



Número: **0800314-90.2020.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **27/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROMILSON DE OLIVEIRA (AUTOR)		PATRICIO CANDIDO PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
29452103	27/03/2020 08:29	Petição Inicial	Petição Inicial
29452521	27/03/2020 08:29	Ação diferença de dpvat por invalidez - romilson de oliveira - R\$ 1.687,50	Outros Documentos
29452519	27/03/2020 08:29	comprovante de pagamento administrativo pela Lider	Documento de Comprovação
29452517	27/03/2020 08:29	procuração e declaração de pobreza	Procuração
29452512	27/03/2020 08:29	documento pessoal e comprovante de residencia	Documento de Identificação
29452507	27/03/2020 08:29	boletim policial	Documento de Comprovação
29452118	27/03/2020 08:29	prontuario medico - HETDLGF	Documento de Comprovação
29452506	27/03/2020 08:29	Guia de custas previas	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
29620175	02/04/2020 14:03	Despacho	Despacho
29637945	02/04/2020 19:59	Mandado	Mandado

EM ANEXO - PDF



Excelentíssimo(a) Sr(a) Dr(a) Juiz(a) de Direito da VARA CÍVEL
da Comarca de ESPERANÇA/PB.

-PEDIDO JUSTIÇA GRATUITA;
-AÇÃO DE DIFERENÇA DE INVALIDEZ – COMPLEMENTAÇÃO DE DPVAT;

ROMILSON DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 3.045.027 SSDS/PB, CPF nº 117.936.557-74, residente e domiciliado no SÍTIO TANQUES, Nº S/N, ZONA RURAL, SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA/PB, CEP: 58.119-000, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, conforme instrumento procuratório incluso, podendo receber intimações, citações, notificações, entre outros, **com endereço Profissional na Rua Santa Catarina, nº 833, Bairro da Liberdade, na Cidade de Campina Grande/PB, CEP.: 58.414-035, fone: (83) 98700-8099, (83) 99935-9957, E-mail: patricioadv@hotmail.com**, com fundamento na Lei nº 6.194/1974 e Código Civil, vem perante Vossa Excelência, promover a presente

AÇÃO DE COBRANÇA (DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT – INVALIDEZ)

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ Nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada por intermédio de seu representante legal, na RUA DA ASSEMBLEIA, nº 100, 26º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP.: 20011-904**, expondo e requerendo ao final o seguinte:

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

Douto Julgador, é sabido 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 n.º 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

Assim, procura-se evitar que alguém tenha frustrada a busca ou a defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios econômicos. Em



resumo, a prestação de assistência judiciária visa a assegurar duas garantias fundamentais: a igualdade de todos e o acesso a Justiça.

-SINOPSE DOS FATOS:

O Autor foi vítima de acidente de trânsito, fato verificado no início da noite do dia 18/06/2019, na área central, do Município de São Sebastião de Lagoa de Roça/PB.

O sinistro se deu, quando o autor ao tentar atravessar a rua, mais especificamente em frente ao Mercado Central, foi atropelado por uma motocicleta não identificada, cujo condutor e demais características são ignorados, tendo em vista que se evadiu do local sem prestar socorro.

Tudo conforme Boletim de Ocorrência Policial em anexo.

HISTÓRICO: que no dia 18 de junho de 2019, às 18h00min, quando estava na frente do mercado central desse município, ao tentar atravessar a pista, foi atingido por uma moto não identificada que fez uma ultrapassagem indevida. Que a moto que provocou o acidente não parou para socorrer o comunicante. Que do acidente resultou em uma fratura no tornozelo do pé esquerdo. Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o trauma na cidade de Campina Grande.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

Tamanha a gravidade dos ferimentos, o autor foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES em CAMPINA GRANDE/PB, onde sofreu tratamento cirúrgico, devido às fraturas no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268-0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/06/2019

Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 N° ATEND: 1923913

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 18/06/2019 HORA : 19:37:53

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO



Pelo fato do(a) Autor(a) ter sido vítima de acidente automobilístico, o(a) mesmo(a) faz jus ao seguro obrigatório (DPVAT), segundo preceitua a Lei n. 6.194/74, sendo que a Promovida, ao efetuar o pagamento o fez a menor, apropriando-se de valores pertencentes a(o) Promovente.

