendimento nº. 1500978), pelas 06:09 h, foi **MAIKOM**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº. 41.17.601 SSP/PB e CPF nº. 704.212.714-50, filho de Joelma, natural de Campina Grande - PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se MAYCON CARDOSO DA SILVA, leia-se **MAIKOM**.

Certificamos, ainda, que o paciente, apresentou Carteira Nacional de Habilitação original onde consta o nome correto do mesmo.

Campina Grande/PB, 29 de janeiro de 2018

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 157.816-2 – OAB/PB 12.139
Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Pedro Mário F. A. Fernandes
Núcleo de Auditoria/Assistente Jurídico

PEDRO MÁRIO FREITAS ALVES FERNANDES

Assessor Jurídico do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 210.411-3 – OAB/PB 22.160



07/09/2017

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1500978 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Data: 07/09/2017

PACIENTE: maycon cardoso da
silva 24 anos

CPF: 038.788.268/0038-52
Sexo: Masculino
Idade: 02/2017
RG: 58432-809
Nº: 0
Profissão:
Data de
Atend: 07/09/2017
Hora: 06:09:39
CRM:
Especialidade:
Nascimento: 31/12/1969
Telefone:
Bairro:
CNS:
CONVÊNIO-SUS

Cidade:

Nome da Mãe:

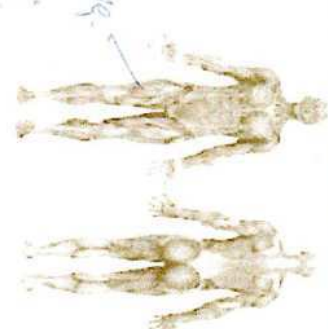
Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abordagem
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Craniotomia
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Empalme suturado
10. Empalme
11. Enfiamento
12. F. Alça branca
13. F. Alça de ferro
14. F. Contusão
15. F. Contusão
16. F. Contusão
17. F. Contusão
18. F. Contusão
19. F. Contusão
20. F. Contusão
21. F. Contusão
22. F. Contusão
23. F. Contusão
24. F. Contusão
25. F. Contusão
26. F. Contusão
27. F. Contusão
28. F. Contusão
29. F. Contusão
30. F. Contusão
31. F. Contusão
32. F. Contusão
33. F. Contusão
34. F. Contusão
35. F. Contusão
36. F. Contusão

OBS:

QUEIMADURA:

%
Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

http://10.1.1.148/projetohcg/impreurgencia.php?contar=1500978

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D S. CLINICOS

Exame físico normal, sem alterações.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

Sat02

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada



SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Exame físico</i>	<i>06:09:39</i>
2	<i>Exame físico</i>	<i>06:09:39</i>
3	<i>Exame físico</i>	<i>06:09:39</i>
4	<i>Exame físico</i>	<i>06:09:39</i>
5	<i>Exame físico</i>	<i>06:09:39</i>
6	<i>Exame físico</i>	<i>06:09:39</i>

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



07/09/2017



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1500978 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CEP: 58432-809 Data: 07/09/2017
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: maycon castanheira
idade 24 anos MAJOM

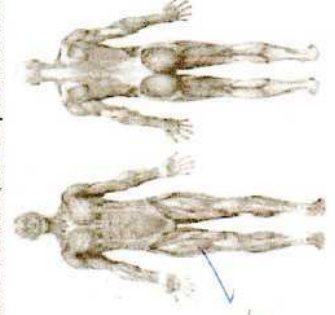
Endereço: Nascimento: 31/12/1969
Telefone: Bairro: N°-0 Profissão: CNS: CONVÊNIO-SUS
RG: Idade: 02017 Sexo: Especialidade:
CPF: Data de Atend: 07/09/2017 Hora: 06:09:39 CRM:
Nome da Mãe: Cidade: Estado Civil: Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Medico:



OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS
MECANISMOS DO TRAUMA

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

- 1. Abrazão 19. Fratura cística fechada 35.
- 2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
- 3. Avulsão 21. Hematoma
- 4. Contusão 22. Ingestão de veneno
- 5. Crepitação 23. Laceração
- 6. Dor 24. Lesão tendinosa
- 7. Edema 25. Luxação
- 8. Empalramento 26. Mordedura
- 9. Erisipela subcutânea 27. Movimento torácico paradoxal
- 10. Esmagamento 28. Objeto Encaixado
- 11. Equimose 29. Otiorragia
- 12. F. Arma branca 30. Paralisia
- 13. F. Arma de fogo 31. Paralisia
- 14. F. Cortado 32. Paratetania
- 15. F. Cortante 33. Queimadura
- 16. F. Corte-contuso 34. Rinsorragia
- 17. F. Perfuro-contuso 35. Sinal de Ictemia
- 18. F. Perfuro-cortante



OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 0% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Fratura de punho

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1500978

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D S CLINICOS

Exame Primário - D S CLINICOS
Exame Primário - D S CLINICOS
Exame Primário - D S CLINICOS
Exame Primário - D S CLINICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO
EXAME FÍSICO
EXAME FÍSICO
EXAME FÍSICO

PA HGT: SatO2

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

EXAMES SOLICITADOS:
() Ultrassonografia: PAX
() Radiografias: B. U. E. C. A. D.

