



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
29452 103	27/03/2020 08:29	Petição Inicial	Petição Inicial
29452 521	27/03/2020 08:29	Ação diferença de dpvat por invalidez - romilson de oliveira - R\$ 1.687,50	Outros Documentos
29452 519	27/03/2020 08:29	comprovante de pagamento administrativo pela Lider	Documento de Comprovação
29452 517	27/03/2020 08:29	procuração e declaração de pobreza	Procuração
29452 512	27/03/2020 08:29	documento pessoal e comprovante de residencia	Documento de Identificação
29452 507	27/03/2020 08:29	boletim policial	Documento de Comprovação
29452 118	27/03/2020 08:29	prontuario medico - HETDLGF	Documento de Comprovação
29452 506	27/03/2020 08:29	Guia de custas previas	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
29620 175	02/04/2020 14:03	Despacho	Despacho
29637 945	02/04/2020 19:59	Mandado	Mandado

EM ANEXO - PDF



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 27/03/2020 08:28:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032708283946600000028357718>
Número do documento: 20032708283946600000028357718

Num. 29452103 - Pág. 1

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 SITIO TANQUES, N° 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 N° 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 2^a SRPC

Tamanha a gravidade dos ferimentos, o autor foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA 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
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 SESSENTA 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 CIVEL- 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 Sergio 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 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.



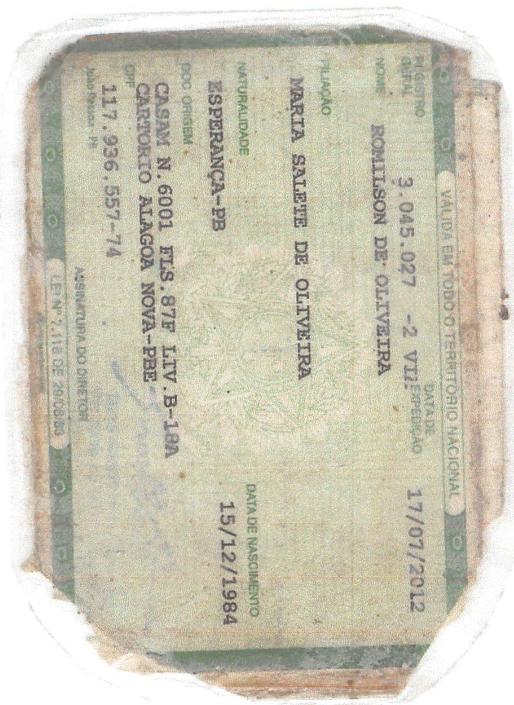
DECLARAÇÃO DE POBREZA

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. 1º da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, **com a finalidade de obtenção do Benefício da Justiça Gratuita**, conforme dispõe o art. 4º da Lei nº 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.

Romilson Gonçalves - PB, 05/03/2020

Romilson Gonçalves
Declarante





Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 27/03/2020 08:28:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032708284018500000028358015>
Número do documento: 20032708284018500000028358015

Num. 29452512 - Pág. 1

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

Ligacao: MONOFÁSICO
Cis/Stc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 10 - 78 - 535 - 1575 Referencia: Ago/2018
Medidor: 00008474126 Emissao: 18/08/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09 095.183/0001-40 Insc Est 010.15.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°029.666.286
Cód. para Dáb. Automático: 00016780383

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 saúde.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/07/19	Leratura 8256	Data 16/08/19	Leratura 8378	
Demonstrativo				
CCI Descrição Quantidade Tarifa/c. Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pis(R\$) Pis/Colins(R\$) Colins(R\$)				
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,287890	8,83	8,83 27 2,33 0,09 0,43
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,493540	34,54	34,54 27 9,32 0,37 1,72
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	20.000	0,740300	14,80	14,80 27 4,00 0,16 0,75
0801 Adic. B. Amarela		0,70	0,70 27 0,19 0,70 0,02 0,03	
0801 Adic. B. Vermelha		2,30	2,30 27 0,62 2,30 0,02 0,11	
0810 Subsídio		42,90	42,90 27 11,58 42,90 0,46 2,14	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA		11,01	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0804 JUROS DE MORA 04/2018		1,76	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805 MULTA 04/2018		1,03	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0999 BÔNUS ITAIPU LEI 10438/2002 07/2019		-1,27	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018		0,93	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0806 Devolução Subsídio		-28,71	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
CCI Código de Classificação do item TOTAL 88,62 103,87 28,04 103,87 1,12 5,18				
Tarifa s/Tributos: Até 30kWh 0,192660 Até 100kWh 0,330280 Até 220kWh 0,486420				

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 | 96 | 114 | 116 | 113
Agosto/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19