No caso em tela, o autor recebeu tão somente R\$ 1.687,50 (UM MIL, SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS), fazendo jus assim, a diferença do seguro DPVAT no valor de R\$ 7.762,50 (SETE MIL, SETECENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS), com correção monetária e juros desde o pagamento a menor (26/11/2019 - sinistro 3190609153), haja vista que a Lei determina o pagamento no patamar de 70% de R\$ 13.500,00 (treze mil, e quinhentos reais), pela qualificação da(s) lesão(es) acima qualificada(s).

Vejamos:

SINISTRO 3190609153 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROMILSON DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ROMILSON DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 11793655774

Posição em 03-03-2020 16:18:35

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

-DO VALOR DEVIDO:

A Lei nº. 6.194/74, que disciplina e rege o seguro obrigatório DPVAT, determina o pagamento da indenização as vítimas de acidente de trânsito, em casos de invalidez, conforme dispõe o art. 3º, II, *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: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).(...)



II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)” – grifamos

-DA APROPRIAÇÃO INDEVIDA:

Constata-se, que a invalidez a que ficou submetido o(a) Autor(a), corresponde a **PERCA ANATOMICA FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ENTRE OUTROS**, sendo que, a seguradora Ré, pagou ao mesmo a importância de **R\$ 1.687,50 (UM MIL, SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Vislumbra-se que, a Demandada deveria ter pago a indenização na importância de **R\$ 9.450,00 (NOVE MIL, QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

Ora Douto Julgador, o deslinde da lide em tela é simples, tudo não passa de uma simples operação matemática, visto que, a Requerida, deveria ter pago ao Promovente, pela invalidez a que ficou restrito, cujo valor deve ser devidamente corrigido monetariamente e acrescido de juros, desde a data do pagamento a menor.

-DOS JUROS:

Para dissipar quaisquer dúvidas quanto a incidência de juros e da correção monetária, o Superior Tribunal de Justiça, através da Súmula 54, assim tem decidido:

“Os juros moratórios fluem a partir do evento danoso em casos de responsabilidade extra contratual”.

Como se infere na Súmula, os juros, bem como a incidência da correção devem fluir a partir do evento danoso.

“APELAÇÃO CÍVEL- AÇÃO DE COBRANÇA- SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – VALOR DA INDENIZAÇÃO – CORREÇÃO MONETÁRIA- JUROS. A correção incide desde a data do evento-coetânea com a do prejuízo, e os juros deste a data do evento danoso por se tratar de responsabilidade legal e extracontratual. Precedentes desta Corte e Súmula n. 54 do STJ. Apelos parcialmente providos (TJRS – APC 70000631473- 1º C. Civ. Esp – Rel. Des. Adão Sérgio do Nascimento Cassiano – J. 28/12/2000).”

*SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL. DPVAT INVALIDEZ. PERMANENTE. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. Considerando que já houve pagamento parcial, não resta dúvida acerca da caracterização da invalidez permanente, restringindo-se a discussão ao quantum indenizatório devido. (...). **A correção monetária, pelos índices do IGP-M, deve ser apurada a partir da data do pagamento parcial, bem como dos juros legais de 1% ao mês.** (TJRS Rel. Desa. Mylene Maria Michel Recurso Cível nº 71001404342 Julgado em 05.09.2007).*

-DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 3º, II, da Lei n. 6.194/74, **A PROCEDÊNCIA DA PRESENTE DEMANDA**, para o fim de condenar a Requerida, ao pagamento da indenização em epígrafe, **pelo**



complemento da DEBILIDADE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, referente ao seguro obrigatório (DPVAT), **no valor de R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL, SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**, com correção monetária e juros desde o sinistro - Súmula 54 do STJ, requerendo ainda o seguinte:

1- Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, com fundamento no Art. 246, I, do Novo Código de Processo Civil Pátrio (citação através de AR - Correios e Telégrafos);

2- A parte demandante desde já prescinde da audiência de conciliação, haja vista, que na presente demanda é necessário a realização de PERICIA MEDICA NO(A) AUTOR(A). Assim, a realização da mesma se torna onerosa e sem êxito, tanto para as partes quanto para o Poder Judiciário, tudo conforme preceitua o artigo 319, VII, do NCPC;

3- Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documental, pericial, testemunhal que serão apresentadas independentemente de intimação, se assim for o entendimento do douto juiz;

4- Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;

5- Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art. 2º da Lei n. 1.060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei, bem como, com arrimo no artigo 98 e SS do Novo Código de Processo Civil;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL, SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**, para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Campina Grande/PB, em 09 de março de 2020.