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

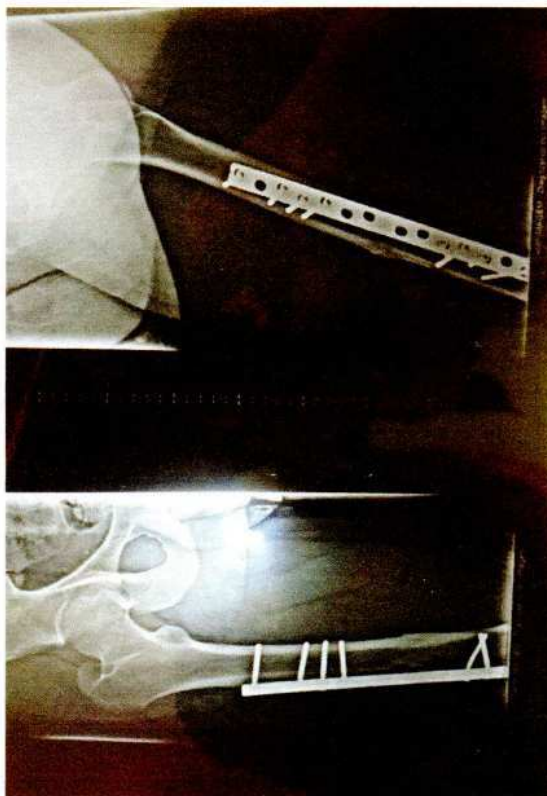
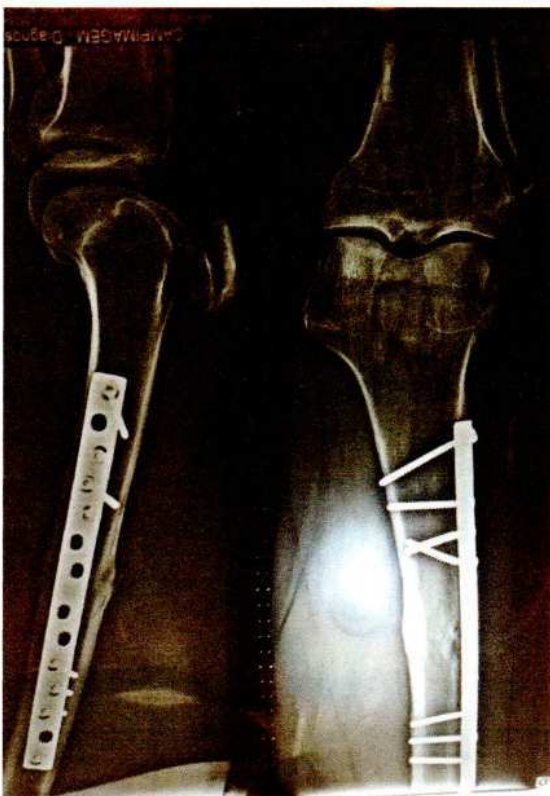
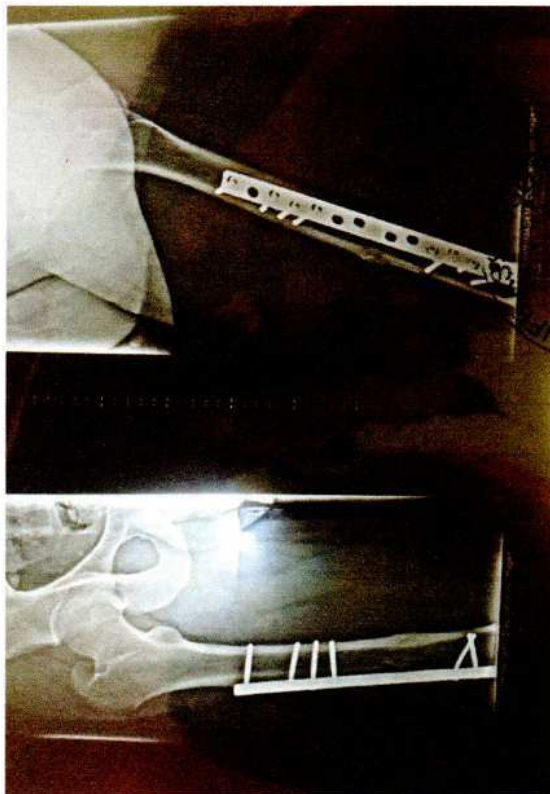
Especialista: D. A. P. S. / às : Dia / /
Especialista: / às : Dia / /