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

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa/PB	13,63	15,05
DIC TRIMESTRAL	23,43	220	Comarca de Energia	21,98	24,45
DIC ANUAL	48,98		Serviço de Transmissão	2,11	2,35
FIC MENSAL	7,67	0,00	Encargos Sistórais	3,20	3,56
FIC TRIMESTRAL	15,34	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	49,07	54,59
FIC ANUAL	30,69	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	8,49	0,00	Total	88,69	100,00
DICRI	16,60	LIMITE SUPERIOR			

Valor do EUED (Ref. 6/2019) R\$ 18,79

ATENÇÃO
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) só(a) fique(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 31/09/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou esclarecido. A unidade consumidora permanecerá com o fornecimento. Caso essas faturas só(a) fique(m) em atraso, 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 a data da fatura vencida ou da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$28,71.

Faturas em atraso
Jul/19 80,69
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

Noss Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005210388	001575038201908	23/08/2019	R\$ 88,62	

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09 095.183/0001-40

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680

Agencia / Código do beneficiario: 3064-3/2447-3



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2^a 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 2^a SRPC

AUTORIDADE

MARIA DO SOCORRO DA SILVA



COMUNICANTE

Romilson de Oliveira
ROMILSON DE OLIVEIRA
ILDELUCIO O MELO

ESCRIVÃO



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 27/03/2020 08:28:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032708284040200000028358011>
Número do documento: 20032708284040200000028358011

Num. 29452507 - Pág. 2

18/06/2019

**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: 58432-009
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 () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÓMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
colhimento



29/06/2019

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, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 29/06/2019

NOME : Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO. ADMITIDO DEVIDO FRATURA DE TORNOZELO E PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO

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.
Data: 27/06/2019

NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo



Número do Prontuário: 145647

DATA DA CIRURGIA: 27/06/2019

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ROMILSON DE OLIVEIRA

Data da Internação: 18/06/2019

Atendimento: 1923934

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Tornozelo (E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA BIMALEOLAR ESQ

Data da

Cirurgia: 27/06/2019

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 + ANTISSEPSIA + 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
M.R. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data 27/06/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



HOSPITAL		COD	Plant. 1923913
PACIENTE	de Evangelista e Trajano de Oliveira	DATA	27/06/19
MÉDICO	Dra. Letícia Pimentel / Dr. Ana Maria	CRM	
PROCEDIMENTO	Int. Endoscóp. End. de Tonsilite Aguda	CONVÉNIO	

LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	USO
01	01	Florco 1/3 Tubular 6 Furos	
02	01	Faro. 2mm. contínuo 35 N° 14	
03	01	Faro. 2mm. contínuo 35 N° 20	
04	01	Faro. 2mm. contínuo 35 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			
1			

OPERAÇÃO _____

INSTRUMENTADOR 1041

C. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 912 - TIROL
022-000 | PLANTÃO 24HS (83) 98838-2091 / (84) 99682-3828 | E-MAIL: LSINATAL@GMAIL.COM





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Romulson de Oliveira	Idade:	34
Convênio:	SUS	Data:	27/06/19
Procedimento:	TTO cirúrgico de fratura de TNZ		
Cirurgião:	Dr. Jair	Auxiliar:	Dr. Ana
		Anestesista:	Dr. Bruno Deolce
Inicio:	12:00	Término:	13:35
		Anestesia	

Assinatura Anestesista

Relatório de Operação

Circulante

MOD 101



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Ronaldo Alves</i>				IDADE	SEXO	COR	
DATA 27/06		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS	
		URINA							
AP RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE	
AP CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP URINARIO				
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>fract tarsalg</i>						ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA					APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	0'						INDUÇÃO		
							Salisf.:	Excit.:	Tosse:
LÍQUIDOS	<i>MI - 2000 ml</i>						Laringo espasmo:	Lenta:	
							Náuseas:	Vômitos:	
					Outros:	MANUTENÇÃO			
CÓDIGOS VP ARTERIAL O- RESPIRAÇÃO AX ANESTESIA O- OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20						<i>acesso a yg dure 42 min de vocaliz cetoperigen clínico e drenar a yg afetiva yg</i>		
							ANESTESIA SATISF.: Sim	Não	
					Não, por quê?				
DESPERTAR									
Reflexos na SO: _____									
Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.:									
Náuseas: _____ Vômitos: _____									
Outros: _____									
Com cânula: _____									
Paro o Leito Sim _____ Não _____									
CONDIÇÕES: _____									
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES									
POSIÇÃO									
AGENTES									
TÉCNICA <i>na infusão</i>		CÂNULAS							
OPERAÇÃO <i>Ref cir post tarsalg</i>									
CIRURGIÕES <i>Julio + Aric</i>									
ANESTESISTAS <i>Dr. Pe. D. L. C. J. 29/06</i>									
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS		PERDA SANGUÍNEA							