Patrício Cândido Pereira
OAB/PB n. 13.863-B.



QUESITOS:

- 1- O autor sofreu algum DANO devido ao acidente de trânsito?
- 2- Qual o membro/sentido afetado(s)? Há ou não fratura(s) não-consolidada(s)?
- 3- Sofre o autor alguma invalidez ou debilidade no(s) membro/sentido(s) afetado(s)?
- 4- Caso positivo, qual o grau de invalidez do(s) membro/sentido(s) afetado(s)?
- 5- Esclarecer se existe nexo causal entre o acidente noticiado e a lesão apresentada pelo autor?
- 6- Queira o perito esclarecer tudo que mais julgue necessário.



SINISTRO 3190609153 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ROMILSON DE OLIVEIRA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE****SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO ROMILSON DE OLIVEIRA****CPF/CNPJ: 11793655774****Posição em 03-03-2020 16:18:35**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: **ROMILSON DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, agricultor, , portador(a) RG nº 3.045.027 SSP-RN, CPF nº 117.936.557-74, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Tanques, S/N, Zona Rural, São Sebastião de Lagoa de Roça-PB, CEP: 58119-000;

Outorgado: **Patrício Cândido Pereira**, brasileiro, divorciado, advogado com OAB-PB 13863B e OAB-RN 814-A com endereço Profissional na Rua Santa Catarina, nº 833, Bairro da Liberdade, na Cidade de Campina Grande/PB, CEP.: 58.414-035, fones: (83) 98700-8099, (84) 98120-3315, E-mail: patricioadv@hotmail.com;

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", conforme art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE INGRESSAR NA JUSTIÇA PARA RECEBIMENTO DE DIFERENÇA DO SEGURO DPVAT.** Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 30% (trinta por cento), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.

Campina Grande - PB, 05 / 03 / 2020

Romilson de Oliveira
OUTORGANTE

*Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei 8.952 de 13/12/1994, que dá nova redação ao artigo 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ROMILSON DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, agricultor, , portador(a) RG nº 3.045.027 SSP-RN, CPF nº 117.936.557-74, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Tanques, S/N, Zona Rural, São Sebastião de Lagoa de Roça-PB, CEP: 58119-000; **declaro**, nos moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, **com a finalidade de obtenção do Benefício da Justiça Gratuita**, conforme dispõe o art. 4.º da Lei n.º 1.060/50, **que minha situação econômica não me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízos do meu sustento próprio e da minha família.**

Campina Grande - PB, 05/03/2020

Romilson de Oliveira

Declarante





MARIA ANUNCIADA SALVADOR
SIT TANQUES, S/N - AREA RURAL
SAO SEBASTIAO DE LAGOA DE ROCA / PB CEP: 58119000 (AG: 71)



Ligação: MONOFÁSICO
Clas/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 10 - 76 - 535 - 1575 Referência: Ago / 2019
Medidor: 00008474126 Emissão: 18/08/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 39.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 029.666.286
Cód. para Dab. Automático: 00016760383

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	16/08/2019	17/09/2019	436.004.254-04 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1575038-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/07/19	8256	18/08/19	8378	1	120	29

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc	Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc	Pis (R\$)	Colins (R\$)
CCI	Descrição								
Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS									
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,287890	8,63	8,63	27	2,33	0,63	0,09
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,493540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	20,000	0,740300	14,80	14,80	27	4,00	14,80	0,16
0801	Adic. B. Amarela			0,70	0,70	27	0,19	0,70	0,02
0801	Adic. B. Vermelha			2,30	2,30	27	0,62	2,30	0,02
0810	Subsídio			42,90	42,90	27	11,58	42,90	0,46
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			11,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2019			1,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019			1,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0899	BÔNUS ITAPIU LEI 10438/2002 07/2019			-1,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-29,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
TOTAL				88,62	103,67		28,04	103,67	1,12
Tarifa s/ Tributos: Até 30kWh 0,192860				Até 100kWh 0,330280	Até 220kWh 0,495420				