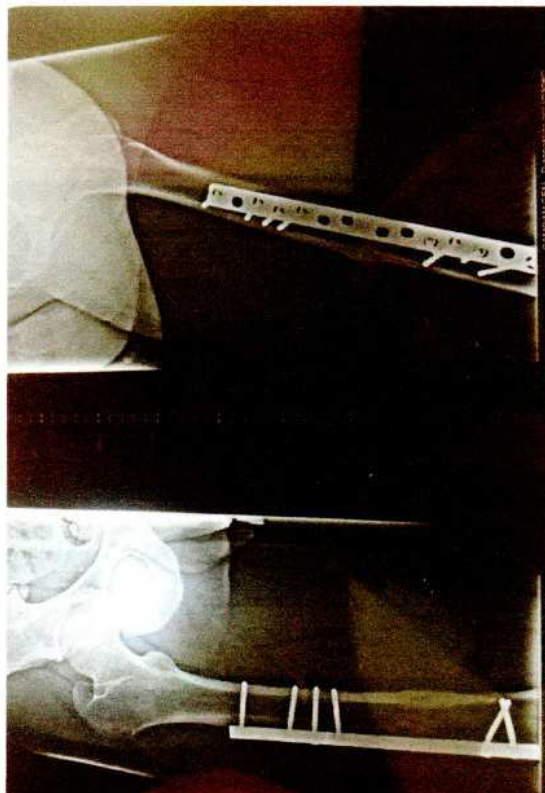
MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:


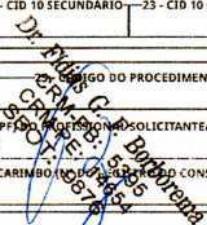

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	S. O. - 5h. 400 - 2h.	
2	T. 0 - 5h. 400 - 2h.	
3	100 - 2h. 400 - 2h.	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





Data da internação: 07/09/2017 Hora: 08:19:40

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE MAYCON CARDOSO DA SILVA				1501014	
7 - CARTÃO DO SUS 103 6090 4966 3232		8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969 17/10/93		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Joelsona				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua do Jua 94					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Cambira Grande				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 0 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pendulo e 1 p humil MII					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tx cir.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx + ex. físico.					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fract. dist. de hum.		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Trauma de hum.					
25 - NOME DO PROCEDIMENTO		26 - CLÍNICA			
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO () CNS () CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 207426920710003	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/09/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 		49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Maurício Cardoso da Silva 77/10/1993			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		S.U.S.	23 anos	7500978	
CIRURGIA		Tratamento Cirúrgico de Exatoma de Fêmur D. e F. máx.			
ANESTESIA		Raque			
INSTRUMENTADORA		DATA			
24/09/17		08:40'			
FIM		15:40			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	Catel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolartina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrase ml	Dreno de sucção 4.3		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	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	Mefenina	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nutalin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca	
	Racifen amp.	H.O. ml	05	Mononylon	2-0 ...
	Thionembul ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
02	Dicadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0	04	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
01	Glicose amp.	Oxigênio l/m	2 l/min		
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPi Degemante ml			
	Heparema ml	PVPi Tópico ml.			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico			
01	Lasix amp.	Saco coletor	02	SG Normotermico fr 500 ml	
	Medrolinazol	Seringa desc. 10 ml	04	SG Gelado fr 500 ml	
02	Masli amp.	Seringa desc. 20 ml	01	SG Hipertermico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		SG fr 500 ml	
	Stuptanon amp.	Sonda folley			
02	Cefalotina tg	Sonda Nasogática			
		Sonda Uretral n°	14		
		Sterycrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
04	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
08	Agulha desc. 4x1.5				
01	Agulha p/ raque n°				
05	Álcool de Enfermagem				
04	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>ORTHESE E PRÓTESE</p> <p>01 Concentrado de hemocian 500ml</p> <p>T.M. Cirurgica</p> <p>01 Placa 14P</p> <p>08 Paraf. cort. 45</p> </div> <div> <p>EQUIPAMENTOS</p> <p>(X) Oxímetro de Pulso</p> <p>(X) Serra elétrica</p> <p>() Desfibrilador</p> <p>(X) Foco Frontal</p> <p>() Fonte de Luz</p> <p>() Foco Auxiliar</p> <p>(X) Eletrocautério</p> <p>() Oxícapiógrafo</p> <p>(X) Cardiomonitor</p> <p>(X) Perfurador Elétrico</p> </div> </div>					
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					

Adriano Ferreira Rodrigues
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 432.177

MOD 066



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDADE:

PRONTUARIO:

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA • CG

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRURGICA

SAIDA

☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

☐ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- PROCEDIMIENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMIENTO

- PROCEDIMENTO

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PA

24 JUL. 2016 ON

24 JUL. 2013

□ CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

**CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS,
COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU
NÃO SE APLICAM**

☒ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

PERDAS SANGUÍNEAS?