VOD 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Data da Internação: 18/06/2019 Hora: 20:02:09

 Sistema Único do Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR								
Identificação do Estabelecimento de Saúde										
-1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		-2 - CNES 2362856								
-3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		-4 - CNES 2362856								
Identificação do Paciente										
-5 - NOME DO PACIENTE ROMILSON DE OLIVEIRA		-6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1923934								
-7 - CARTÃO DO SUS		-8 - DATA DE NASCIMENTO 15/12/1984		-9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>						
-10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA SALETE DE OLIVEIRA				-11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N.º DE TELEFONE						
-12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) SITIO TANQUES , 0 , ZONA RURAL										
-13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA São Sebastião de Lagoa de Ro		-14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	-15 - UF	-16 - CEP 251510 PB 58119000						
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO										
-17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Palidez, fadiga, dor de cabeça, febre, dor de estômago</i>										
-18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Exaustão, febre alta</i>										
-19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Folhetos TAC e TAC</i>										
-20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Febre alta, dor de estômago, dor de cabeça</i>		-21 - CID 10 PRINCIPAL	-22 - CID 10 SECUNDÁRIO	-23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS						
PROCEDIMENTO SOLICITADO										
-24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Verificação</i>		-25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO								
-26 - CLÍNICA		-27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	-28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	-29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016277089264						
-30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDREY LEAL WANDERLEY		-31 - DATA DA SOLICITAÇÃO -32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 18/06/2019								
-33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					-36 - CNPJ DA SEGURADORA		-37 - N.º DO BILHETE		-38 - SÉRIE	
-34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO										
-35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					-39 - CNPJ EMPRESA		-40 - CNAE DA EMPRESA		-41 - CBOR	
-42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR					-43 - AUTÔNOMO		-44 - DESEMPREGADO		-45 - APOSENTADO	
-46 - NÃO SEGURADO										
AUTORIZAÇÃO										
-43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		-44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			-45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
-45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF		-46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR								
-47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>		-48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)								



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	✓
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	✓
3	DIPIRONA SODICA 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: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

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





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	19/06/2019
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	19/06/2019
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	19/06/2019
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	19/06/2019
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	19/06/2019
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 1COMP, 12/12H S/N	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	19/06/2019

EVOLUÇÃO

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

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DOR +/4+

DIURESE E EVACUAÇÕES PRTESENTES

CONDUTA:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
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

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

DIA 20/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

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

EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

HPB
Hallisson Barros De Almeida
CIRURGIA
CIRURGIA



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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	X/106
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	X/1-21/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	X/106
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	X/106
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. ICOMP, 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 DISTERMIAS

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	SOD
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	X 2
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h	X 2 2 OG
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	X 8 OG
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	X 8 OG
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, ICOMP, 12/12H S/N	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	CTU

EVOLUÇÃO

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

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

EXAMES OK

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao



23/06/2019

HPM-Painel Administrativo



ESTADO DA 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

Clinica: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	10/6
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	18/6
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	10/6
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/6
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18/6
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP, 12/12H S/N	ct
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR:1/4+

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

CHAMADA DE ALMEIDA
ORTOPEDIA - 18/06/2019
CRM - PB 9532





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 24/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	1/2 12/12
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	1/1 2/2 0/0
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1/8 0/6
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	1/8 0/6
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 DISTERMIAS

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



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

Clinica: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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML 1FRASCO, 12h/12h	✓ 1/06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h	✓ 1/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	✓ 1/06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	✓ 1/06
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, ICOMP, 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, 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
...20.000-0000-0000



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

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

DIA 26/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA BRANDA <i>Vitamina B6</i>	<i>18/6</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	<i>18/6</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	<i>18/6</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>18/6</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<i>18/6</i>
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP. 12/12H S/N	<i>18/6</i>
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>18/6</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

Crismarcos Rodrigues da Silva
Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA 2
MÉDICO - CRM - PB - 24085

Dr. Wagner Luiz Egílio Góes Júnior
Dr. ORTOPEDIA - MUSCULOTENDINOSA
CRM - PB - 24086



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

OU
OJ

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 27/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO PARA CIRURGIA HOJE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 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: 27/06/2019 HORA: 06:38:02

PA = 106 x 66

FC = 68 T = 35,5

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

COM TALA GESSADA

EXAMES OK

CIRURGIA PROGRAMADA PARA HOJE

Paciente preparado
para o bloco.

Reanimo Raposo Boicuau

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 0933

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



OK
Fazer refluoxona
pos opacitôni.

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	Apazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 01
2	DIETA LIVRE ORAL	
3	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	18 02
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 03
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 04
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 1COMP, 12/12H S/N	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Paciente em POI sem intercorrências

Cd: - Sólcito Rx de controle.