Média últimos meses (kWh) 126

VENCIMENTO 23/08/2019

TOTAL A PAGAR R\$ 88,62

Histórico de Consumo (kWh)											
138	136	149	142	133	159	121	95	98	114	118	113
Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20

RESERVADO AO FISCO
6503.0f8a.4f65.b2da.da6f.58ae.911c.4eb2.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
6/2019 - Esperança				Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Serviços de Dist. da Energisa/PB	13,53	15,05
DIC TRIMESTRAL				Compra de Energia	21,98	24,45
DIC ANUAL				Serviço de Transmissão	2,11	2,35
FIC MENSAL				Encargos Solitários	3,20	3,58
FIC TRIMESTRAL				Impostos Diretos e Encargos	49,07	54,59
FIC ANUAL				Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC				Total	88,62	100,00
DICRI				Valor do EUSD (Ref 6/2019) R\$ 18,79		

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(m) em tempo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 31/08/2019. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.

ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,71.

Faturas em atraso

Jul/19 80,59

Jun/19 80,05

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05210.388178 8 79900000008862

PAGADOR: MARIA ANUNCIADA SALVADOR - CPF/CNPJ: 436.004.254-04
SIT TANQUES, S/N - AREA RURAL - SAO SEBASTIAO DE LAGOA DE ROCA / PB CEP: 58119000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120005210388	001575038201908	23/08/2019	R\$ 88,62	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE S.S DE LAGOA DE ROÇA – PB
Rua José Rodrigues Coura, S/N, centro, S.S de Lagoa de Roça – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre acidente de veículo

Hora e data do fato: Às 18h00min, do dia 18 de junho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 09h17min, do dia 20 de agosto de 2019.

Local do Ocorrido: MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA

COMUNICANTE: ROMILSON DE OLIVEIRA, do sexo masculino, nascido no dia 15/12/1984, com 34 anos de idade, ID: 3045027, CPF: 117.936.557-74, AGRICULTOR e de filho de MARIA DE SALETE DE OLIVIERA, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de ESPERANÇA, BRASILEIRA, residente na SÍTIO DE TANQUES (VIZINHO A CIÇO GUIDA), bairro ZONA RURAL, na cidade de SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA

VÍTIMA: O COMUNICANTE

TESTEMUNHAS: DOCUMENTOS EM ANEXO.

ACUSADO: NÃO IDENTIFICADO

HISTÓRICO: que no dia 18 de junho de 2019, às 18h00min, quando estava na frente do mercado central desse município, ao tentar atravessar a pista, foi atingido por uma moto não identificada que fez uma ultrapassagem indevida. Que a moto que provocou o acidente não parou para socorrer o comunicante. Que do acidente resultou em uma fratura no tornozelo do pé esquerdo. Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o trauma na cidade de Campina Grande.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

AUTORIDADE


MARIA DO SOCORRO DA SILVA



COMUNICANTE

ESCRIVÃO

Romilson de Oliveira
ROMILSON DE OLIVEIRA

Ildeuza O. Melo
ILDEUZA O. MELO



18/06/2019



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1923913 CLASS. DE RISCO: AMARELO

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

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Camplina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: acolhimento

PACIENTE: ROMILSON DE OLIVEIRA Nascimento: 15/12/1984

OLIVEIRA

Endereço: SÍTIO TANQUES

Sexo: M

Telefone:

Cidade: São Sebastião de Lagoa de Ró

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA

RG: 3045027

Nº: 0

Responsável: ALCIDARIA

CPF:

