

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Caio Rangel da Silva Lima  
RG: 4048 430 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 117.496.244-51  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo  
Endereço: Rua Sacerdote Tomás Soárez Nº 73  
Bairro: Vila Nova Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB  
Telefone: ( ) ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Thyago Glayson Leite Carneiro  
RG: 2.897.048 Orgão Emissor: SSP / PB CPF: 057.614.794-00  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado  
Endereço: Rua Coronel João Carneiro Nº 518  
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB  
Telefone: (53) 99660-7071 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Caio Rangel da Silva Lima

CPF: 117.496.244-51 Data do Acidente: 26/06/2019

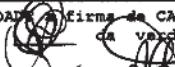
Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte



Caio Rangel da Silva Lima

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

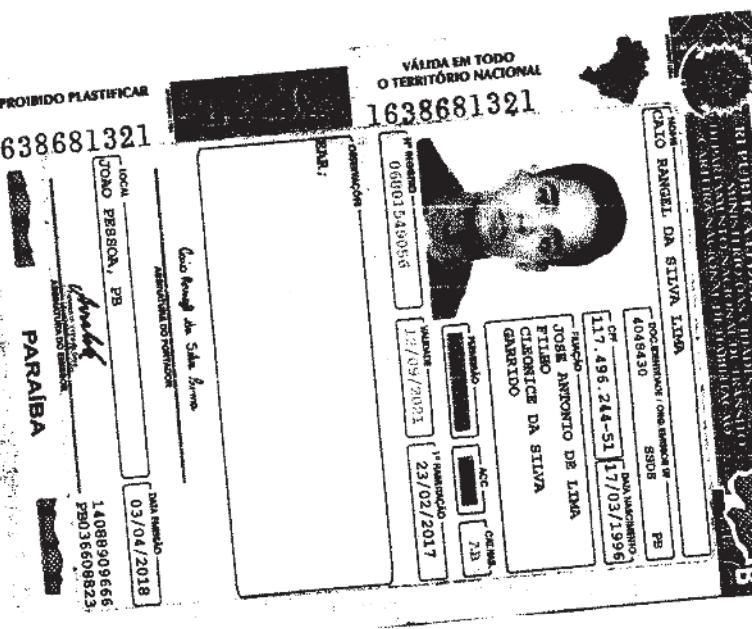
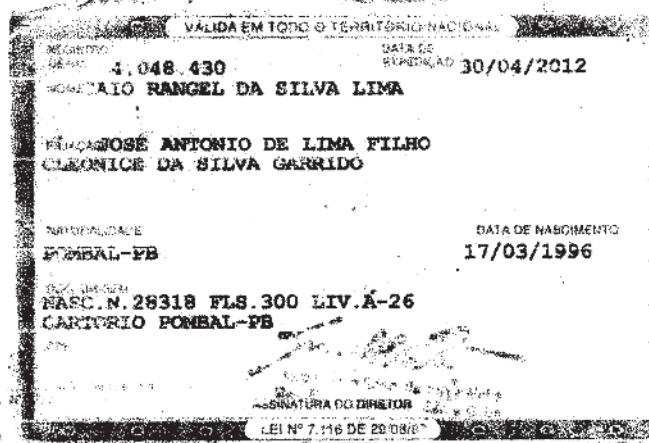
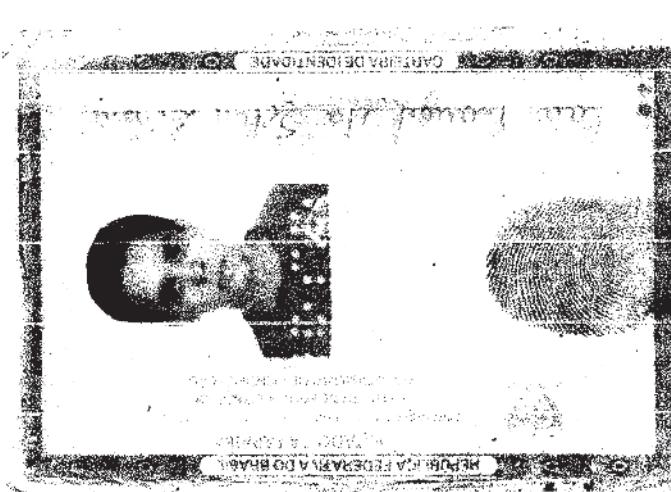
CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconhecço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Em test.  da verdade. Dou fé.  
POMBAL-PB, 20/12/2019.

ANA CRISTINA FERREIRA DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AJN48749-500Q  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$: 11,89 FARFEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 0,00

Cel. João Queiroga  
1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis  
CNPJ: 09.205.816/0001-26  
Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB







CAGEPA

Nº Documento: 20191239656993

**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL Nº 160572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

**SEGUNDA VIA**

MATRÍCULA 03965699.3	CLINTE CAIO RANGEL DA SILVA LIMA	ESCRITÓRIO POMBAL	CPF/CNPJ: 117.XXX.XXX-XX	CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO 03965699.3	
INSCRIÇÃO 112.005.305.0203.000	ENDERECO DO IMÓVEL RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73 - VIDA NOVA I POMBAL PB 58840-000		VENCIMENTO 24/12/2019	FATURA 12/2019	
RESPONSÁVEL ECONOMIAS	ENDERECO PARA ENTREGA CONS. POR ECONOMIA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO	POTENCIAL	
ÚLTIMOS CONSUMOS 11/2019 - 6-30 09/2019 - 6-30 07/2019 - 6-30	10/2019 - 6-30 08/2019 - 6-30 06/2019 - 6-30	LEITURA ANTERIOR 3589 11/11/2019	ATUAL 3589 11/12/2019	CONSUMO (M <sup>3</sup> ) 6	CONSUMO/DIA DIAS 0,20
ECONOMIAS 1	CONS. POR ECONOMIA 6	H 30	5306	Nº Hm: A92S025160	

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS****CONSUMO POR FAIXA****VALOR R\$**

AGUA				
RESIDENCIAL 001 UNIDADE				
CONSUMO DE AGUA				
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	10/2019			
JUROS DE MORA	10/2019			
		6 M3		
			37,91	
			0,77	
			0,20	

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,71

TOTAL R\$ 38,88

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.  
 COMPARECA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.  
 CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

**INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2019****Anexo 20 Portaria 05/2017 MS**

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	P.H.			Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

Emitido em: 02/01/2020

Emitido por: 900328

MATRÍCULA  
03965699.3INSCRIÇÃO  
112.005.305.0203.000FATURA  
12/2019NÃO RECEBER APÓS  
31/12/2020VENCIMENTO  
24/12/2019

VALOR R\$ 38,88

GRUPO: 640

FIRMA: 2

82610000000-7 38880010112-2 03965699301-9 12201930003-a





Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322045700000026952609>  
Número do documento: 20020410322045700000026952609

Num. 27941472 - Pág. 4

ANATEL 1334



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
PROTÓCOLO DE ACIDENTES:

19033720B01

Para cópia do seu Boletim acesse o sitio:  
[www.prf.gov.br/novobat/consultar](http://www.prf.gov.br/novobat/consultar)  
Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ  
de um dos envolvidos no acidente; e  
Clique em imprimir.  
Em caso de dúvidas acesse [www.prf.gov.br](http://www.prf.gov.br) e  
Selecione Acidentes de Trânsito.

ATENÇÃO:

Para dúvidas sobre o SEGURO DPVAT acesse o sitio  
[www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br). Em casos de avaliação de danos com MÉDIA  
ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN.  
Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado,  
antes de fazer reparos no veículo.





**PRF**

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: N° 19033720B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 3



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19033720B01

## INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 26/06/2019 Hora: 08:30 Município: POMBAL/PB  
BR: 230 KM: 406,8 Sentido: Crescente  
Policial responsável pelo atendimento: R. CRUZ, 1969527

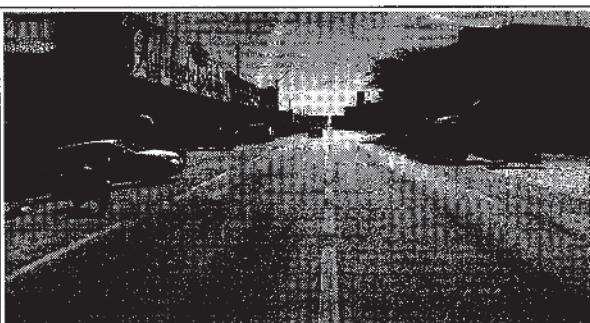
## ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

## IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

## NARRATIVA

No dia 26/06/2019, por volta das 08h30, no km 459,1 da BR-230, em Sousa/PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01 (uma) vítima grave. Os veículos envolvidos foram: a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V1) e o automóvel TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1, antes do acidente, transitava na BR 230, no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB, quando ao tentar entrar na BR 230 em Pombal-PB perimetro urbano, colidiu transversalmente com V1 que seguia na rodovia no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB. A colisão ocorreu na faixa de trânsito onde transitava V1, o que mostra que V2 não conseguiu desviar de V1, ocasionando a colisão. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de entrar na rodovia, ação essa realizada por V2.

Observações: - A velocidade regulamentar da via no local é de 40 km/h. - O local do acidente estava parcialmente desfeito e era sinalizado pela equipe da Polícia Militar da Paraíba de Pombal. - O condutor de V1, que sofreu fratura exposta em um dos membros inferiores, foi removido do leito da rodovia (posição final) pela equipe dos Bombeiros-PB antes da chegada da equipe de PRFs no sítio do acidente. - O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos sentidos da rodovia. - A condutor de V2 permaneceu no local a espera da equipe PRF e prestou informações para confecção deste Boletim de Acidente de Trânsito. - Os veículos envolvidos apenas V2 possui restrição de circulação por estar com o licenciamento vencido e V1 por não



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 4



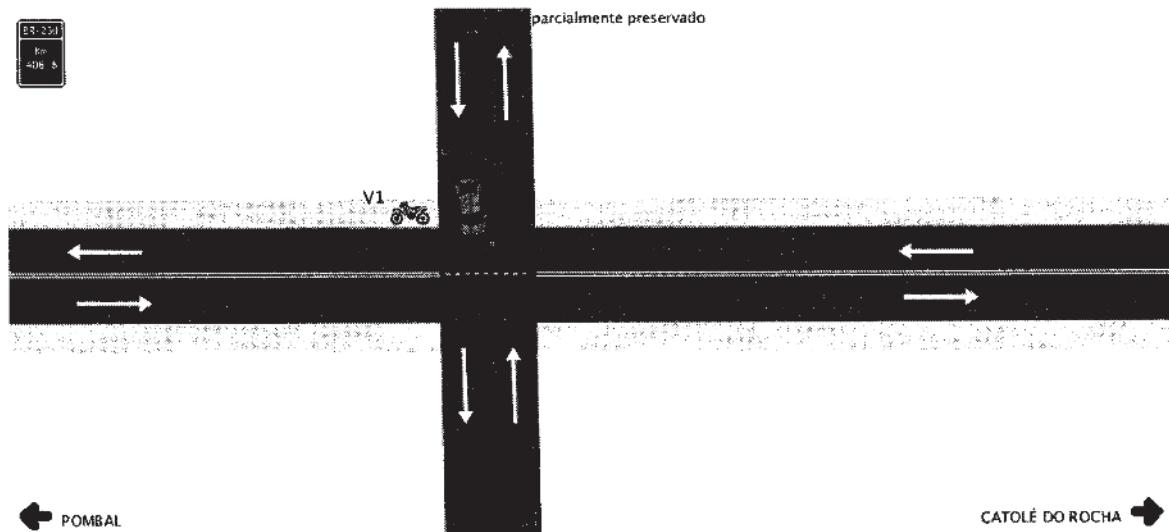
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19033720B01

possuir restrições foi entregue ao pai da vítima, conforme descrito neste Boletim de Acidente de Trânsito. - Não foi possível realizar o teste do etilômetro, no condutor de V1 pois o mesmo encontrava-se recebendo cuidados médicos em função dos ferimentos sofridos, enquanto que o condutor de V2 foi submetido ao teste no modo passivo do equipamento o qual não indicou o uso de álcool ou indícios de que tenha feito uso substâncias entorpecentes.

#### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



#### AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

#### EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

#### MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

#### DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

#### APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento

#### V1 - VEÍCULO 1 - PFP4118 - MOTOCICLETA

#### V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 5



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19033720B01

Placa: PFP4118 Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KC1650BR536463

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Motocicleta entregue ao pai do condutor, o senhor José Antônio de Lima Filho ,  
CPF 805.560.434-72

Renavam: 00341499307

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Preta



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19033720B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: PFP4118

Nº BOAT: 19033720B01

Nome do Agente: R. CRUZ

Matrícula do Agente: 1969527

Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)		X		

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias

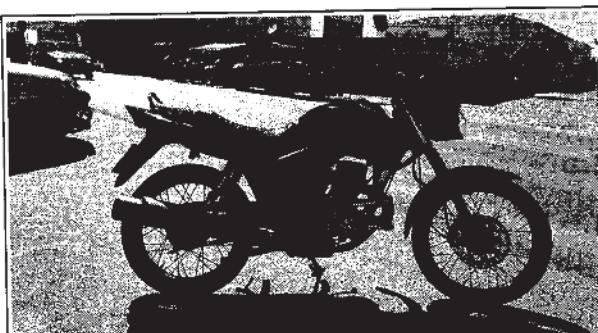


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

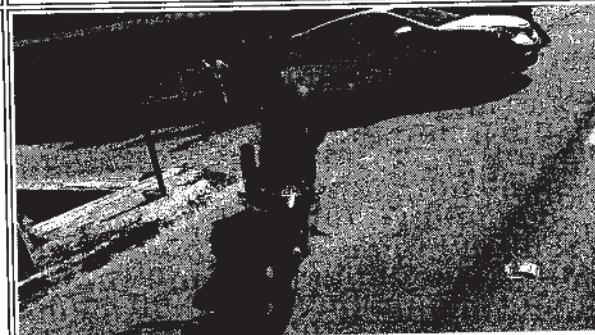


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19033720B01

**V1 - Proprietário**

Nome: LEANDRO GOMES ALVES  
Email:  
Endereço: BREJINHO-PE

CPF/CNPJ: 093.572.414-18  
Telefone:

**V1C - CONDUTOR DE V1 - CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

**V1C - Informações**

Nome: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
CPF: 117.496.244-51  
Sexo: Masculino  
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 17/03/1996  
Estado civil: Solteiro(a)  
Estado físico: Lesões Graves

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AB Primeira habilitação: 23/02/2017 Nº Registro: 06801549056  
UF: PB Vencimento da habilitação: 12/09/2021 Motorista profissional: Não  
Observações CNH: 15

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73, CASA, VIDA NOVA, POMBAL-PB  
Telefone: 83999331883 Email:

**V2 - VEÍCULO 2 - PNV7840 - AUTOMÓVEL**

**V2 - Informações**

Placa: PNV7840 Marca/modelo: TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT Renavam: 01137411225  
Ano fabricação: 2017 Chassi: 9BRK19BTXJ2106262 Tipo de veículo: Automóvel  
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Branca  
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

**V2 - Encaminhamento**

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Depósito credenciado  
Informações complementares: VEÍCULO RECOLHIDO POR ESTÁ COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E OS  
DOIS PNEUS DIANTEIROS EM MAU ESTADO .



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19033720B01



V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT

Placa: PNV7840

Nº BOAT: 19033720B01

Nome do Agente: R. CRUZ

Matrícula do Agente: 1969527

Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo		X		
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X		
14	Longarina traseira direita		X		
15	Caixa de roda traseira direita		X		
16	Estrutura da coluna traseira direita		X		
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19033720B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

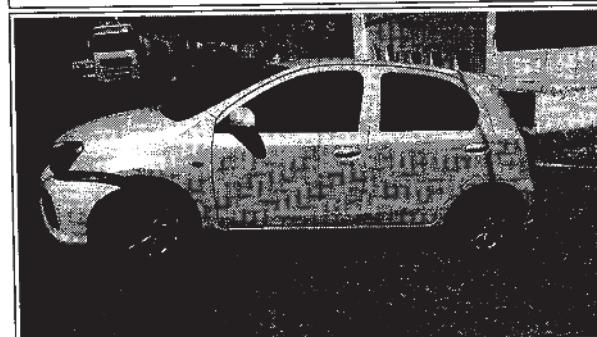


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19033720B01

V2 - Proprietário

Nome: JOSE CRISTIAN VERAS DE BRITO  
Email:  
Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE

CPF/CNPJ: 038.669.643-82  
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - EMERSON DA SILVA BANDEIRA

V2C - Informações

Nome: EMERSON DA SILVA BANDEIRA  
CPF: 100.308.174-63  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 20/04/1993  
Estado civil: Solteiro(a)  
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB  
UF: PB  
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 13/02/2017  
Vencimento da habilitação: 09/11/2021

Nº Registro: 06793630451  
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim  
Visíveis sinais de embriaguez: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVA PEREIRA, 101, CASA, SANTO AMARO, POMBAL-PB  
Telefone: 83099673508

Email:



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322182600000026952612>  
Número do documento: 20020410322182600000026952612

Num. 27941476 - Pág. 11



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE  
BM - 3

VISTO

9/5/2019  
Comandante 2º CBM/6ºBBM  
del Alves Leite - CAP QOBM  
Mat: 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 018/2019

Certificamos para os devidos fins, que aproximadamente às 08h00min do dia 26 de junho de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR 230, bairro Nova Vida, próximo ao restaurante “O Carreteiro”, na cidade de Pombal/PB.

**MOVIMENTO DO SOCORRO:** Hora do aviso: 08h00min#####

**RELATO DO EVENTO:** Por volta de 08h00min a guarnição de resgate deste Quartel de Bombeiro Militar foi acionada para atender uma ocorrência de colisão carro x moto na BR-230, na cidade de Pombal-PB. Ao chegar no local, a guarnição encontrou a vítima, o senhor Caio Rangel da Silva Lima, com fratura fechada de tibia e fibula direita, a vítima usava capacete. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Pombal-PB, para receber atendimento médico devido. #####

**VITIMAS FATAIS:** NÃO HOUVE #####

**SOCORRISTAS:** SD BM MATR. 526.097-3 HARYSON SOUZA SANTOS  
SD BM MATR. 526.065-5 LEANDRO GALDINO AMORIM  
SD BM MATR. 526.067-2 DAIVSON MOREIRA GARCIA

**SOLICITANTE DA CERTIDÃO:** CLEONICE DA SILVA GARRIDO CPF: 873.259.004-06.

Pombal, 22 de julho de 2019.

GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**

ACIDENTE DE MOTO  
26/06/19



AZUL     VERDE     AMARELA     LARANJA     VERMELHA

ENFERMARIA:

PACIENTE:

NOME: CASO RANGEL DA SILVA LIMA DATA DE NASCIMENTO: 14/03/1936 IDADE: 23 SEXO: M  
COR: PA R.DA PROFISSÃO: ALTO AND NO  
NOME DA MÃE: CLEONICE DA SILVA GAKO RG/CNH: 4048430  
CARTÃO DO SUS: 700 2065 4170 6220 ENDEREÇO: RUA S EVERSMO GOMES SOUZA Vº 72  
MUNICÍPIO: POMBAL DATA DE ATEND: 26/06/2014  
ESTADO: PI CEP: 58.840-000 CODIGO DO MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

SINAIS VITrais:

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO EM USO:

ALÉRGICO ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE:

Glucet com frutose de 110g  
e Furo D

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS:

RESULTADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO

- 1° Turbo ligado  
2° Volflex 75 f 100 12/12 08:50  
3° Dipiruejet 500 mg 6 c 608:50  
4° Dipaloxina 1 g 1/4 008:50  
5° Flavio Jordano B. Carneiro  
6° Enfermeiro  
7° Gabinete 500 077  
8°  
9°  
10°  
11°  
12°  
13°  
14°  
15°  
16°  
17°  
18°  
19°

Flávio Jordano B. Carneiro  
Enfermeiro  
Gabinete 500 077





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Idade: 23 Sexo M

Filiação \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

N.: 73

Endereço: R.SEVERINO GOMES SOUSA

Bairro: SANTA ROSA

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone: \_\_\_\_\_

Documentos \_\_\_\_\_

CNS: 700-2063-4170-6220

Identidade: 4048430

CPF: \_\_\_\_\_

Reg. Nasc.: \_\_\_\_\_

Informações adicionais \_\_\_\_\_

Nascimento 17/03/1996

Cor: BRANCA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Perfis de urso velho - lobuno com  
dor nas costas. Grau 2 em perna direita  
e esquerda*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

*Perfis de urso + dor nas costas  
enraizadas em joelho D  
femoral direita, figado*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Raio X de joão DD/RT*

*Motivo Fechado do Omo de Pernas D*

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido

Em: / / /

Dr. Túlio Alberto de O Souza

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 928 / CRM-RN 9800

Recepção: FATIMA





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Idade: 23 Sexo M

Filiação \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

N.: 73

Endereço: R.SEVERINO GOMES SOUSA

Bairro: SANTA ROSA

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone: \_\_\_\_\_

Documentos \_\_\_\_\_

CNS: 700-2063-4170-6220

Identidade: 4048430

CPF: \_\_\_\_\_

Reg. Nasc.: \_\_\_\_\_

Informações adicionais \_\_\_\_\_

Nascimento 17/03/1996

Cor: BRANCA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Recepto de urto no joelho direito  
- Anteced. fractura em perna 1º vez  
- 1º urto*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

*As + estendido + flexão  
encovadas em perna (D)  
fisica d'água, Fígado*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Raio X de joão RP/PA*

*Fratura Fechada do Omo da Perna (D)*

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: \_\_\_\_\_

Recepção: FATIMA

*Dr. Túlio Alberto de O Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 925 / CRM-RN 9800*





GOVERNO  
DA PARAÍBA

Secretaria da Segurança e da Defesa Social  
Corpo de Bombeiros Militar

2ª Companhia de Bombeiro Militar - 6ºBBM  
B-3



## REQUERIMENTO

Eu, **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**, portadora do RG Nº 1592351/SSP-PB, residente na Rua SEVERINO GOMES SOUTO, 73, VIDA NOVA, na cidade de Pombal - PB, solicito desta instituição militar uma Certidão de Ocorrência tipo colisão moto x carro ocorrida na BR-230, em Pombal-PB, próximo ao Supermercado Maia, no dia 26/06/2019, por volta das 9h.

Informo ainda que o referido acidente vitimou o senhor **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**.

Pombal, 27 de maio de 2019.

Cleonice da Silva Garrido 16-07-2019

**CLEONICE DA SILVA GARRIDO**

RG Nº 1592351/SSP-PB



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com





## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES  
2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE  
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700-2063-4170-6220

6 - DATA DE NASCIMENTO  
17/03/1996

7 - SEXO  
M

4 - PRONTUÁRIO  
38043

8 - RACA / COR  
BRANCA

9 - NOME NA MÃE  
CLEONICE DA SILVA GARRIDO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO  
R. SEVERINO GOMES SOUSA

N.º 73

SANTA ROSA

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE  
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente irá fale do queele da mao. com  
dor e deformidade na pene dantle.  
Nv: Sin alterações*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Necessidade de amparo*

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Rp.*

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

*Fraqueza na pene ①*

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - COD PROCEDIMENTO

*Trombose venosa profunda da pene*

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

*Ortoped*

*Ortoped*

( ) CNS ( ) CPF

*097.187.184-98*

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

*07/07/19*

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

/ /





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <i>Caio Rangel da Silva Lima</i>	6 - CPF: <i>117-496-144-51</i>		
7 - Profissão: <i>AUTÔNOMO</i>	8 - Endereço: <i>Rua Severino Gómes Santo</i>	9 - Número: <i>73</i>	10 - Complemento: <i>-</i>
11 - Bairro: <i>Vida Nova</i>	12 - Cidade: <i>POMBAL</i>	13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58240-000</i>
15 - E-mail: <i>XTHYAGO.CARNEIRO@HOTMAIL.COM</i>	16 - Tel.(DDD): <i>(83) 99360-7071</i>		

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <b>0132</b> CONTA: <b>000464718</b> (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: _____      CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)		

**Autorizo** a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Pombal, 07 de Janeiro de 2020*

*Caio Rangel da Silva Lima*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ira do Representante Legal (se houver)

102/2019



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322411300000026952618>  
Número do documento: 20020410322411300000026952618

Num. 27941482 - Pág. 2

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

Conta origem: 0732 / 013 / 00019936-4

Conta destino: 0732 / 013 / 00046471-8

Nome destinatário: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Valor (R\$): [REDACTED]

Data de débito: 14/01/2020

Data/hora da operação: 14/01/2020 10:10:06

Código da operação: 24242773

Chave de segurança: A9605VHHRH1MGVUE





Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322411300000026952618>  
Número do documento: 20020410322411300000026952618

Num. 27941482 - Pág. 4



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, Caio Rangel da Silva Lima,

RG nº 4048430, data de expedição 30/04/12,

Órgão SSS/PB, portador do CPF nº 117.496.244-51,

com domicílio na cidade de Pombal, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Sereurus Ferreira Soárez, nº 73,

complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Caio Rangel da Silva Lima, cujo o condutor era

Caio Rangel da Silva Lima.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 TITAN ES Ano: 2011

Placa: PFP-14118 Chassi: 9C2KC1650BR536463

Data do Acidente: 26/06/19

Local e Data: Pombal, 26 de Agosto de 2019.