DO PACIENTE

☒ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

ŞİM

NÃO

SIM E HA EQUIPAMENTO DISPONIVEL

RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

SIM E HA ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO



AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

SMT

NÃO SE APLICA

Assinatura

Adriana Ferreira Rodrigues
TEC. DE ENFERMAGEM
CORREIO - PB 432 177

GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES												REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME:	Maycon Anderson da Silva												PRONTUÁRIO:						
IDADE:	SEXO:	M	F	COR:	B	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:							
DADOS CLÍNICOS:																			
f. de h. em ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 01/09/14																			
MATERIAL A EXAMINAR:																			
EXAMES SOLICITADOS:																			
<div style="text-align: center;">  </div>																			
URGÊNCIA:	<div style="text-align: center;">  </div>																		
DATA:	07/09/17																		
Carimbo e Assinatura do Médico																			

MAN - 007





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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Macon E. da Silva			
Data da Operação	27 set 17	Enf.	Leito
Operador	Dr. Wilson	1º Auxiliar	Dr. Jefferson R.
2º Auxiliar	Dr. Julio R.	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura cominativa		
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1 - Paciente em D.D.H., após anestesia
- 2 - Absecesso e Antissepsia
- 3 - Absecesso e Antissepsia
- 4 - Incisão para totalidade do D. (+)
- 5 - Redução e sutura da ferida (+)
- 6 - Posição para (+) fixação para...
- 7 - Sutura
- 8 - Curativo

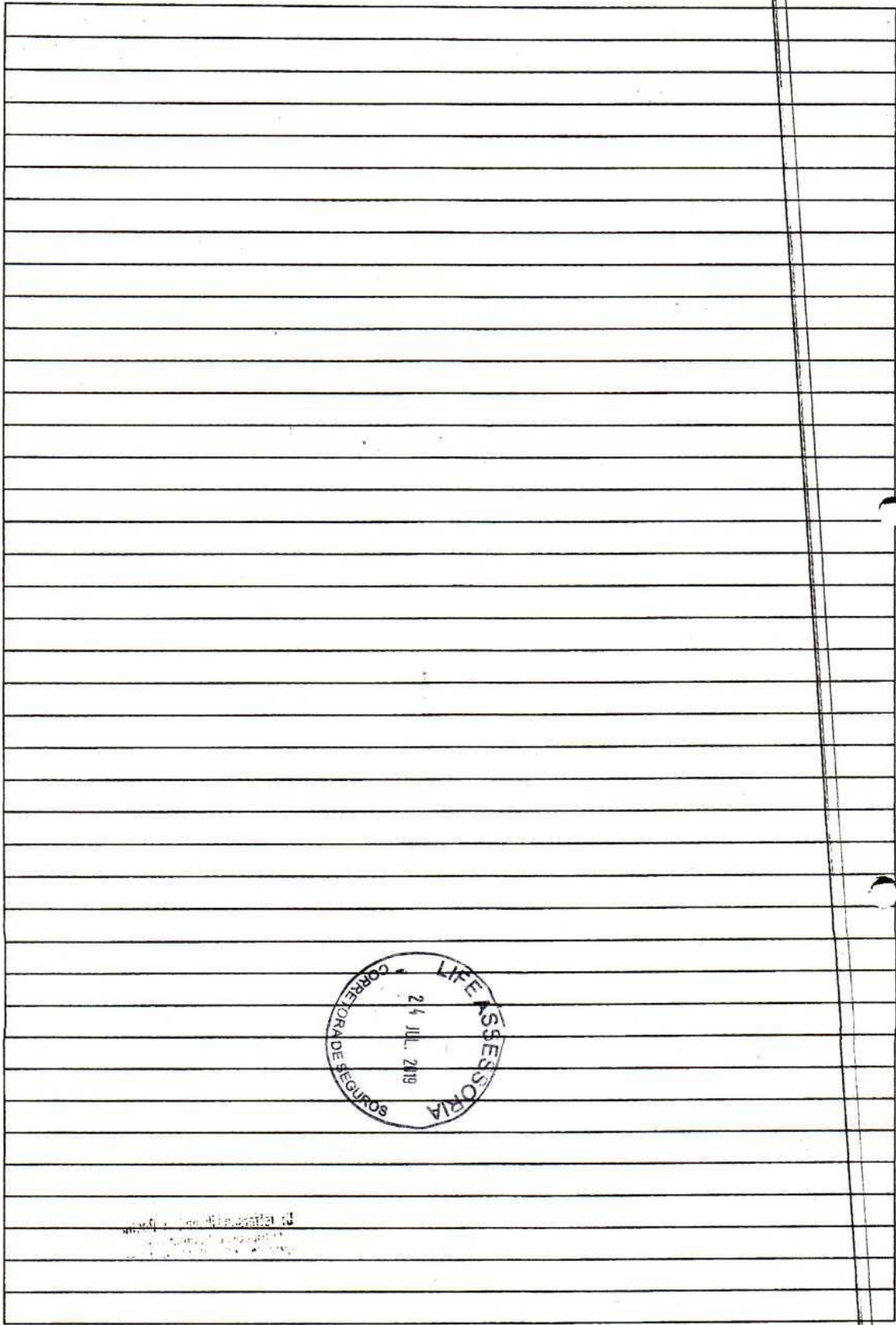
24 JUL 2013

SESSÃO DE SEGUROS

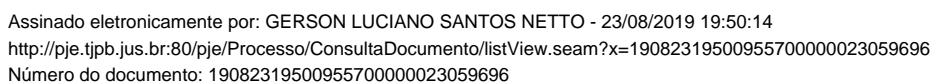
Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 - CRM-PB 10168