Profissão: AJUDANTE

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 18/06/2019

CNS: 11793655774

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

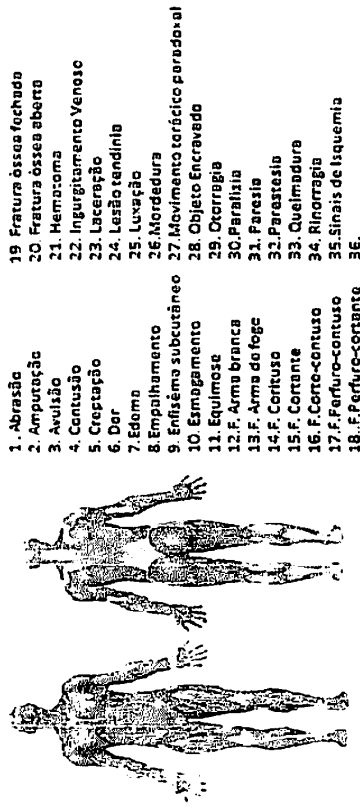
Hora: 19:33:40

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 1%

DIGNOSTICO / CID:

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1923913&dataatend=2019-06-18&horaatend=19:37:53

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO DOS CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

EXAME PRIMÁRIO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

18/06/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/06/2019
Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 N° ATEND: 1923913

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 18/06/2019 HORA : 19:37:53

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO : NAO
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
colhimento

Handwritten signature and stamp of the nurse.



29/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 29/06/2019
NOME : Julio Cesar Ribeiro De Castro



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERN
DA PARA**

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA

Data da Internação: 18/06/2019

Data da Alta: 29/06/2019

Registro: 1923934

Tempo de Permanência: -18066

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RAFI

Data: 27/06/2019

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO. ADMITIDO DEVIDO FRATURA DE TORNOZELO E PARA TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO

Orientações: ORIENTO NAO PISAR

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa:: CIPROFLOXACINO 500MG 12/12H + LOXONIN 60MG 8/8H

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta:: Melhorado

Data: 29/06/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Julio Cesar Ribeiro De Castro



27/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo Data: 27/06/2019



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 145647

DATA DA CIRURGIA: 27/06/2019

Número do Atendimento: 1923934 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA

Data da Internação: 18/06/2019

Atendimento: 1923934

Diagnostico Pré-Operatório: fratura de tornozelo (E)

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA BIMALEOLAR ESQ
Cirurgia: 27/06/2019

Data da

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ANA DULCE DE SOUZA LIMA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2 - ASSEPSIA + ANTISSEPISIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3 - INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL + DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4 - REDUÇÃO CRUENTA DAS FRATURAS + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS
CORTICAIS E ESPONJOSOS
5 - LAVADO DE FO COM SF
6 - SUTURA POR PLANOS
7 - CURATIVO
8 - À URPA.

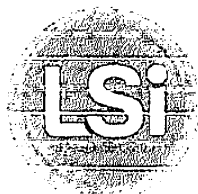
Dra. Ana Maria da S. Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data 27/06/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



HOSPITAL <i>de Emergência e Trauma de Q. Grande</i>		COD <i>1923913</i>
PACIENTE <i>Ramilton de Oliveira</i>		DATA <i>27/05/19</i>
MÉDICO <i>Dr. Milton Rosa + Dr. Ana Maria</i>	CRM	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO <i>Tort. Cir. Abert. Fart. de Torn. do Esquerda</i>		



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Alcova 1/2 Tubular 6 Furos	
02	01	Parafuso cortical 35 N° 14	
03	01	Parafuso cortical 35 N° 20	
04	01	Parafuso Expansivo 4,0 N° 18	
05	01	" " " N° 45	
06	01	" " " N° 50	
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

OPERAÇÃO _____

INSTRUMENTADOR *h. c. 47*

“C. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 812 - TIROL
222-000 | PLANTÃO 24HS (83) 98838-2091 / (84) 99682-3828 | E-MAIL: LSI@NATAL.GMAIL.COM





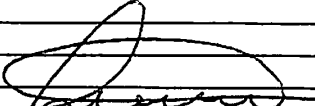
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Romilson de Oliveira	Idade: 34
Convênio: SUS	Data: 27/06/19
Procedimento: Tto cirurgico de fratura de T12	
Cirurgião: Dr. Julio	Auxiliar: Dr. Ana
Anestesista: Dr. Dr. Dulce	
Início: 12:00	Término: 13:25
Anestesia	