Caio Rangel da Silva Lima  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Em test. Caio Rangel da Silva Lima da verdade. Deu F. POMBAL-PB, 20/12/2019.

ANNA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização tipo Normal B-AJN46748-3URQ  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$: 11,89 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00

Cel. João Queiroga

1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis  
CNPJ: 09.205.816/0001-26  
Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB



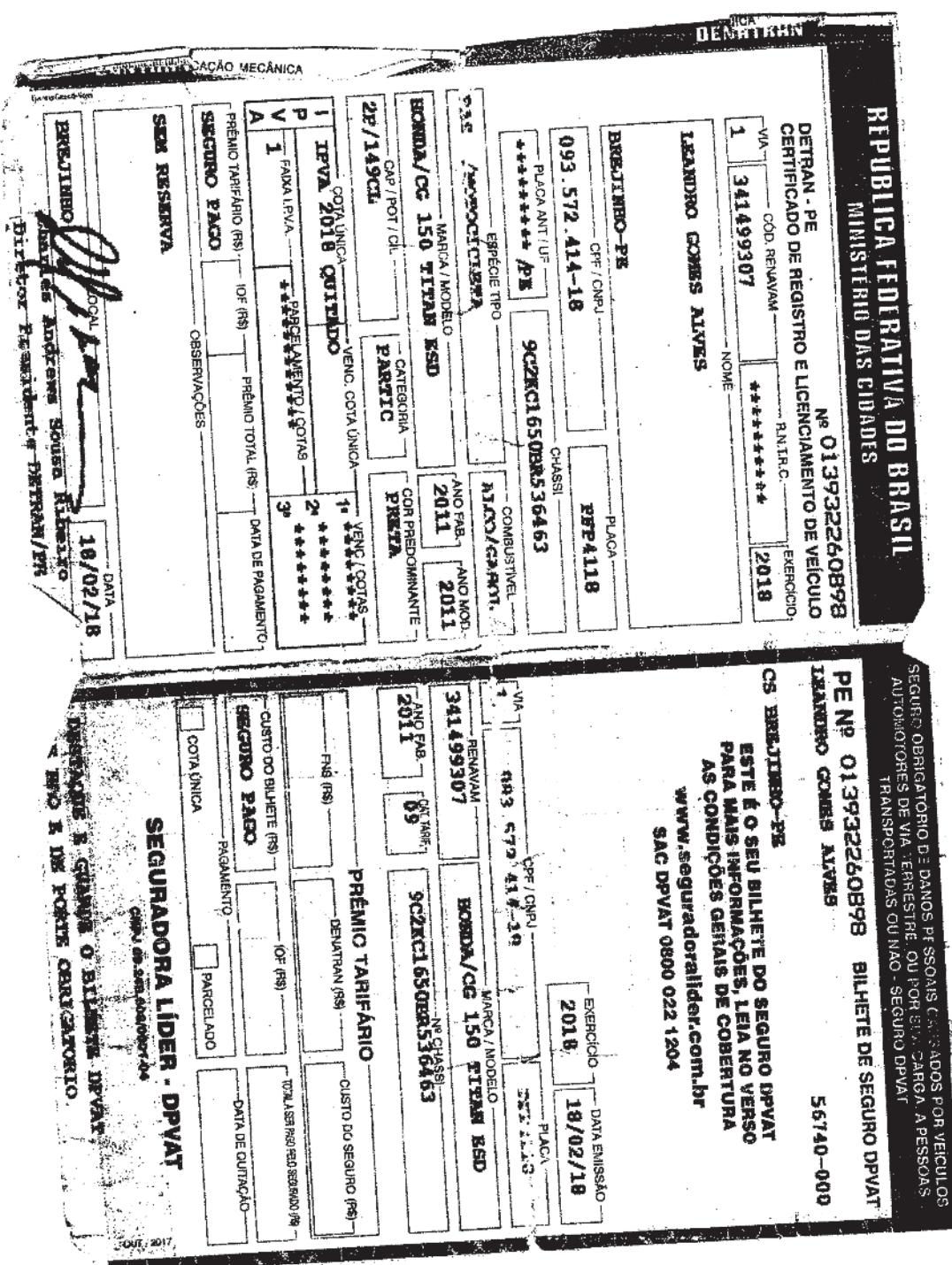
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		
DETAN - PB      N.º 014666191158		
53166177453		
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
PRT 20190900006635-5		
VIA:	COD. PENAVAL RNRNC	
1	0034149930-7 00/00000000	
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA R SEVERINO GOMES SOUTO 73 CASA NOVA VIDA 58840000 POMBAL - PB		
CPF/CNPJ:	PLACA	
11749624451	PFP4B18 / PB	
NOME ANTERIOR		
LEANDRO GOMES ALVES		
PLACA ANTERIOR:	CHASSI	
PFP4118 / PE	9C2KC1650BR536463	
ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS/MOTÓCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2011	2011
CAP/ROT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 /P/149 /CI	PARTIC	PRETA
OBSERVAÇÕES		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
N.º Motor : KC16E5B536463		
POMBAL - PB	LOCAL	DATA
39608		28/11/2019
		38857



CERTIFICADO DE REGISTRO E FUNCIONAMENTO DE VEÍCULO										
MINISTÉRIO DAS CIDADES										
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL										
CONTRAN		DENATRAN								
DETTRAN - PB		Nº 014656191153								
CERTIFICO DE REGISTRO E FUNCIONAMENTO DE VEÍCULO										
VIA:	COHRENIA 11 - 20150-000-066-75		EXERCÍCIO							
1	00341499-00		00/00000000 2019							
CATÓ RANGEL DA SILVA LIMA										
PLACA: BFP481R/PB										
ELENCO DE VENCIMENTOS DE CUSTAS:										
BFP481R/PB 02/06/2019 6500BR536463										
PERÍODO DE PAGAMENTO: 01/06/2019										
PAS / MOTOCICLÉTICA / NO. APPLC: ALTO/GASOL										
HONDA/CB 130 TITAN ESD										
CATEGORIA: PAR/FIC										
COR/PRE/CL: PRETA										
ZUP/149		GTI		VENC. COTA UNICA		ANO FAB.		ANO MOD.		
COR/UNICA		VENCIMENTO		20/05/2019		2011		2011		
ZUP/149		PAGO		0		2 <sup>a</sup>		2 <sup>a</sup>		
PREMIO MENSAL(R\$)		OP. PSS.		PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO				
*****		SEGURÓ		P. A. G. O		22/11/2019		0		
OBSERVAÇÕES:										
SEM RESERVA DE DOMÍNIO.										
VALIDA: 36618										
DATA: 28/11/2019										
38855										

<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 09.248.608/0001-04</b>		<b>PB N°01466619153 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<p align="center"><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></b></p>			
<b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>		<b>EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/11/2019</b>	
<b>PLACA PFP4B18/PB</b>		<b>MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD</b>	
<b>Nº CHASSI 9C2KC1650BR536463</b>		<b>ANO/FABR 2011 CAT/ABR 9</b>	
<p align="center"><b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b></p>			
<b>FINS (R\$)</b> <b>*****</b>	<b>DENATRAN (R\$)</b> <b>*****</b>	<b>CUSTO DO SEGURO (R\$)</b> <b>*****</b>	<b>TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)</b> <b>PAGAMENTO PARCELADO</b> <b>PAGAMENTO DATA DE QUINCIADA 22/11/2019</b>
<b>CUSTO DO BILHETE (R\$)</b> <b>SEGURO</b>			
<b>COTA ÚNICA</b>			





Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:25  
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002041032241130000026952618>  
Número do documento: 2002041032241130000026952618

Num. 27941482 - Pág. 8

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 484/2019**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **24.07.2019 – as 10:20Horas**

**COMUNICANTE:** CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; **Filiação:** José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone:** 83 9 99552672/ 999671594/ Portador da RG 4048430 SSP-PB// **CPF:** 117.496.244-51

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA PFP 4118/PB -CHASSI: 9C2KC1650BR536463, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 24 de JULHO de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

**OBS:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: Willys Pereira da Silva

  
**Manoel de Sousa Lacerda**  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 155345-4

Policial responsável pela lavratura do boletim:





Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322411300000026952618>  
Número do documento: 20020410322411300000026952618

Num. 27941482 - Pág. 10

**ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20/12/2019 – às 15h34min**

**COMUNICANTE:** CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; **Filiação:** José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone:** 83 9 99552672/ 999671594/ **Portador da RG** 4048430 **SSP-PB// CPF** 117.496.244-51.

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA PFP 4118/PB -CHASSI: 9C2KC1650BR536463, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB; **Que tem a acrescentar que na data do fato a moto estava em nome de Leandro Gomes Alves, todavia, atualmente, este veículo já se encontra em nome do comunicante;** **Que quanto a situação dessa transferência de propriedade do veículo, informa que a pessoa de José Antônio de Lima Filho, RG 1049275 SSP/PB, tem conhecimento do fato;** Que compareceu a esta delegacia de Polícia para registrar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, **20 de dezembro de 2019.**

**OBS.:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: José Antônio de Lima Filho

  
Breitner da Silva Lunguinho GOVERNO DA PARAÍBA  
1<sup>a</sup> DELEGACIA DISTRITAL  
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL  
1<sup>a</sup> E 2<sup>a</sup> DO

Agente de Investigação / Matrícula 168.350-1





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Glaydson Leite Carneiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.394/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Caio Romualdo da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244/51,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Caio Romualdo da Silva Lima,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244/51, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Coronel Junes Carneiro</u>	Número:	<u>311</u>	Complemento:	<u>1º andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Pombal</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>XTHYAGO.CARNEIRO@HOTMAIL.COM</u>		CEP:	<u>55540-000</u>	

Local e Data: Pombal, 07 ab. Janeiro ab. 2020.

Thyago Glaydson Leite Carneiro

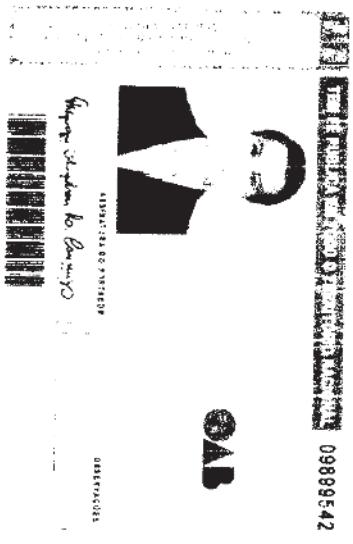
Assinatura do Declarante





Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322411300000026952618>  
Número do documento: 20020410322411300000026952618

Num. 27941482 - Pág. 13



16314  
16315

Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:25  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002041032241130000026952618>  
Número do documento: 2002041032241130000026952618

Num. 27941482 - Pág. 14

# BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est 16.015.823-0

Nº 033.986.101

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO  
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND  
POMBAL

NOV/2019

11/11/2019

295

19/11/2019

R\$ 258,35

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL.