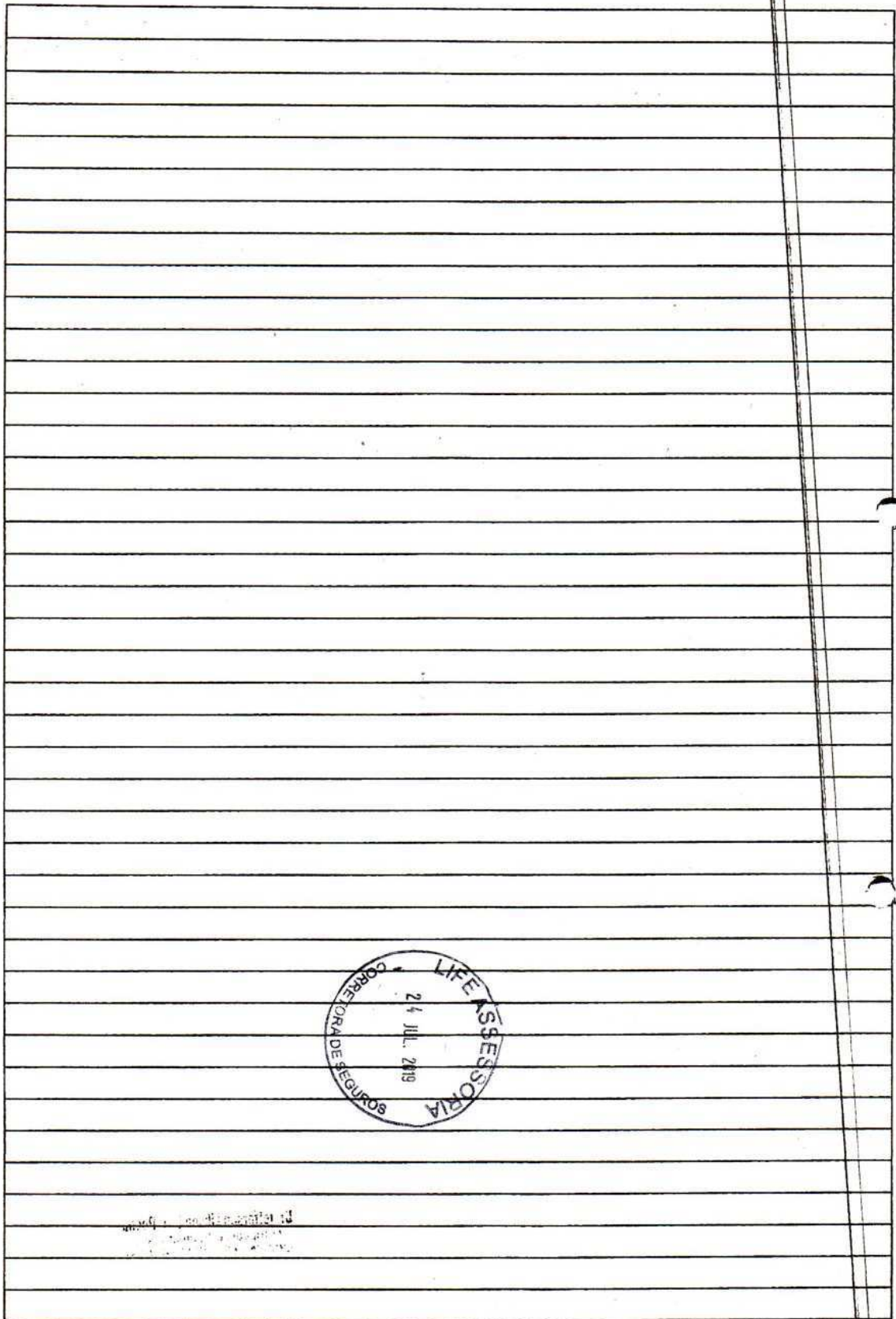
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