[illegible][illegible]

Observações:

Paciente e familiares na ocorrência voluntariamente
e não houve queixas após a SLPD



Assinatura Anestesiista 4553


Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Remilson de Oliveira BN: 15/12/1984						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE 39	REGISTRO		
CIRURGIA MO. cir. Ofic. fratura de Tornozelo Esquerdo			CIRURGIÃO Dr. Filipe Casca + Dr. Ana Maria			
ANESTESIA Rogui			ANESTESIA Dr. Ana Dulce			
INSTRUMENTADORA Amore		DATA 27/06/19	INICIO 12:00	FIM 13:15		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calet. p/ Órg.		Calgut cromado Sertix	
	Alropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
01	Dimed amp. 0,2		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolanina amp.		Cotonóide		Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenecam amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina pusado % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Proligmine amp.		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Proloxido 1/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Queicim ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon	(2010)
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas aprox. ad.		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio 1/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico benz		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor plástico		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE L3I	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	01	Placa L13 Tubular 6f	
02	Quelidina		Sonda Uretral nº	04	Parafusos corticais	
			Sterydrem ml	02	Parafusos Espinhais	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
01	Agulha p/ raque nº 25		05 clitudo			
015	Álcool de Enfermagem		015 Algodão algodão			
	Álcool Iodado ml					
015	Ataduras de Crepon 20 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
			EQUIPAMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico			
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL			

Carroto retornado OK Correu 250730



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Romilson Alexio</u>			IDADE	SEXO	COR
DATA: <u>27/06</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>frat. torçao</u>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O						
LIQUIDOS	<u>u-2000</u>			INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O	PULSO: O	RESPIRAÇÃO	MANUTENÇÃO <u>curat. 92%</u> <u>de veia</u> <u>cat. p/ pulmão</u> <u>clínico 2</u> <u>diagnóstico</u> <u>af. pulmão</u> ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
	AX. ANESTESIA: O	OPERACÃO					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____			
POSICÃO							
AGENTES							
TÉCNICA	<u>na fridiana</u>				CÂNULAS		
OPERAÇÃO	<u>Realizar fr. torçao</u>						
CIRURGIÕES	<u>Julio + Ana</u>						
ANESTESISTAS	<u>Dr. Dr. Dr. Dr.</u>						
OBSERVAÇÕES	<u>29/4</u>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 27/03/2020 08:28:40

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032708284053300000028357978

Número do documento: 20032708284053300000028357978

18/06/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/06/2019

Horas: 20:16:45

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 8 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 18/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	78 2
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	22 CT 6
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	CT
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEÍNA 30 MG V.O, 1COMP, 12/12H S/N	SN
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 18/06/2019 HORA: 20:15:43

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TNZ E (SIC)

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR
HEMOGRAMA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

Wagner Luiz Egito De Araujo
UR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/06/2019

Horas: 09:13:58

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 8 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 19/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 8h/8h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 1COMP, 12/12H S/N	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/06/2019 HORA: 09:13:44

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTURMIAS

DOR +/-

DIURESE E EVACUAÇÕES PRTESENTES

CONDUTA:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

PA = 100 x 60 mm/hg.
Pulso = 95
HGT = 130



20/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/06/2019

Horas: 00:24:41

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 41 Leito: 8 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 20/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	V
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	12 00
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18 22 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 00
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 1COMP, 12/12H S/N	SIN
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	V

EVOLUÇÃO

DATA: 20/06/2019 HORA: 00:24:33

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida
Hallisson Barros De Almeida
Cirurgião Geral - CRM 12345

21/06/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/06/2019

Horas: 08:19:14

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 21/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	J#106
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	J#106
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	J#106
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	J#106
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP, 12/12H S/N	SIN
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 21/06/2019 HORA: 08:18:21

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

EXAMES OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva



22/06/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/06/2019

Horas: 06:33:34

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 22/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	X 2
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	18 2/2 OG
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 OG
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 OG
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEÍNA 30 MG V.O, 1COMP, 12/12H S/N	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ca