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/11/2019

Pagador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CNPJ/CPF: 057.614.794-00  
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND - CENTRO - POMBAL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120008457872	001106327201911	19/11/2019	R\$ 258,35	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680  
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322411300000026952618>  
Número do documento: 20020410322411300000026952618

Num. 27941482 - Pág. 15



Sistema de  
Único de da Saúde  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES  
2592568

### Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE  
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

4 - PRONTUÁRIO  
38043

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700-2063-4170-6220 6 - DATA DE NASCIMENTO 17/03/1996 7 - SEXO M 8 - RACA / COR BRANCA

9 - NOME NA MÃE CLEONICE DA SILVA GARRIDO 10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO R. SEVERINO GOMES SOUSA N.º 73 13 - BAIRRO SANTA ROSA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE  
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### 18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente com dor de quele da mola, com dor e deformidade na perna direita.  
Nº: sem alterações*

#### 19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Necessidade de exame*

#### 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Ko.*

#### 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fractura de fíbula*

#### 22 - CID 10 PRINC.

#### 23 - CID 10 SEC.

#### 24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

*Fractura de fíbula*

#### 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### 26 - COD. PROCEDIMENTO

*Tamponamento de óssea da fíbula*

#### 27 - CLÍNICA

#### 28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

#### 29 - DOCUMENTO

#### 30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

*Dr. Túlio Alberto de Souza*

*Ortopedista*

CNS  CPF

*027.187.189-98*

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

*H*

*07/07/19*

*Dr. Túlio Alberto de Souza  
Dir. Clínico CRM 9251  
CRM 200463205210007*

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

#### 44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

#### 45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

#### 50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

#### 46 - DOCUMENTO

#### 47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

CNS  CPF

CNS  CPF

#### 48 - DATA AUTORIZAÇÃO

#### 49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

*/ /*

*/ /*





Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322513800000026952621>  
Número do documento: 20020410322513800000026952621

Num. 27941485 - Pág. 2



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

1599

Paciente CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Idade: 23 Sexo M

Filiação \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_  
Mãe: CLEONICE DA SILVA GARRIDO

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101  
Endereço R. SEVERINO GOMES SOUSA  
Bairro: SANTA ROSA  
Naturalidade: POMBAL - PB  
Fone: \_\_\_\_\_

N.º 73

Documentos \_\_\_\_\_

CNS: 700-2063-4170-6220

Identidade: 4048430

CPF: \_\_\_\_\_

Reg. Nasc.: \_\_\_\_\_

Informações adicionais \_\_\_\_\_

Nascimento 17/03/1996

Cor: BRANCA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Período de um mês com dor no joelho direito, com dor ao esforço, quando em pé ou sentado, sem febre.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Pes + estudo + 2 juntas  
encardidas em joelho D  
mobilidade g.  
fisica*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Raio X de joelho RD/PA.*

*Mossul fraturado do Oxo de Pernas D*

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado:  Saiu Curado  Melhorado  Falecido  Transferido Em: \_\_\_\_\_

Procurador: FATIMA

*Dr. Túlio Alberto de O. Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9891*





Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322513800000026952621>  
Número do documento: 20020410322513800000026952621

Num. 27941485 - Pág. 4

Nome: Raie Rangel da Silva Soyma  
 Filiação: Cleonice da Silva Guedes  
 Sexo: Fêmea Idade: 23 Cor: \_\_\_\_\_  
 Procedência: E. Emergência Data: 04/07/19  
 Cirurgião: Dra Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: De Guedes Anestesia: \_\_\_\_\_  
 Início da anestesia: 11:44 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Início da intervenção: 13:00 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jeico 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	03
Luva estéril	50ml
PVPI tópico	12
Gaze (pacote com 10 unidades)	18
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseídron	01
Decadrom 4mg	04
Água para injeção	80cm
Espadrinho	07
Escova de PVPI desgermante	05
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	12
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	100ml
PVPI desgermante	08 rolos
Algodão ortopédico 12cm	03
Faixa de smarch	12
Atadura de crepom 15cm	06
Atadura de crepom 20cm	01
Broca 2,5"/3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	05
Ajalha 40x12	05
Atropina	02
Lidocaína 2%	03
Adrenalina	02
Bupivacaína	05
Seringa 20ml	03
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	03
Fio nylon 3-0	06
Atadura de gesso (tamanho variado)	01
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	10ml
Servoflurano	05
Atracurio	05
Neostigmine	05
Atropina	01
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	Stefani Mony L. de Souza Diogo Enfermeira COREN PB 267-679

0 99967 3597

Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01



Hospital	HAPSC		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA	Nome: César Augusto da Silveira Oliveira			Idade: 23	Sexo: M Altera
Data	Pulseira Arterial Pulsos: 115x82			Respiração	Temperatura
O Sangueiro	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicose	União
	Urina				Outros
Ap. Respiratório	Seco cansados			Aerea	Bronquio
Ap. Circulatório	Seco sem sotaques			Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo	Seco cansados			Ap. Urinário	Serológico (Rádios)
Estado Mental	Consciente, ativo, ansioso			Alergia	Hipotensão
Diagnósticos Pré-Operatório				Estado Físico	Risco
Anestesias Anteriores					
Medicagão Pré-Anestésica	Diazepam 0,15 mg/kg			Aplicado As:	Efeitos
AGENTES ANESTÉSICOS	02				Efeitos
LIP		(S) (S) (S) (S)			
COLUNA PV. ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO vs - ANESTÉSICO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20				INDUÇÃO
OPERADO		Sintomas: Tossir. Letargia: Lenta. Náuseas: Vômito. Outros:			Sintomas: Tossir. Letargia: Lenta. Náuseas: Vômito. Outros:
ANESTESIA SATISF.					MANUTENÇÃO
AGENAS					Sintomas: Tossir. Letargia: Lenta. Náuseas: Vômito. Outros:
Técnicas	Braços e pernas			Relaxo na SO:	DEPOIMENTO
Operação	Ressecção de frax. cirurgica de fratura no joelho D.			Cod:	SO:
Chirurgião	D. Jairton			Máscara:	Outros:
Anestesiologista	D. Gládson			Como Clínica	
Observações				Para isso SO:	Mo.
CONDICIONES: (Assinatura)					
Anote, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias					

### FOLHA DE ANESTESIA

Dr. Geraldo A. de Assis Junior  
 CPF: 204.555.154-00  
 CRM: 1231  
 CNS: 1234567844600007





Nome completo: Larys Rangel da Silva Júnior  
 Cirurgia Proposta: Abdome Unidade de origem HRO  
 Modalidade ( ) Eletiva ( ) Emergência ( ) Urgência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico		Antes da indução anestésica <i>Check in</i>	Antes de iniciar a cirurgia <i>Time out</i>	Antes do cliente sair da SO <i>Check out</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Consentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Consentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Consentimento transfusional <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim/<u>Horário 06:00</u> <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Horário _____ Local _____</li> <li>Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim/<u>Inicio</u> <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Exames <input checked="" type="checkbox"/> Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia</li> <li>Retirado prótese e adomos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Tipo de precaução <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso</li> <li>Goticulas <input type="checkbox"/> Aerossóis</li> <li>Enf/Tec.enf <u>Skpenn / Gaoe</u>, _____</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Confirmação sobre o cliente</li> <li>Identificação do cliente</li> <li>Local da cirurgia a ser feita</li> <li>Procedimento a ser realizado</li> <li>Consentimento anestésico e cirúrgico</li> <li>Sítio cirúrgico certo</li> <li>Montagem da SO de acordo com o procedimento programado</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Revisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionários</li> <li>Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2</li> <li>Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambí</li> <li>Guedel <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador</li> <li>Cânula endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal</li> <li>Há risco de perda sanguínea &gt;500mL (7mL/Kg em crianças)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Reserva sanguínea? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Acesso venoso adequado e pérvio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> AVC <u>AVP</u> <input type="checkbox"/> Não</li> <li>O cliente tem alergia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico</li> <li>Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Placa de eletrocautério</li> <li>Posicionada <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Exames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Revisão do anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimento realizado <input checked="" type="checkbox"/> Tudo <input type="checkbox"/> Faltou _____</li> <li>A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Pecas anatômicas/culturas identificadas adequadamente e reunição preenchida? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Recomendações importantes na pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião _____</li> </ul>
				<p>Obs.: _____</p> <p>Ass.: <u>Skpenn / Gaoe</u> Enfermeira <u>Diego</u> Enfermeira</p> <p>COREN PB 261-678</p>

**SAMU**  
**192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB - 05

**IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA**

DATA:	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE/USUÁRIO:	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
<u>26-06-19</u>	<u>00.11</u>	<u>QTA</u>		
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR	
DESTINO DO PACIENTE:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	

**MOTIVO DO TRANSPORTE:**

APOIO DIAGNÓSTICO  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE  TRANSFERÊNCIA  OUTRO:

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO:**

LOCAL:	RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:
APOIO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:		

**OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO**

ATENDIMENTO NO QTH  SOCORRIDO POR TERCEIROS  SOCORRIDO PELO BOMBEIRO  LOCAL NÃO ENCONTRADO  
 RECUSA O ATENDIMENTO  ÓBITO NO LOCAL  ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE  EVADIU DO LOCAL

**\*TIPO DE AGRAVO:**

- ACIDENTE DE TRÂNSITO
- AGRESSÃO
- CLÍNICO
- DESABAMENTO
- ELETROCUSSÃO
- F.A.B
- F.A.F
- GINECO-OBSTÉTRICO
- LESÕES TÉRMICAS
- PEDIÁTRICO
- PSQUIÁTRICO
- AFOGAMENTO
- QUEDA
- QUEIMADURA

**\*ANTECEDENTES:**

- AIDS
- ALCOOLISMO
- AVC
- CONVULSÕES
- CIRURGIAS
- DIABETES
- DOENÇA CARDÍACA
- DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
- DOENÇA RENAL
- DROGAS
- HIPERTENSÃO ARTERIAL
- DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
- MEDICAMENTOS:

**EXAME CLÍNICO( PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS ):**

**DADOS VITAIS:**

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO  <30 rpm  >30 rpm PULSO RADIAL:  PRESENTE  AUSENTE

PA: \_\_\_\_\_ X FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ °C – HGT: \_\_\_\_\_ SpO2: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

**INTERVENÇÕES:**

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**



## **MATERIAL UTILIZADO**

E.C.G:  NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:  AGITAÇÃO  SONOLÊNCIA  COMA  CONVULSÃO  OTORRAGIA  PICIDEZ

**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:**  ABORTAMENTO  HEMORRAGIA VAGINAL  =

SEMANAS: OUTROS

## **DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:**

PROCEDIMENTOS:

- DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS  INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL  CÂNULA OFARINGEA
- CRICOTIREIDOSTOMIA  VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA  VENTILAÇÃO INVASIVA  OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS
- DRENAGEM TORÁCICA  MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA  DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO  CURATIVO
- CONTROLE DE HEMORRAGIA  PUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  SONDA VESICAL  ASPIRAÇÃO V.A
- IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  TALAS  COLAR CERVICAL  IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA  SEDAÇÃO
- OUTROS:

#### TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS.

## Evolução clínica/intercorrências (médicos):

#### **POSIÇÃO DE TRANSPORTE:**

DECÚBITO DORSAL  DECÚBITO LATERAL  DECÚBITO VENTRAL  SENTADO  ELEVACAO DE CABECA

**TERMO DE RECUSA-**

NAME:

RG:

## ASSINATURA:

#### **DENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:**

## MÉDICO:

CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) : Alina Goldi

COREN: 533-289 MAT.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

COREN: MAT

CONDUTOR SOCORRISTA: Tadeu

MAT:





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL

NOME DO PACIENTE	Caio Alvaro da Silva	Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	04/02/19	ENF.
OPERADOR	Dr. Júnior	1º AUXILIAR
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR
ANESTESISTA	Dr. Gláucio	TIPO DE ANESTESIA
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO		
Fratura de ossos do péna ①		
Tipo	OPERAÇÃO	Fratura curva de frise róis ②
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO		
O mesmo		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
Ops. Anestesia na Novo o resto medico Novo novo procedimento A frise se fixou		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
1. Parte em TDA sob visão direta 2. Operação feita e evasão de MZ 3. Fissura direta 4. Frise colocada em novas articulações do péna ① 5. Abertura por furos 6. Abre curva de frise com níveis fixados + anel 7. Fixado com fogo SCP 8 furos + 8 furos 8. Sutura 9. Curativo		