- VPM.

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



28/06/2019

HPM-Painel Administrativo



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 28/06/2019
Horas: 08:10:07
Médico (a) Diurista : 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 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	<i>✓</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML IFRASCO, 12h/12h	<i>✓</i>
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h ID/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>✓</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	<i>✓</i>
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>✓</i>
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<i>✓</i>
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, ICOMP, 12/12H S/N	<i>✓</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>✓</i>

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
B E6, estavel
sem dor
falta de energia
Aq nervos, urtigas
CO: A 177

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ME3.00

10111148/projetohtcg/imprivevo.php?data=2019-06-28&contar=1923934&IDC=24607

1/1





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



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:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <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:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTAL (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 02 A 6L/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 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		
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		

100 125



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOOME: <i>Romilson de Oliveira</i>	IDADE: <i>34</i>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <i>/ /</i>	às: <i>:</i>	h: <i>6</i>
SETOR: <i>Ortopedia II</i>	LEITO: <i>6-2</i>				
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Fx de tornozelo</i>					
ALERGIAS: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL: <input checked="" type="checkbox"/> HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO					
SISTEMA NEUROLÓGICO: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO					
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> DISPÉNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input type="checkbox"/> BRADIPNÉICO					
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGURIA <input type="checkbox"/> SVD					
MOBILIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA					
MOBILIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR					
MOBILIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO					
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE					
ESTADO NUTRICIONAL: <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO					
DADOS VITais: PA: <input type="checkbox"/> T: <input type="checkbox"/> FR: <input type="checkbox"/> FC: <input type="checkbox"/> PESO:					

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 <i>AVP em MSE (21/06) jclco 22</i>	CD/FR: <i>procedimentos invasivos</i>
<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"/> <i>1)</i>	CD/FR:
<input type="checkbox"/> <i>2)</i>	CD/FR:
<input type="checkbox"/> <i>3)</i>	CD/FR:
<i>Kathine Potters dos S. Lima</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
<i>BOREN 10620295-EN</i>	FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	<i>08</i>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPIAR.		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 6L/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).	<i>empree</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<i>contínuo</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<i>empree</i>	

MOD 125





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM						
NOOME:	Reniulson da Oliveira					
IDADE:	34	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: 23/06/19		
SETOR:	Ortopedia II		LEITO:	6-2		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:						
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:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <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"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTAL: (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:	T:	FR:	FC:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR <i>Procedimentos invasivos</i>					
<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: <i>Fratura</i>				
<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:					
<i>Enfermeiro Responsável</i>						
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA						
FR: FATOR RELACIONADO						
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	A cada 6h					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04ML/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 (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	Sempre					
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.						
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE	Se.../re					

MCD 125





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: Esperanca

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 PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 27/03/2020 08:28:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032708284076800000028358010>
Número do documento: 20032708284076800000028358010

Num. 29452506 - Pág. 1

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>				(Via da parte)	Número do boleto: 017.6.20.00208/01
Nº do Processo:	Comarca: Esperança	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 27/03/2020		
Número da guia: 017.2020.600208 Tipo da Guia: Custas Prévias				Data de vencimento: 31/03/2020	
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 258,05 Promovente: ROMILSON DE OLIVEIRA - Taxa Judiciária: R\$ 70,87 - Despesas processuais postais: R\$ 5,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO				UFR vigente: R\$ 51,61 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	
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					
					

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>				(Via do processo)	Número do boleto: 017.6.20.00208/01
Nº do Processo:	Comarca: Esperança	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 27/03/2020		
Número da guia: 017.2020.600208 Tipo de Guia: Custas Prévias				Data de vencimento: 31/03/2020	
Promovente: ROMILSON DE OLIVEIRA Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S/A				UFR vigente: R\$ 51,61 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	
Detalhamento: - Despesas processuais postais: - Com AR					
R\$ 5,00 R\$ 5,00					

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>				(Via do banco)	Número do boleto: 017.6.20.00208/01
Nº do Processo:	Comarca: Esperança	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 27/03/2020		
Número da guia: 017.2020.600208 Tipo de Guia: Custas Prévias				Data de vencimento: 31/03/2020	
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 258,05 Promovente: ROMILSON DE OLIVEIRA - Taxa Judiciária: R\$ 70,87 - Despesas processuais postais: R\$ 5,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO				UFR vigente: R\$ 51,61 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	
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					
					





**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.

**IÉDA 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



Assinado eletronicamente por: RENATA CRISTINA MARTINS HENRIQUES - 02/04/2020 19:59:59
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040219595867600000028522292](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040219595867600000028522292)
Número do documento: 20040219595867600000028522292

Num. 29637945 - Pág. 1