EVOLUÇÃO

DATA:22/06/2019 HORA:06:33:25

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

EXAMES OK

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao



23/06/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/06/2019

Horas: 07:31:29

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 23/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	OK
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	OK
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	OK
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	OK
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	OK
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP, 12/12H S/N	OK
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 23/06/2019 HORA: 07:31:19

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De AlmeidaHallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9552

24/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/06/2019

Horas: 08:04:50

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 24/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	1/12h
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	1/8h 0/8h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/12h 0/12h
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	1/12h 0/12h
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 1COMP, 12/12H S/N	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/06/2019 HORA: 08:04:06

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

COM TALA GESSADA

EXAMES OK

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

25/06/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/06/2019

Horas: 08:23:14

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 25/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	JR 106
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	JR 106
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	JR 106
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	JR 106
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 1COMP, 12/12H S/N	SIN
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 25/06/2019 HORA: 08:22:49

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÉRMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+
COM TALA GESSADA
EXAMES OKCD:
VPM
AGUARDA CIRURGIAASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva
Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO-ORÇÃO 000

26/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/06/2019

Horas: 07:43:31

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 26/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA <i>Dieta em a a 20%</i>	<i>18</i>
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	<i>18</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	<i>18</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRAMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>18</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<i>18</i>
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. ICOMP, 12/12H S/N	<i>18</i>
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>18</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 26/06/2019 HORA: 07:43:06

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

COM TALA GESSADA

EXAMES OK

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 10000

Dieta em a a 20%
Dr. Wagner Luiz Egídio de M. Silva
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8826



27/06/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/06/2019

Horas: 06:38:44

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Ox

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO PARA CIRURGIA HOJE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	12 22 24
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V., 1AMPOLA, 8h/8h	12 22 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V., 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V., 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12 24
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O., 1COMP, 12/12H S/N	12 24
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/06/2019 HORA: 06:38:02

ORTOPEDIA

PCT SEQUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

COM TALA GESSADA

EXAMES OK

CIRURGIA PROGRAMADA PARA HOJE

PA = 106 x 66

FE = 68 T = 35,5

Paciente preparada
para o bloco.
Deonirio Raposo Boicauá

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3333

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-06-27&contar=1923934&IDC=24336



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 27/03/2020 08:28:40

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032708284053300000028357978

Número do documento: 20032708284053300000028357978

Num. 29452118 - Pág. 19

Data: 27/06/2019

Horas: 13:14:29

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

OK
fazer reftuaxona
pos operatório

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FX TNZ ESQUERDO

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h OD/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/01
2	DIETA LIVRE ORAL	
3	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	18/02
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18/02
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/02
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18/02
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 1COMP, 12/12H S/N	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Paciente em POJ sem intercorrências.
Cd: - Solicito Rx de controle.
- VPM.

Dra. Angélica da S. Anselmo
M.R. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 08:10:07

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1923934 Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA SALETE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 15/12/1984 Admissão: 18/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 **Enfermaria:** 6 **Leito:** 2 **Diagnóstico:** FX TNZ ESQUERDO

DLA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE ORAL APÓS RPA	18 6
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	18 6
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 6
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	18 6
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 6
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 6
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP, 12/12H S/N	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:28/06/2019 HORA:08:08:34

ORTOPEDIA

1º DPO, ESTAVEL

DOR LEVE

SEM SANGRAMENTO

ELEVAR MI

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

23087

BE, este!

benzene

$f_0, \dots, f_r \in \mathbb{Z}[C]$

Ag new 2017/12/18

Co: A 17D

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
R. 150 - 150 - 150



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:					
IDADE:	SEXO:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às : h
SETOR:	LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>		
			CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>			CD/FR:		
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
			FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

1000 125



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 27/03/2020 08:28:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032708284053300000028357978>
 Número do documento: 20032708284053300000028357978

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Romilson de Oliveira</u>			
IDADE: <u>34</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>:</u> h	
SETOR: <u>Ortopedia II</u>		LEITO: <u>6-2</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fx de tornozelo</u>			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <u>AVP em MSE (21/06) febre 22</u>		CD/FR: <u>procedimentos invasivos</u>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> NÁUSEA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
<u>Katrine Polles dos S. Lima</u>		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
<u>SOREN 48528295 - EN</u>		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		APRAZAMENTO	ASSINATURA
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		<u>08</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>sempre</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>sempre</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>sempre</u>	