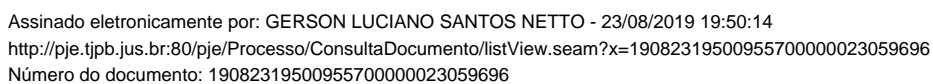


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 08/07/2019

Assinatura do anestesista





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

REQUIS.ÃO DE EXAMES

PRONTUÁRIO:	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
NOME:	Mafior Cardoso de																														FELIX																				PRONTUÁRIO:																																																	
IDADE:	14																														ANOS																				PRONTUÁRIO:																																																	
SEXO:	M										F										B										P										A										PRONTUÁRIO:																																																	
COR:	B										P										A										PRONTUÁRIO:																																																																					
PESO:	45																														KG																				PRONTUÁRIO:																																																	
ALTURA:	1,60																														M																				PRONTUÁRIO:																																																	
CLÍNICA:	PRONTUÁRIO:																														PRONTUÁRIO:																				PRONTUÁRIO:																																																	
ENF.:	PRONTUÁRIO:																														PRONTUÁRIO:																				PRONTUÁRIO:																																																	
LEITO:	PRONTUÁRIO:																														PRONTUÁRIO:																				PRONTUÁRIO:																																																	

DADOS CLÍNICOS:

FELIX



MATERIAL A EXAMINAR:

04/09/17

EXAMES SOLICITADOS:

RX de Lacia AB
RX de caafelhos e ABH

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

07-08-17

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Cláudio Carneiro da
Cirurgia Geral - CRM 15.723

Carimbo e Assinatura do Médico





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gerson Luciano Santos Netto		
End:	Rua 1000, 4840, Baitão		
Data de Nascimento:	14.10.93	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente de trabalho?	Data do Atendimento:	7.9.17
	() Sim	Hora:	6:10
	() Não	Documento:	

Classificação de Risco

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

Estratificação

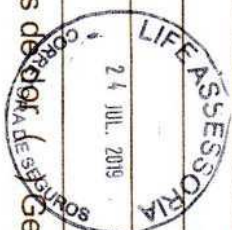
☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
Briana Moura da Silva

ENFERMEIRA

COREN-PE: 223.352

Assinatura e carimbo do profissional



MOD. 110

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

0709H: 56 de de la -
adme in - Ale de la
pour le service
pour le service

24 JUL 2019

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

()Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

()óbíro

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ORTOP
LEITO 1.3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 24

FX DIAFISE FÊMUR D

Paciente **MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24**

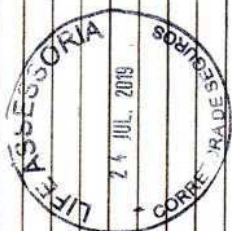
Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/08	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0,9% 1500ML EV P/ 24H	12:30	24 DIH #ORTOPEDIA
	3 CINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	12:18	12:00
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1X/DIA LENTO	14	BEG estabil
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12:18	sem intercorrências
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	12:18	Dureza de Evoluções
	7 MALEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	12:18	
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM	12:18	
	9 XAREFTO 15MG + CP VO DIA	12:18	#CD: VPM
	10 CURATIVO 1 X DIA	12:18	31/08/19
	11 SSV + CCG	12:18	
	Dr. Julio C. Cardoso Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 10665		Dr. Julio C. Cardoso Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 10665



MOD 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28-09 2017	14hs	37 ²⁰			140x90		Paciente em Venoclise, em pós-operatório imediato retirado dreno de sucção fundo curativo, medicado conforme prescrição médica Kátia	
	20hs	36 ⁶⁰			130x80		Paciente medicado conforme prescrição médica, volui sem suixas no momento Kátia	
	06h	36 ³⁰					Paciente suixa-se de esta sentindo uma quintura do corpo o mesmo alega que a febre mais foi verificado temperatura mais o mesmo não apresenta febre Kátia	



Diagnóstico

FX DIAFISE FÊMUR D

ORTOP I
LE110 1.3

PRE OP:

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 1-3
----------	-----------------------------	------------	-------	----------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/07	1 DIETA LIVRE	18h	20º DIH
	2 SF 0,2% 1500ML EV P/ 24H	18h	#ORTOPEDIA
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	18h	
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO	18h	
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	18h	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	18h	
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN	18h	
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM	18h	
	9 XARELTO 15MG + CP VO DIA	18h	
	10 CURATIVO 1 X DIA	18h	
	11 SSNA + CCGG	18h	

Dr. L. Carlos Castro

Ortopedia - Traumatologia

CRM: 100.9805

CD: VPM

BEA estável

sem intercorrências

Dureza + Enxaquecas +

24 JUL 2019

CORRETORA DE SEGUROS



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27.09 2014	08:00				110 40		Paciente consciente orientado med cade Pós op. ratório o mesmo segun tes estado de engajamento	
27.09 2014	19:00				90 60		Paciente continua nos cuidados de engajamento	