Dr. THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO  
Ortopaumatologista - CRM-PB 9251  
CNPJ: 20.663.376/0007-0007





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL

NOME DO PACIENTE	COSTO MENEZES DA SILVA		Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	07/02/19	ENF.	LEITO
OPERADOR	Dr. Túlio		1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA	Dr. Simão		TIPO DE ANESTESIA
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fractura operada no fêmur (D)		
TIPO DE OPERAÇÃO	Ressecção óssea e fratura fêmur (D)		
DIAG. TÉCNICO PÓS- OPERATORIO	O fêmur		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

Porteiro em DDA fez abertura da  
cavidade e deslocou o fêmur  
para a lateral  
mobilizou o tecido subcutâneo  
aperto para fixar  
fixado com 1 fio de  
fibrina com 0,9%  
fibrina

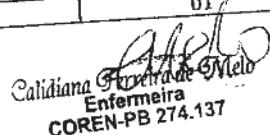
D. Túlio  
Operador de Trauma e  
CRM-PE 051  
CRA-PE 00000000000000000000



*fibula varíeteis*

Nome: Caro Rangel da Silva Júnior  
 Filiação:  
 Sexo: M Idade: 23 Cor: Ruivo Data: 07/09/19  
 Procedência:  
 Cirurgião: Dra. Túlio Auxiliar: M. Abimete  
 Anestesista: Dra. Sralvanta Anestesia: Racine  
 Início da anestesia: 9:00 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Início da intervenção: \_\_\_\_\_ Término: 10:35 Duração: \_\_\_\_\_

Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	03
Luva estéril	50ml
PVPI tópico	12
Gaze (pacote com 10 unidades)	18
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	04
Água para injeção	80cm
Espadrapo	07
Escova de PVPI degermante	05
Touca	05
Máscara	12
Propé (par)	01
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	100ml
PVPI degermante	08 rolos
Algodão ortopédico 12cm	03
Faixa de smarch	12
Atadura de crepom 15cm	06
Atadura de crepom 20cm	01
Broca 2,5"/3,5"/4,5"	05
Serra ortopédica	05
Aguilha 40x12	05
Atropina	02
Lidocaína 2%	03
Adrenalina	02
Bupivacaína	05
Seringa 20ml	03
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	03
Fio nylon 3-0	06
Atadura de gesso (tamanho variado)	01
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	05
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	-
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	01
Midazolam	10ml
Servoflurano	05
Atracurio	05
Neostigmine	05
Atropina	01
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01

  
 Calidiana Oliveira Melo  
 Enfermeira  
 COREN-PB 274.137



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria		Leito	Nº Prontuário
		Hospital			Idade	Sexo M Altura
Nome		<i>Thyago Rangel da Silva</i>		Respiração		Temperatura Peso
Data		Peso Arterial Pulso		Ureia		Outros
07/07/19						
Sopro Sanguíneo		Hematócrito	Hemoglobina	Glicerina		
		Urina				
Ap. Respiratório		<i>Normal</i>		Ama		Bronquio
Ap. Circulatório		<i>BPNFRCTTS/</i>		Eletrocardiograma		
Ap. Digestivo		<i>Fj Junt</i>		Ap. Urinário		
Estado Mental		<i>Lote</i>		Alergia		Hipotensores
Diagnósticos Pré-Operatório		(9 -> 10:15h)		Estado Físico		Risco

Anestesias Anteriores		<i>(9)</i>	<i>(10)</i>	Aplicado às	Efeito
Medicação Pré-Anestésica					Efeito
AGENTES ANESTÉSICOS	02	INDUÇÃO			
		Salis.: _____ Exit.: _____ Toss.: _____ Laringo esparr.: _____ Lufita.: _____ Náuseas: _____ Vômito: _____ Outros: _____			
 <i>HMS 200K</i>		MANUTENÇÃO			
260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20		<i>3 cefoxima 2g</i> <i>4 drogofosfona 1g</i> <i>5 ibuprofeno 2g</i> <i>6 tevuronico 400</i>			
<b>4 G.v. ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO N. - ANESTESIA:</b> 150 210 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20		<b>ANESTESIA SATISF.</b> Sim: _____ Não: _____ Não, por quê? _____			
<b>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:</b> Confado: CM: AFA: muco peroradigo via f34 ad divinale 250: leco (Coryn) in D + C		<b>DESPERTAR</b> Refluxo na SO: _____ Obst.: _____ Co2: _____ Exit.: _____ Náuseas: _____ Vômito: _____ Outros: _____			
<b>POSIÇÃO:</b> 004 - reto do - DD4		como Câmla Para leito Sim: _____ Não: _____			
Agentes: Técnico: Operação: Cirurgião: Anestesiada: Observações: Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias		<b>CONDIÇÕES:</b> <i>Magocina 14/pe 139; ② Alucina 80%</i> <i>taquicardia síncope</i> <i>Inhalonegação cutânea de propofol sonda</i> ② <i>Dra. T. I. S.</i> <i>Dra. Sidonha</i>			

Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

### FOLHA DE ANESTESIA

*Sidonha*

*CPM 7828*

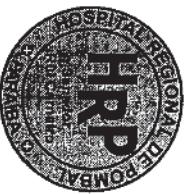


## CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Caio Rangel da Silva Júnior  
 Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_ Unidade de origem \_\_\_\_\_ Data 07/07/2019  
 Modalidade ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica <i>Check in</i>	Antes de iniciar a cirurgia <i>Time out</i>	Antes do cliente sair da SO <i>Check out</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Consentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Consentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Consentimento transfusional <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim/Horário _____ <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Horário _____ Local _____</li> <li>Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim/Início _____ <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Exames <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Exames laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia</li> <li>Retirado prótese e adormos? <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Tipo de precaução <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso</li> <li>Goticulas <input type="checkbox"/> Aerossóis</li> <li>Enf/Tec.enf _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confirmação sobre o cliente <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Local da cirurgia a ser feita <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Consentimento anestésico e cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Sítio cirúrgico certo <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Revisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionários <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2 <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambu <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Guedel <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Câmula endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Há risco de perda sanguínea &gt;500mL (7mL/Kg em crianças)? <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Reserva sanguínea? <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Acesso venoso adequado e pérvio? <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim AVC <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Não</li> <li>O cliente tem <u>alergia</u>? <input checked="" type="checkbox"/></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Staff <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Enfermeira <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Placa de eletrocautério <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Posicionada <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Exames <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Exames imágem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Revista do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Revista do anestesista <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimento realizado <input checked="" type="checkbox"/> Fizemos <input checked="" type="checkbox"/> fizemos <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Pegas identificadas anatômicas/culturas e requisição preenchida? <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião <u>Dra. Ana Lúcia</u></li> </ul>
<p>Obs.: _____</p> <p>Obs.: _____</p> <p>Enfermagem _____</p> <p>Ass.: <u>Caídiana Ferreira de Melo Entfermeira</u></p>			





ESTADO DA PARAÍBA

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome: Thyago Leite do Nascimento | Idade: 23 | Cor: Clara | Enfermeira: Adriana

Leito: D3 | Setor: Respiratório

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DATA

### HORÁRIO

### OBSERVAÇÃO

27/01/2020

OK

01/02/2020

10:00 15:00 21:00 03:00

02/02/2020

04:00 15:00 21:00 03:00

03/02/2020

04:00 15:00 21:00 03:00

04/02/2020

OK

05/02/2020

OK

06/02/2020

OK

07/02/2020

OK

ASSINATURA / CRM: Thyago Leite do Nascimento | CRM-PB: 20022621900000026952875 | Data: 04/02/2020

ASSINATURA / COREN: Thyago Leite do Nascimento | COREN-PB: 970315 | Data: 04/02/2020

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues

Tel:

Fax:

E-mail:

Site:

Assinatura:

Nome:

*Laryn Rosel Siqueira Lima*

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
	<i>26/06/19</i>  Paciente com dor intensa de cintura lombar e dor nas costas. Sintoma dos ossos da cintura + esternocôndilos. Sintoma persistente no ombro e dor nas costas.	
		<i>Daniel Roda</i> Médico CRM-PB 7054
	<i>27/06/19</i>  H.I.: Foi dada indicação de fisioterapia. Paciente tem dor nas costas. Presença de dor nas costas e dor nas costas. Pac. (1)	
	  Dr. Alvaro José - oft.  <i>D</i> Dr. Nálio Alberto de O. Soárez Ortopediatra e Traumatologista - CRM 9251 CNS: 206633762240007	
	<i>28/06/19</i>  H.I.: O paciente Paciente com dor intensa de cintura lombar. Sintoma persistente. Pac. (1)	
	  Dr. Nálio Alberto de O. Soárez + Alvaro Jose + Médicos na lista para. (1)	<i>D</i> Dr. Nálio Alberto de O. Soárez Ortopediatra e Traumatologista - CRM 9251 CNS: 206633762240007





ESTADO DA PARAÍBA

## HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome:

Criso Mariz da Júnior

Idade:

Cor:

Enfermeira:

Leito:

Setor:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
28/01/2020	1. Dentre Unid 2. SNC leve ev - DSC	04:00 15:00 24:00 03:00	
06/02/2020	3. Coronav 15/00 ev GIC	04:00 15:00 24:00 03:00	
19/02/2020	4. Ofissons 15/00 + metocarb	04:00 15:00 24:00 03:00	
05/03/2020	5. Klori 15/00 ev 18/00	04:00 15:00 24:00 03:00	
05/03/2020	6. Tamm 100/00 + cloest 100/00	04:00 15:00 24:00 03:00	
05/03/2020	7. Nortriptil 15/00 + mep 10/120	04:00 15:00 24:00 03:00	
05/03/2020	8. Cloretrine (obt-acv-15/00)	04:00 15:00 24:00 03:00	
05/03/2020	9. Sintu + cccccc	04:00 15:00 24:00 03:00	
10/03/2020	10. Monox 100/00 ev 200/00	04:00 15:00 24:00 03:00	

Dr. Thálio Alves de A Souza

Ortopedista

CRM 9251

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:



ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome: *Carla Bento* Idade: *23* Cor: \_\_\_\_\_ Enfermeira

Idade: 23 Cor: \_\_\_\_\_ Enfermeira: CC M. T. Leito: 02 Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
01/04/19	D 1000 mg VO b/dia	ok 12	20
03/04/19	Glibenclamida 10 mg EV 2x/dia	09:00 09:00	15:00 21:00 02:00
04/04/19	Fluconazole 150 mg EV 1x/dia S/IN	5/14	
05/04/19	Ibuprofeno 100 mg + 100 mg GEP, 100 mg EV 12/12h	09:00	21:00
06/04/19	Paracetamol 750 mg EV 1x/dia S/IN	09:00	21:00
07/04/19	Melatonina 10 mg EV 1x/dia	ok	
08/04/19	Sertocifen 12/12h	ok	
09/04/19	D 1000 mg VO b/dia	12	
10/04/19	Dr. JOSE CARLOS VENTURETTI NETO Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 301 TEO 15253	Fisiologia da respiração Educação para a saúde Coren-PB 446337	

ASSINATURA / CRM:

**ASSINATURA / CORRENTES** *Quando fumamos é só liberdade*





ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Nome: Júlio Idade: 10

Cor: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Leto: \_\_\_\_\_ Setor

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:





# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: Juliano Sommer Idade: 10

Idade: 23 Cor: \_\_\_\_\_ Enfermeira: C. EMF Leito: D2 Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
02-01-19	Octo Oral 100mg	OK	
	Cetadolip 1g 1/6 das.	9:00 15:00 21:00	03/60
	Pimorong 1amp. C/ 6 hrs SW. S/N 9:00	S/N	
	Motil. 1amp. C/ 8/8 SW.	S/N	
	Paracetamol 100 mg ST. C/ 8/8 h SW.	9:00	6/60
	Flum hidro 1 FA C/ 12/12 h.	9:00	21:00
	h que minre sono vi ne doze 1 ml C/ 12/12	9:00	21:00
	Motil MID elevado.	OK	
	SSV + ccc.	OK	
	Vigo K caps. (1m)	102/112 hrs. suspenso 9:00	(21:00)
	Dr. Suelson Wanderley Ortopedista e Traumatologista CRM/PR 6151 CRM/PB 7024		
	Júlia Guilete de Oliveira Nunes Tec. em Enfermagem CREF/PR 10066 e MSc. em Nutrição	Maria de Fátima Costa Silveira Auxiliar de Enfermagem CREF/PR 663 659	
	Franklin Pimentel de Lima Tec. Enfermagem CREF/PR 599-529		
	Gustavo Henrique Tec. Enfermagem		
	COHEN - J. 2005/11		