SGD 125





**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**



BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Remilson de Oliveira</u>			
IDADE: <u>34</u>	SEXO: <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>F</u> <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>23/06/19</u> às <u> </u> h	
SETOR: <u>Ortopedia II</u>		LEITO: <u>6-2</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: <u> </u> T: <u> </u> FR: <u> </u> FC: <u> </u> PESO: <u> </u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR: <u>Procedimentos invasivos</u>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> NÁUSEA		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA		CD/FR: <u>Fratura</u>	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		<u>A cada 6h</u>	
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>Sempre</u>	
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		<u>Sempre</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE			

WCD 175



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 27/03/2020 08:28:40

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032708284053300000028357978>

Número do documento: 20032708284053300000028357978

Num. 29452118 - Pág. 25



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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 017.2020.600208

Data Vencimento: 31/03/2020

Data Emissão: 27/03/2020

Comarca: Esperança

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: ROMILSON DE OLIVEIRA

Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S/A

Valor da Causa: R\$ 4.725,00

Despesas Processuais: R\$ 5,00

Custas: R\$ 258,05

Taxa: R\$ 70,87

Total da Guia: R\$ 333,92


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



Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



 Poder Judiciário 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: 017.6.20.00208/01
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de emissão:
	Esperança	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	27/03/2020
Número da guia: 017.2020.600208 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento:
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 258,05 - Taxa Judiciária: R\$ 70,87 - Despesas processuais postais: R\$ 5,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente:
Promovente: ROMILSON DE OLIVEIRA Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO			Conta FEJPA:
			1618-7/228.039-6
			Parcela:
			1/1
			Valor total:
			R\$ 335,27
			Desconto total:
			R\$ 0,00
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			
866200000036 352709283183 520200331012 762000208012 			Valor final:
			R\$ 335,27

 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: 017.6.20.00208/01
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de emissão:
	Esperança	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	27/03/2020
Número da guia: 017.2020.600208 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento:
Promovente: ROMILSON DE OLIVEIRA Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S/A			UFR vigente:
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 5,00 - Com AR R\$ 5,00			Conta FEJPA:
			1618-7/228.039-6
			Parcela:
			1/1
			Valor total:
			R\$ 335,27
			Desconto total:
			R\$ 0,00
			Valor final:
			R\$ 335,27

 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: 017.6.20.00208/01
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de emissão:
	Esperança	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	27/03/2020
Número da guia: 017.2020.600208 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento:
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 258,05 - Taxa Judiciária: R\$ 70,87 - Despesas processuais postais: R\$ 5,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente:
Promovente: ROMILSON DE OLIVEIRA Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO			Conta FEJPA:
			1618-7/228.039-6
			Parcela:
			1/1
			Valor total:
			R\$ 335,27
			Desconto total:
			R\$ 0,00
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			
866200000036 352709283183 520200331012 762000208012 			Valor final:
			R\$ 335,27





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Esperança

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800314-90.2020.8.15.0171

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Em que pese o contido no art. 334, do CPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a demandada não costuma promover autocomposição, antes da realização da prova pericial.

Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização.

Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente resposta.

Esperança/PB, data e assinatura eletrônicas.

IÊDA MARIA DANTAS
Juíza de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Mista de Esperança

PROCESSO Nº 0800314-90.2020.8.15.0171
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ROMILSON DE OLIVEIRA
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO (RÉU)

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Edifício Citibank_**, 100, 26 ANDAR - RUA DA ASSEMBLEIA, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

CITAÇÃO - INTIMAÇÃO

De ordem da MM. Juíza de Direito desta Comarca, Dra. Iêda Maria Dantas, estamos citado o réu, Município de Esperança, para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, ambos do CPC), apresente resposta. Bem como, intimando-o de todo conteúdo do despacho cuja cópia segue em anexo.

ESPERANÇA, em 2 de abril de 2020.

RENATA CRISTINA MARTINS HENRIQUES

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

XXXXXXXXXXXXXX