• pH	7,316		[7,350 - 7,450]
pCO ₂	47,9	mmHg	[32,0 - 48,0]
↓ pO ₂	25,3	mmHg	[83,0 - 108]
Valores de Oximetria			
ctHb	13,0	g/dL	[12,0 - 16,0]
↓ sO ₂	43,6	%	[95,0 - 99,0]
↓ FO ₂ Hb	42,3	%	[94,0 - 98,0]
FCOHb	1,2	%	[0,5 - 1,5]
FHHb	54,8	%	
↑ FMetHb	1,7	%	[0,0 - 1,5]
Valores dos Electrólitos			
cK ⁺	3,6	mmol/L	[3,4 - 4,5]
cNa ⁺	137	mmol/L	[136 - 146]
↓ cCa ²⁺	0,88	mmol/L	[1,15 - 1,29]
↑ cCl ⁻	113	mmol/L	[98 - 106]
Valores dos Metabolitos			
↑ cGlu	118	mg/dL	[70 - 105]
cLac	1,6	mmol/L	[0,5 - 1,6]
cCrea	82	μmol/L	[53 - 106]
ctBil	23	μmol/L	
Valores Corrigidos pela Temperatura			
pH(T)	7,316		
pCO ₂ (T)	47,9	mmHg	
pO ₂ (T)	25,3	mmHg	
Estado de Oxigenação			
ctO ₂ c	7,7	Vol%	
p50 _c	27,90	mmHg	
Estado Ácido-Base			
cBase(Ecf) _c	-1,6	mmol/L	
cHCO ₃ ⁻ (P.st) _c	21,5	mmol/L	
Valores Calculados			
cBase(B) _c	-2,2	mmol/L	
cBase(Ecf) _c	-1,6	mmol/L	
cHCO ₃ ⁻ (P) _c	23,7	mmol/L	



↓ pH	7,310		[7,350 - 7,450]
↑ pCO ₂	48,4	mmHg	[32,0 - 48,0]
↓ pO ₂	27,8	mmHg	[83,0 - 108]
Valores de Oximetria			
ctHb	13,0	g/dL	[12,0 - 16,0]
↓ sO ₂	53,5	%	[95,0 - 99,0]
↓ FO ₂ Hb	51,9	%	[94,0 - 98,0]
FCOHb	1,3	%	[0,5 - 1,5]
FHHb	45,2	%	
↑ FMetHb	1,6	%	[0,0 - 1,5]
Valores dos Electrólitos			
cK ⁺	3,6	mmol/L	[3,4 - 4,5]
cNa ⁺	138	mmol/L	[136 - 146]
↓ cCa ²⁺	0,88	mmol/L	[1,15 - 1,29]
↑ cCl ⁻	113	mmol/L	[98 - 106]
Valores dos Metabolitos			
↑ cGlu	121	mg/dL	[70 - 105]
↑ cLac	1,7	mmol/L	[0,5 - 1,6]
cCrea	81	μmol/L	[53 - 106]
ctBil	20	μmol/L	
Valores Corrigidos pela Temperatura			
pH(T)	7,310		
pCO ₂ (T)	48,4	mmHg	
pO ₂ (T)	27,8	mmHg	
Estado de Oxigenação			
ctO ₂ c	9,5	Vol%	
p50 _c	26,35	mmHg	
Estado Ácido-Base			
cBase(Ecf) _c	-1,8	mmol/L	
cHCO ₃ ⁻ (P,st) _c	21,5	mmol/L	
Valores Calculados			
cBase(B) _c	-2,5	mmol/L	
cBase(Ecf) _c	-1,8	mmol/L	
cHCO ₃ ⁻ (P) _c	23,6	mmol/L	



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		RAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal;			
<input checked="" type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante			<input checked="" type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros)	44+		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			
<input type="checkbox"/> Atender para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos)			<input type="checkbox"/> Melhorar a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade)			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			<input type="checkbox"/> Manutenção do equilíbrio da higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável			
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente)
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.			
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação			
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			
<input type="checkbox"/> Observar reações de desconforto/irritação			<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			<input checked="" type="checkbox"/> Melhorar a integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.	sempre		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input checked="" type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.	2/2 h		<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%.			<input type="checkbox"/> Melhorar da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			<input type="checkbox"/> Partido respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	2/2 h		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	44+		
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos			
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência)			
<input checked="" type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.	efetivo		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			<input type="checkbox"/> Melhorar do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros:			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros



Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

Mariana Delima Silva
ENFERMEIRA
CRE-EN-25 309028

FONTE: NRC-2010 CHAVES L. D. SOLANGE A. SAE 2 ed 2013

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maycon Cardoso da Silva Registro: 1 Leito: 3 Setor Atual: Orto I

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 () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

☒ Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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


SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M5 D	Data da punção 10/09/14
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) 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: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas (X) Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: (X) Preservado	
Condições das mucosas: (X) 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 (X) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Continua aguardando cirurgia em M.D., fez uso de tração no membro.	
Não sofreu queixas.	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Milena Lima Silva	DATA: 11/09/14 HORA: 14:00 h

Milena Lima Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB 309928

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maycon Cardoso da Silva Registro: Leito: 1-3 Setor Atual: onco I