**ASSINATURA / CRM:**

ASSINATURA / COREN



ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Name: John Myles

Idade: 23 Cor: Enfermeira: CCMII Leito: 02 Seto:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
04/07/2023	1. Meio Unite	OK	
04/07/2023	2. SNC classe C4 em 200mg	09:00 15:00 21:00	
04/07/2023	3. Cromoglicate 150µg + 200mg C4	09:00 15:00 21:00	
04/07/2023	4. Apertar 100% para 60s	09:00 15:00 21:00	
04/07/2023	5. Fazer 100% para 10s	09:00 15:00 21:00	
04/07/2023	6. Tomar 100% para 10s	09:00 15:00 21:00	
04/07/2023	7. Respirar 100% para 10s	09:00 15:00 21:00	
04/07/2023	8. Respirar 100% para 10s	OK	

**ASSINATURA / CRM:** \_\_\_\_\_

ASSINATURA / COREN:





ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Name: Chris Minor

Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Djalma Alberto de O. Souza  
Djalma Alberto de O. Souza  
Uniforran - Atibaia-SP - C.R.M. 92  
C.F.P. 266632762240007

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN/



ESTADO DA PARAÍBA

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Caio Augusto da Silveira Idade: 03 Cor: C C M II Enfermeira:  Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
<u>02/02/2020</u>	<u>1. Fisioterapeuta</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>2. Ortopedista e Ortopedia</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>3. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>4. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>5. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>6. Fisioterapeuta</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>7. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>8. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>9. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>10. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>11. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>12. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>13. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>14. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>15. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>16. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>17. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>18. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>19. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>20. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>21. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>22. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>23. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>24. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>25. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>26. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>27. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>28. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>29. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>30. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>31. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>32. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>33. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>34. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>35. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>36. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>37. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>38. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>39. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>40. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>41. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>42. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>43. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>44. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>45. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>46. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>47. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>48. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>49. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>50. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>51. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>52. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>53. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>54. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>55. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>56. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>57. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>58. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>59. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>60. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>61. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>62. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>63. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>64. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>65. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>66. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>67. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>68. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>69. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>70. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>71. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>72. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>73. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>74. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>75. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>76. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>77. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>78. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>79. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>80. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>81. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>82. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>83. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>84. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>85. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>86. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>87. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>88. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>89. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>90. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>91. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>92. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>93. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>94. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>95. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>96. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>97. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>98. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>99. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>100. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>101. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>102. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>103. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>104. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>105. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>106. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>107. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>108. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>109. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>110. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>111. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>112. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>113. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>114. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>115. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>116. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>117. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>118. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>119. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>120. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>121. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>122. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>123. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>124. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>125. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>126. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>127. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>128. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>129. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>130. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>131. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>132. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>133. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>134. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>135. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>136. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>137. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>138. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>139. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>140. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>141. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>142. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>143. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>144. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>145. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>146. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>147. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>148. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>149. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>150. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>151. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>152. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>153. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>154. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>155. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>156. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>157. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>158. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>159. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>160. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>161. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>162. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>163. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>164. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>165. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>166. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>167. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>168. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>169. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>170. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>171. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>172. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>173. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>174. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>175. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>176. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>177. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>178. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>179. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>180. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>181. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>182. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>183. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>184. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>185. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>186. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>187. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>188. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>189. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>190. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>191. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>192. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>193. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>194. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>195. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>196. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>197. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>198. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>199. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>200. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>201. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>202. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>203. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>204. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>205. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>206. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>207. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>208. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>209. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>210. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>211. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>212. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>213. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>214. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>215. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>216. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>217. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>218. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>219. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>220. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>221. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>222. Psicólogo</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>223. Enfermeira</u>		
<u>02/02/2020</u>	<u>224. Odontologista</u>		
<u>02/02/2020</u> </			



ESTADO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

load:

Cor.

Enfermeira:

Leito: \_\_\_\_\_ Setor:

Leito: \_\_\_\_\_ Setor:

**DATA** \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA					
ESTADO DA PARAÍBA HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"					
Nome: <i>Elisa Souza</i>		Idade: _____	Cor: _____	Enfermeira: _____	Leito: _____ Setor
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO		
	<i>03/07/2019</i>				
1)	M. de 16y	Sexta			
2)	Sp. Agt. - I. M. U. - U. S. P. L.	09:00			
3)	Med. Fria - 01 gr. / 10.600.	15:00			
4)	Ap. humor. - 01 gr. / 10.600	21:00			
5)	Amox. 100 mg. / 10.600	SN			
6)	Vitamina. Yu. 8184	SN			
7)	Paracetamol	03:00			
8)	Colostrum	06:00			
9)	Saliva	12:00			
10)	Saliva	18:00			
11)	Saliva	21:00			
12)	Saliva	24:00			
13)	Saliva	01:00			
14)	Saliva	03:00			
15)	Saliva	06:00			
16)	Saliva	09:00			
17)	Saliva	12:00			
18)	Saliva	15:00			
19)	Saliva	18:00			
20)	Saliva	21:00			
21)	Saliva	24:00			
22)	Saliva	01:00			
23)	Saliva	03:00			
24)	Saliva	06:00			
25)	Saliva	09:00			
26)	Saliva	12:00			
27)	Saliva	15:00			
28)	Saliva	18:00			
29)	Saliva	21:00			
30)	Saliva	24:00			
31)	Saliva	01:00			
32)	Saliva	03:00			
33)	Saliva	06:00			
34)	Saliva	09:00			
35)	Saliva	12:00			
36)	Saliva	15:00			
37)	Saliva	18:00			
38)	Saliva	21:00			
39)	Saliva	24:00			
40)	Saliva	01:00			
41)	Saliva	03:00			
42)	Saliva	06:00			
43)	Saliva	09:00			
44)	Saliva	12:00			
45)	Saliva	15:00			
46)	Saliva	18:00			
47)	Saliva	21:00			
48)	Saliva	24:00			
49)	Saliva	01:00			
50)	Saliva	03:00			
51)	Saliva	06:00			
52)	Saliva	09:00			
53)	Saliva	12:00			
54)	Saliva	15:00			
55)	Saliva	18:00			
56)	Saliva	21:00			
57)	Saliva	24:00			
58)	Saliva	01:00			
59)	Saliva	03:00			
60)	Saliva	06:00			
61)	Saliva	09:00			
62)	Saliva	12:00			
63)	Saliva	15:00			
64)	Saliva	18:00			
65)	Saliva	21:00			
66)	Saliva	24:00			
67)	Saliva	01:00			
68)	Saliva	03:00			
69)	Saliva	06:00			
70)	Saliva	09:00			
71)	Saliva	12:00			
72)	Saliva	15:00			
73)	Saliva	18:00			
74)	Saliva	21:00			
75)	Saliva	24:00			
76)	Saliva	01:00			
77)	Saliva	03:00			
78)	Saliva	06:00			
79)	Saliva	09:00			
80)	Saliva	12:00			
81)	Saliva	15:00			
82)	Saliva	18:00			
83)	Saliva	21:00			
84)	Saliva	24:00			
85)	Saliva	01:00			
86)	Saliva	03:00			
87)	Saliva	06:00			
88)	Saliva	09:00			
89)	Saliva	12:00			
90)	Saliva	15:00			
91)	Saliva	18:00			
92)	Saliva	21:00			
93)	Saliva	24:00			
94)	Saliva	01:00			
95)	Saliva	03:00			
96)	Saliva	06:00			
97)	Saliva	09:00			
98)	Saliva	12:00			
99)	Saliva	15:00			
100)	Saliva	18:00			
101)	Saliva	21:00			
102)	Saliva	24:00			
103)	Saliva	01:00			
104)	Saliva	03:00			
105)	Saliva	06:00			
106)	Saliva	09:00			
107)	Saliva	12:00			
108)	Saliva	15:00			
109)	Saliva	18:00			
110)	Saliva	21:00			
111)	Saliva	24:00			
112)	Saliva	01:00			
113)	Saliva	03:00			
114)	Saliva	06:00			
115)	Saliva	09:00			
116)	Saliva	12:00			
117)	Saliva	15:00			
118)	Saliva	18:00			
119)	Saliva	21:00			
120)	Saliva	24:00			
121)	Saliva	01:00			
122)	Saliva	03:00			
123)	Saliva	06:00			
124)	Saliva	09:00			
125)	Saliva	12:00			
126)	Saliva	15:00			
127)	Saliva	18:00			
128)	Saliva	21:00			
129)	Saliva	24:00			
130)	Saliva	01:00			
131)	Saliva	03:00			
132)	Saliva	06:00			
133)	Saliva	09:00			
134)	Saliva	12:00			
135)	Saliva	15:00			
136)	Saliva	18:00			
137)	Saliva	21:00			
138)	Saliva	24:00			
139)	Saliva	01:00			
140)	Saliva	03:00			
141)	Saliva	06:00			
142)	Saliva	09:00			
143)	Saliva	12:00			
144)	Saliva	15:00			
145)	Saliva	18:00			
146)	Saliva	21:00			
147)	Saliva	24:00			
148)	Saliva	01:00			
149)	Saliva	03:00			
150)	Saliva	06:00			
151)	Saliva	09:00			
152)	Saliva	12:00			
153)	Saliva	15:00			
154)	Saliva	18:00			
155)	Saliva	21:00			
156)	Saliva	24:00			
157)	Saliva	01:00			
158)	Saliva	03:00			
159)	Saliva	06:00			
160)	Saliva	09:00			
161)	Saliva	12:00			
162)	Saliva	15:00			
163)	Saliva	18:00			
164)	Saliva	21:00			
165)	Saliva	24:00			
166)	Saliva	01:00			
167)	Saliva	03:00			
168)	Saliva	06:00			
169)	Saliva	09:00			
170)	Saliva	12:00			
171)	Saliva	15:00			
172)	Saliva	18:00			
173)	Saliva	21:00			
174)	Saliva	24:00			
175)	Saliva	01:00			
176)	Saliva	03:00			
177)	Saliva	06:00			
178)	Saliva	09:00			
179)	Saliva	12:00			
180)	Saliva	15:00			
181)	Saliva	18:00			
182)	Saliva	21:00			
183)	Saliva	24:00			
184)	Saliva	01:00			
185)	Saliva	03:00			
186)	Saliva	06:00			
187)	Saliva	09:00			
188)	Saliva	12:00			
189)	Saliva	15:00			
190)	Saliva	18:00			
191)	Saliva	21:00			
192)	Saliva	24:00			
193)	Saliva	01:00			
194)	Saliva	03:00			
195)	Saliva	06:00			
196)	Saliva	09:00			
197)	Saliva	12:00			
198)	Saliva	15:00			
199)	Saliva	18:00			
200)	Saliva	21:00			
201)	Saliva	24:00			
202)	Saliva	01:00			
203)	Saliva	03:00			
204)	Saliva	06:00			
205)	Saliva	09:00			
206)	Saliva	12:00			
207)	Saliva	15:00			
208)	Saliva	18:00			
209)	Saliva	21:00			
210)	Saliva	24:00			
211)	Saliva	01:00			
212)	Saliva	03:00			
213)	Saliva	06:00			
214)	Saliva	09:00			
215)	Saliva	12:00			
216)	Saliva	15:00			
217)	Saliva	18:00			
218)	Saliva	21:00			
219)	Saliva	24:00			
220)	Saliva	01:00			
221)	Saliva	03:00			
222)	Saliva	06:00			
223)	Saliva	09:00			
224)	Saliva	12:00			
225)	Saliva	15:00			
226)	Saliva	18:00			
227)	Saliva	21:00			
228)	Saliva	24:00			
229)	Saliva	01:00			
230)	Saliva	03:00			
231)	Saliva	06:00			
232)	Saliva	09:00			
233)	Saliva	12:00			
234)	Saliva	15:00			
235)	Saliva	18:00			
236)	Saliva	21:00			
237)	Saliva	24:00			
238)	Saliva	01:00			
239)	Saliva	03:00			
240)	Saliva	06:00			
241)	Saliva	09:00			
242)	Saliva	12:00			
243)	Saliva	15:00			
244)	Saliva	18:00			
245)	Saliva	21:00			
246)	Saliva	24:00			
247)	Saliva	01:00			
248)	Saliva	03:00			
249)	Saliva	06:00			
250)	Saliva	09:00			
251)	Saliva	12:00			
252)	Saliva	15:00			
253)	Saliva	18:00			
254)	Saliva	21:00			
255)	Saliva	24:00			
256)	Saliva	01:00			
257)	Saliva	03:00			
258)	Saliva	06:00			
259)	Saliva	09:00			
260)	Saliva	12:00			
261)	Saliva	15:00			
262)	Saliva	18:00			
263)	Saliva	21:00			
264)	Saliva	24:00			
265)	Saliva	01:00			
266)	Saliva	03:00			
267)	Saliva	06:00			
268)	Saliva	09:00			
269)	Saliva	12:00			
270)	Saliva	15:00			
271)	Saliva	18:00			
272)	Saliva	21:00			
273)	Saliva	24:00			
274)	Saliva	01:00			
275)	Saliva	03:00			
276)	Saliva	06:00			
277)	Saliva	09:00			
278)	Saliva	12:00			
279)	Saliva	15:00			
280)	Saliva	18:00			
281)	Saliva	21:00			
282)	Saliva	24:00			
283)	Saliva	01:00			
284)	Saliva	03:00			
285)	Saliva	06:00			
286)	Saliva	09:00			
287)	Saliva	12:00			
288)	Saliva	15:00			
289)	Saliva	18:00			
290)	Saliva	21:00			
291)	Saliva	24:00			
292)	Saliva	01:00			
293)	Saliva	03:00			
294)	Saliva	06:00			
295)	Saliva	09:00			
296)	Saliva	12:00			
297)	Saliva	15:00			
298)	Saliva	18:00			
299)	Saliva	21:00			
300)	Saliva	24:00			
301)	Saliva	01:00			
302)	Saliva	03:00			
303)	Saliva	06:00			
304)	Saliva	09:00			
305)	Saliva	12:00			
306)	Saliva	15:00			
307)	Saliva	18:00			
308)	Saliva	21:00			
309)	Saliva	24:00			
310)	Saliva	01:00			
311)	Saliva	03:00			
312)	Saliva	06:00			
313)	Saliva	09:00			
314)	Saliva	12:00			
315)	Saliva	15:00			
316)	Saliva	18:00			
317)	Saliva	21:00			
318)	Saliva	24:00			
319)	Saliva	01:00			
320)	Saliva	03:00			
321)	Saliva	06:00			
322)	Saliva	09:00			
323)	Saliva	12:00			
324)	Saliva	15:00			
325)	Saliva	18:00			
326)	Saliva	21:00			
327)	Saliva	24:00			
328)	Saliva	01:00			
329)	Saliva	03:00			
330					