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: 2019/08/23 Hora: 19:50

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

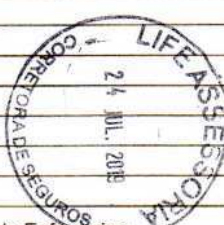
Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u>	Data da punção: <u>07/09/12</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> JVO () 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 <u>2</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> 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: <u>Aguardando MID</u>	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> 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 Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Continua aguardando cirurgia em MID, faz uso de braço no suprido membro. Retirado sangue para exames laboratoriais.</u>	

RÉGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>					
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais?					Precordialgia <input type="checkbox"/>
Ausculta cardíaca:	<input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Outros. 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:		MSG Data da punção 07/09/12	
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 checked="" 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"/> Normotenso <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 type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há 2 dias <input type="checkbox"/> Outros:					
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;					
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:					Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" 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"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>					
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: aguardando MID					Curativo em: ___/___/___
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:					Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:		Local:		Descrição:	Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:					
INTERCORRÊNCIAS						
Continua aguardando cirurgia em MID, faz uso de braceleto no membro superior direito para exames laboratoriais.						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 9/9/12 HORA: 18 h						

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maycon Carlos da Silva Registro: Leito: 1-3 Setor Atual: Ortop.T

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: Ex. Fêmur

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (x) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: ____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: (x) 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 (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente BCG, estável, sem queixas. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	
Raimunda Mariana O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
LIFE ASSESSORIA 24 JUL 2019 CORRETOR DE REGISTROS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	Raimunda Mariana O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559
DATA: 08/09/17	HORA: ____ h

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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): MAYCON CARDOSO DA SILVA Protocolo: 0000360507 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 30-09-2017 05:29 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: ENF 01 - L 03

HEMOGLOBINA 9.4

[DATA DA COLETA: 30/09/2017 05:56]

Material: Sangue

Método: Landmetahemoglobina

Valores de Referência:

VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g%

Masculino: 13.5 - 18.0 g%

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE 27.5 %

[DATA DA COLETA: 30/09/2017 05:57]

Material: Sangue

Método: Hintoche

Valores de Referência:

37 - 47 % (Wintrobe)

Assinatura

Anal Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão: 30/09/2017 07:42 - Página 1 de 1





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): MAYCON CARDOSO DA SILVA

Protocolo: 0000360263

RG:

NÃO INFORMADO

Dr(a): JULIO CESAR CASTRO

Data: 28-09-2017 14:49

Origem:

CLINICA ORTOPEDICA I

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 23 anos

Destino:

ENF 01 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/09/2017 15:24]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	2.9 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	8.0 g/dL	13.5 a 16.7 g/dL
Hematócrito.....	24 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	83 fL	82.0 a 92.0 fL
H.C.M.....	28 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL


SÉRIE BRANCA


Leucócitos.....	7.900 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2.0	158
Segmentados.....	74.0	5.846
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	21.0	1.659
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3.0	237
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biómedico
CRM 5010



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 001.5.19.12434/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/08/2019
Número da guia: 001.2019.612434 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/08/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.009,60 Promovente: MAIKOM - Taxa Judiciária: R\$ 167,06 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS - Taxa bancária: R\$ 1,35 CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 50,48
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.190,01
			Desconto total: R\$ 0,00
866800000113 900109283185 520190831005 151912434017 			Valor final: R\$ 1.190,01

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 001.5.19.12434/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/08/2019
Número da guia: 001.2019.612434 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/08/2019
Promovente: MAIKOM Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			UFR vigente: R\$ 50,48
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Cartas R\$ 12,00			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.190,01
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.190,01

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 001.5.19.12434/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/08/2019
Número da guia: 001.2019.612434 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/08/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.009,60 Promovente: MAIKOM - Taxa Judiciária: R\$ 167,06 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS - Taxa bancária: R\$ 1,35 CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 50,48
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.190,01
			Desconto total: R\$ 0,00
866800000113 900109283185 520190831005 151912434017 			Valor final: R\$ 1.190,01





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 001.2019.612434

Data Vencimento: 31/08/2019

Data Emissão: 23/08/2019

Comarca: Campina Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: MAIKOM

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 11.137,50

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.009,60

Taxa: R\$ 167,06

Total da Guia: R\$ 1.188,66

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

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





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

Vistos etc.

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

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;

2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;

3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;

4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).

5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;

6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do Código de Processo Civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;

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

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



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

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

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

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.







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

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo nº 0821223-18.2019.8.15.0001

AUTOR: MAIKOM

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

Advogado: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO OAB: PB24614 Endereço:
desconhecido

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

Vistos etc.

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

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;
2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber:
a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;
3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;
4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).
5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;



6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do Código de Processo Civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso;**

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

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

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

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

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

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.

Assinado eletronicamente por: **ELY JORGE TRINDADE**

06/09/2019 12:05:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **24197515**



19090611095879200000023433328

Campina Grande-PB, 6 de fevereiro de 2020

De ordem, SANDRA MARIA BARBOSA

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

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



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 06/02/2020 18:44:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020618443309800000027060747>

Número do documento: 20020618443309800000027060747