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"

Evolução do Enfermeiro

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.C.M.H Leito: 08 Data Admissão: 06/06/19  
Paciente: Enio Ronquel S. Lima Idade: 03a Hora Admissão: \_\_\_\_\_

Dias de Internação: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros: \_\_\_\_\_

Veio transferido: () Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI

Transferência interna: () Clín. médica/Cirúrgica () Clín. cirúrgica/Médica () Clín. médica/Área vermelha

() Clín. cirúrgica/Área vermelha () Clín. médica/Obstétrica () Clín. cirúrgica/Obstétrica () Clín. médica e cirúrgica/UTI

() UTI/Clín. médica () UTI/Clín. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico Diagnóstico médico: Febre tifóide M/D

ESTADO GERAL:

EG: () Bom () Estável () Regular () Grave SSV: T: \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ irpm PA: \_\_\_\_\_ mmHg

FUNÇÃO NEUROLOGÍCA:

Nível de Consciência: () Consciente () Insconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Cooperativo  
() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/repouso preservado () Sono/repouso prejudicado

Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Térmicos () Ocular

Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choroso () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: \_\_\_\_\_

Avaliação da dor: () 01 () 02 () 03 () 04 () 05 () 06 () 07 () 08 () 09 () 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	<input checked="" type="checkbox"/>
1 A 3	Dor de fraca intensidade	
4 A 6	Dor de intensidade moderada	
7 A 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Respiração abdom. predominância torácica  
() Respiração torácica predominância abdominal () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Tosse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração

() Batimentos de asa do nariz () Tiragem intercostal

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

() Outros: \_\_\_\_\_

PELE E MUCOSAS:

Condições da pele: () Normal () Nódulo () Tumor () Bolha () Pústula () Equimose () Hematoma () Petéquias  
() Erisipela () Queimadura () Escoriações () Escabiose () Úlcera por pressão: Grau: () I () II () III () IV

Curativo: () Sim () Não Hora: \_\_\_\_\_ Localização e aspecto: \_\_\_\_\_

Coloração da pele: () Hipoclorada () Normoclorada () Hipercolorada () Icterícia () Cianótica

Regulação térmica: () Normotérmica () Hipotérmica () Hipertérmica () Tremores () Calafrios () Sudorese

() Pele fria () Pegajosa

Condições de mucosas: () Úmida () Ressecada () Placas () Fissuras Outros: \_\_\_\_\_

Estado de hidratação: () Hidratada () Desidratada () Hiperhidratada

UNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: () Sim () Não Qual: \_\_\_\_\_

Doença cerebrovascular: () Sim () Não Qual: \_\_\_\_\_

Perfusão periférica: () Sim () Não Qual: \_\_\_\_\_



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"



**FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:**

Abdome:  Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Dispepsia ( ) Plenitude ( ) Hematemese ( ) Pirose ( ) Ascítico ( ) Colostomizado ( ) Ileostomia ( ) Doloso ( ) Paracentese abdominal ( ) Incisão cirúrgica ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva

Curativo: ( ) Sim ( ) Não Hora: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso ( ) Marasmo ( ) Kwashiorkor

Dieta alimentar: \_\_\_\_\_

( ) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta

Via de administração alimentar: ( ) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral

Vômitos: ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

Eliminações intestinais: ( ) Presente ( ) Ausente Frequência: \_\_\_\_\_

Aspecto: ( ) Normal ( ) Pastosa ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreia ( ) Obstipação

**SISTEMA URINÁRIO:**

Eliminações vesicais: ( ) Normal ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVF-02 vias ( ) SVF-03 vias ( ) Uso de fraldas Outros: \_\_\_\_\_

Aspecto: ( ) Límpida ( ) Concentrada ( ) Piúria ( ) Hematúria ( ) Colúria ( ) Turva

Diureses: ( ) Espontânea ( ) Cistostomia ( ) SVF Hora: \_\_\_\_\_ Volume diurese: \_\_\_\_\_

**FUNÇÃO LOCOMOTIVA:**

Desenvolvimento motor: ( ) Senta-se espontaneamente ( ) Senta-se com ajuda ( ) Fica de pé com apoio

( ) Fica de pé sem apoio ( ) Deambula ( ) Não deambula ( ) Deambula com apoio ( ) Deambula sem apoio

( ) Ficou paralisado prejudicada Tipo de apoio: \_\_\_\_\_

Movimento das articulações: ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Edema: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Força muscular: ( ) Adequado para idade ( ) Hipertonia ( ) Hipotonia

**ACESSO VENOSO:**

Venoclise: ( ) MMSS e MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE Subclávia ( ) Cateter venoso central ( ) Dissecção venosa

Data punção: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( ) Geico Nº \_\_\_\_\_ ( ) Scalp Nº \_\_\_\_\_ Quem punctionou: \_\_\_\_\_

**ALTA HOSPITALAR:**

Alta autorização médica: ( ) Se sim: data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

( ) Se não, responsável: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)/COREN: \_\_\_\_\_

**PACIENTE TRANSFERIDO:**

( ) Não ( ) Se sim, médico que autorizou: \_\_\_\_\_

Local para transferência: \_\_\_\_\_

**PACIENTE EM ÓBITO:**

( ) Não ( ) Se sim, data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_ causa da morte (diagnóstico médico): \_\_\_\_\_

**QUEIXAS:**

*Nas geladas queixas*

**OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:**

*Parcentiu sangue em fios medecante re p. medecer  
Ninguas cuidado da equipe de enfermagem*

Impresso em

Data: 05/01/19 Hora: 20:00 Ass. Enferm./COREN: \_\_\_\_\_ Enfermeira \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO NOTURNA DO ENFERMEIRO

*Henrique Formiga*

*Enfermeiro*

CORENPB 500.078

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Nome do Paciente: Luis Rommel Silva Ferreira Idade: \_\_\_\_\_  
Leito: 02 Enfermaria: POM-11  
Idade: 23 a 1 Localização: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	
<input type="checkbox"/> Adaptação prejudicada	
<input type="checkbox"/> Ansiedade	
<input type="checkbox"/> Risco de aspiração	
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado alimentação	
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado de higienização	
<input type="checkbox"/> Confusão	
<input type="checkbox"/> Constipação	
<input type="checkbox"/> Baixa autoestima situacional	
<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	
<input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído	
<input type="checkbox"/> +glutígeno prejudicada	
<input type="checkbox"/> Diarreia	
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	
<input type="checkbox"/> Decambulação prejudicada	
<input type="checkbox"/> Dor	
<input type="checkbox"/> Hipotermia	
<input type="checkbox"/> Hipertermia	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção	
<input type="checkbox"/> Proteção ineficaz	
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	
<input type="checkbox"/> Náusea e/ou vômito	
<input type="checkbox"/> Medo	
<input type="checkbox"/> Nutrição prejudicada	
<input type="checkbox"/> Distúrbio de imagem corporal	
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	
<input checked="" type="checkbox"/> Sono e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos	
<input type="checkbox"/> Recuperação cirúrgica retardada	
<input type="checkbox"/> Volume de líquido deficiente	
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido	
<input type="checkbox"/> Volume excessivo de líquido	
<input type="checkbox"/> OUTROS:	

<input checked="" type="checkbox"/> Higiene oral e ocular 3X ao dia	
<input checked="" type="checkbox"/> Mudança de decúbito 3/3h	
<input checked="" type="checkbox"/> Banho no leito 1x ao dia (conforme rotina do setor)	
<input checked="" type="checkbox"/> Aspiração de secreção conforme necessidade do paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> Esvaziar água em circuito do respirador	
<input checked="" type="checkbox"/> Manter oxigênio terapia por cateter nasal	
<input checked="" type="checkbox"/> Manter oxigênio terapia por TOT	
<input checked="" type="checkbox"/> Manter oxigênio terapia por máscara de Venturi	
<input checked="" type="checkbox"/> Manter nível de água nos umidificadores	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar e checar medicação prescrita	
<input checked="" type="checkbox"/> Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos	
<input checked="" type="checkbox"/> Medir e registrar PVC 3x ao dia	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativos limpos 1x ao dia e identificar com data e rubrica	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativos infectados 2x ao dia e identificar com data e rubrica	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar equipamento a cada mudança de FRO de nutrição parenteral	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar dieta a cada 3 horas	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar lavagem da sonda após administração da dieta com 60ml de água salvo se houver restrição hídrica	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar dieta por sistema fechado	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar 50ml de água de 4/4h nas dietas por sistema fechado	
<input checked="" type="checkbox"/> Cabeceira do leito elevado à 30°	
<input checked="" type="checkbox"/> Identificar bomba de infusão conforme solução	
<input checked="" type="checkbox"/> Controlar gotejamento das soluções parenterais	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar equipamentos e conexões a cada 72 horas	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar látex de 12/12h	
<input checked="" type="checkbox"/> Identificar com data e rubrica as punções venosas	
<input checked="" type="checkbox"/> Desinfecção dos leitos com álcool à 70% de 12/12h	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar glicemia conforme protocolo de infusão contínua	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar glicemia capilar pré-prandial	
<input checked="" type="checkbox"/> Verificar sinais vitais a cada 2 horas	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar kit de nebulização após o uso	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar máscara e Venturi a cada 12 horas	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar frasco de aspiração a cada 24 horas	
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar circuito de ventilação após entubação ou na presença de sugide	



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



**ACESSO VENOSO:**

Venóclise:  MMSS e MMII  MSD  MSE  MID  MIE  Subclávia  Cateter venoso central  Dissecção venosa  
Data punção: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ ( Gelco N° \_\_\_\_ ) ( Scalp N° \_\_\_\_ )

Quem punctionou:

**ALTA HOSPITALAR:**

Alta autorização médica:  Se sim: data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Médico:  
 Se não, responsável: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ Testemunha 2: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

**PACIENTE EM ÓBITO:**

Não  Se sim, data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ , causa da morte (diagnóstico médico): \_\_\_\_\_

**QUEIXAS:**

Sem queixas no momento

**RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:**

Paciente segue em repouso no leito, aos cuidados da enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

Data: 05/07/19 Hora: \_\_\_\_\_

Geruiza E. Dantas  
Técnica em Enfermagem  
COREN-PB 341177

**AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:**

Paciente segue em E.G.E, sem alterações e aos cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

Data: 05/07/19 Hora: \_\_\_\_\_

Ana Raquel de Medeiros Rodrigues  
Técnica em Enfermagem  
COREN-PB 341.253



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: CCM II Leito: 02 Data Admissão: 06/04  
Paciente: Enio Rangel, 3. bima Idade: 03a. Hora Admissão: \_\_\_\_\_

Dias de Internação: \_\_\_\_\_ Turno: D(h) SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros: \_\_\_\_\_

Veio transferido: () Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI

Transferência interna: () Clín. médica/Cirúrgica () Clín. cirúrgica/Médica () Clín. médica/Área vermelha

() Clín. cirúrgica/Área vermelha () Clín. médica/Obstétricia () Clín. cirúrgica/Obstétricia () Clín. médica e cirúrgica/UTI

() UTI/Clín. médica () UTI/Clín. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico

ESTADO GERAL:

-EG: () Bom () Estável () Regular () Grave

SINAIS VITIAIS:

12h00 T: 36,4 °C P: 72 bpm R: 20 irpm PA: 120x70 mmHG

18h00 T: 36,5 °C P: 77 bpm R: 20 irpm PA: 130x70 mmHG

00h00 T: 36,5 °C P: 78 bpm R: 20 irpm PA: 140x80 mmHG

06h00 T: 36,9 °C P: 78 bpm R: 20 irpm PA: 140x80 mmHG

FUNÇÃO NEUROLOGICA:

Nível de Consciência: () Consciente () Insconsciente () Orientado () Desorientado () Confuso () Cooperativo  
() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/reposo preservado () Sono/reposo prejudicado

Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Ocular

Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipotático () Choroso () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Esse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração () Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemizada () Secretiva

Curativo: () Sim () Não Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso

Dieta alimentar: () Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: () Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim () Não Frequência: \_\_\_\_\_

Eliminações intestinais: () Presentes () Ausentes Frequência: \_\_\_\_\_

Aspecto: () Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: () Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias  
() SVF 03 vias () Uso de fraldas

Aspecto: () Limpida () Concentrada () Hematuria

Diurese: () Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando () Deambulação prejudicada

Edema: () Presente () Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD

Localização: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

## "SENADOR RUI CARNEIRO"



**PERCEPOÇÃO SENSORIAL:** Habilidade de responder significativamente a prestações relacionadas ao conforto.

- 1 - Completely limitado
- 2 - Muito limitado
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem alteração

Pontuação \_\_\_\_\_ Observação \_\_\_\_\_

**UNIDADE DA PELE:** Grau no qual a pele está exposta à umidade.

- 1 - Constantemente úmida
- 2 - Muito úmida
- 3 - Ocasionaismente úmida
- 4 - Raramente úmida

Pontuação \_\_\_\_\_ Observação \_\_\_\_\_

**ATIVIDADE FÍSICA:** Grau de atividade física.

- 1 - Acamado
- 2 - Na cadeira com ajuda
- 3 - Anda ocasionalmente
- 4 - Anda frequentemente

Pontuação \_\_\_\_\_ Observação \_\_\_\_\_

**MOBILIDADE:** Habilidade de mover-se com vistas às posições corretas.

- 1 - Completely imóvel
- 2 - Muito limitado (Paraplégico)
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem limitação

Pontuação \_\_\_\_\_ Observação \_\_\_\_\_

**NUTRIÇÃO:** Fazendo uso de reservas alimentares.

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
- 2 - Se alimenta pouco (Desid.)

Pontuação \_\_\_\_\_ Observação \_\_\_\_\_

4 - Se alimenta de forma satisfatória

**ASPECTO DA PELE:** Condições de como se apresenta.

- 1 - Edema / Eritema / Escorições em mais de uma área
- 2 - Eritema / Escorições em uma área
- 3 - Edema em alguma área
- 4 - Normal

Pontuação \_\_\_\_\_ Observação \_\_\_\_\_

Pontuação total \_\_\_\_\_

**PONTUAÇÃO DA CONTAGEM DA HABILIDADE INDICADORA DE NIVEL DE RISCO ALTO (MÁXIMO)**  
**HABILIDADE FUNCIONAL: INDICADORES DE URGÊNCIA DE ATENDIMENTO**

ÁREA DE CUIDADO	AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DE SISTEMA			
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de Oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através da cadeira de rodas.	Necessita de áudio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com áudio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com audio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/ Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele Intacta.
	Eviscerações.	Incisão cirúrgica, Ostomias, Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo útil na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos.	Entre 15 a 30 minutos.	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total \_\_\_\_\_

05/01/18  
Data da avaliação

Assinatura do Enfermeiro

Enfermeiro (a) / COREN





Paciente.....: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
 Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA  
 Referência....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
 Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: 0000024914  
 Data.....: 01/07/2019  
 Idade.....: 23 anos  
 RG .....: NÃO INFORMADO

## 01 HEMATOLOGIA

### HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 ]

#### Resultados

#### Valores de Referências

#### SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	4,68 milhões/mm <sup>3</sup>	4,32 - 5,72 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito.....	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.....	91,2 micra <sup>3</sup>	81,2 - 95,1 micra <sup>3</sup>
H.C.M.....	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.....	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.....	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... HEMÁCIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.

#### SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....	9.300 /mm <sup>3</sup>	(%)	(/mm <sup>3</sup> )	-	4.500 a 10.000
Promielocitos.....	0	0	0	-	0
Mielócitos.....	0	0	0	0 a 1	0 a 100
Metamielócitos.....	0	0	0	0 a 5	0 a 500
Bastonetes.....	3,0	279	43 a 67	1.935 a 6.700	
Segmentados.....	61,0	5.673	1 a 4	45 a 400	
Eosinófilos.....	2,0	186	0 a 1	0 a 100	
Basófilos.....	0	0	20 a 35	900 a 3.500	
Linfócitos.....	30,0	2.790	2 a 8	-	800
Linf. Atípicos.....	0	0			
Monocitos.....	4,0	372			

OBS: SÉRIE BRANCA..... SEM ALTERAÇÕES MORFOLOGICAS.

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm<sup>3</sup>

Acima de 16 anos:  
150.000 a 450.000 /mm<sup>3</sup>

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... NORMAL

Nota: \* SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLOGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

K.S.Fragoso.  
 Dr. Kátia Suenya de Melo Fragoso  
 Bioquímica - ORF-PB 3011

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625 ☎



Nome:

*Caiu Pombal*

Enf.:

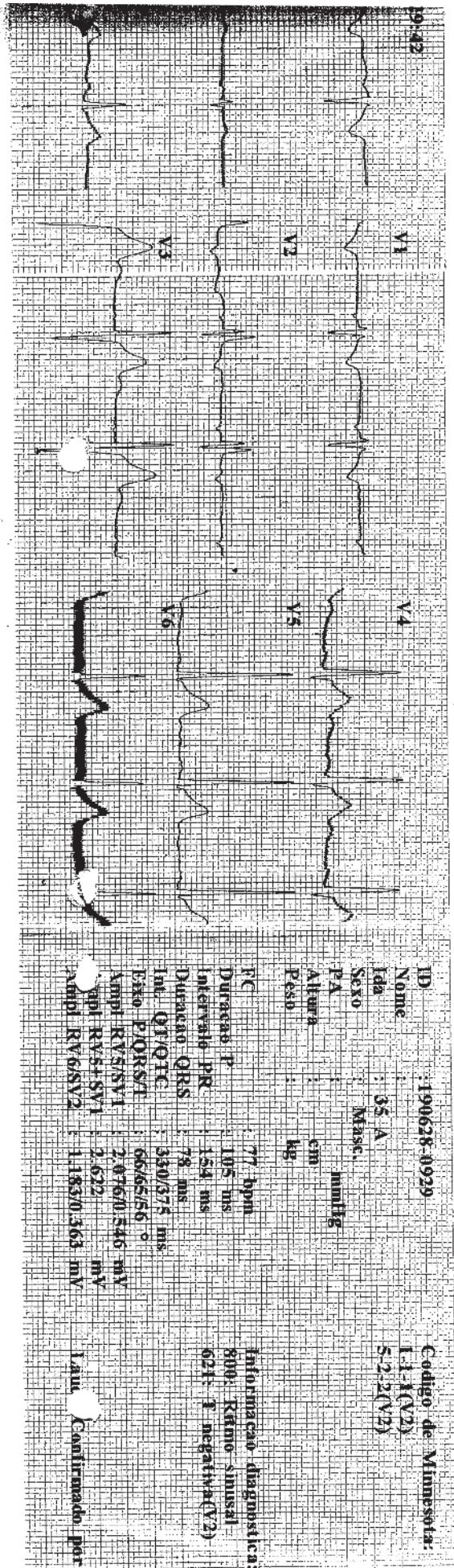
Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dado Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
01/07/19	<p>A FQ Onor da Janina (2) A</p> <p>Pt evolução infarto 2m. morte</p> <p>Parcer de empatia em</p> <p>funcional de Janina (D)</p> <p>+ óbito</p> <p>col VPA.</p> <p>Sai- novo diagnóstico obs lot B</p>	
	<p>Dr. José Cassiano Neto</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM/PB 7801 TEP/T 15253</p>	
02.07.19	<p>Esgom estanque sem gravidez</p> <p>08/07/19</p>	
	<p>Dr. Selson Wanderley</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM/RN 6151 CRM/PB 70#</p>	
05/07/2019	<p>(Assinatura de Dr. Souza)</p> <p>Doutor Souza</p> <p>Médico</p> <p>CRM/PB 7054</p>	
04/07/19	<p>Praticar instrumento à mao direita</p> <p>Novo lotes</p>	
	<p>03/07/19</p> <p>AB + RP + ANA/AN</p>	

Dr. Tálio Almeida de O. Souza  
Ortopatologia - CRM 9251  
CNS: 00033762210007







Governo da Paraíba - Secretaria de Estado de Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**

**AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO**

NOME: Caio Kangel da Silva Túma

IDADE: 23. SEXO: M

Procedimento cirúrgico proposto: cirurgia otorrinolaringológica

Medicação em uso: —

Alergias medicamentosas: —

Antecedentes / Comorbidades: —

**EXAME FÍSICO:**

Exame geral:

PA: 110x70 mmHg FC: 82 bpm

Aparelho cardiovascular: Pcl. Suf. dte 5/1

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: Normal (DCR0)

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: ( ) Alto ( ) Intermediário (X) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPO

LEE

ACP

BAIXO RISCO

OBS:

Dr. Jairo Leal CRM/PB 8882  
Cardiologista RQE 5345  
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346  
Marcapasso RQE 5979

DATA 28/6/2019





Paciente.....: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
 Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA  
 Referência....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
 Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: 0000024914  
 Data.....: 01/07/2019  
 Idade.....: 23 anos  
 RG.....: NÃO INFORMADO

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4A26E-48F3-F43B-E34-215A-2097-3E0A-BAB7

## 01 HEMATOLOGIA

### HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 ]

#### Resultados

#### Valores de Referências

#### SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	4,68 milhões/mm <sup>3</sup>	4,32 - 5,72 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito.....	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.....	91,2 micra <sup>3</sup>	81,2 - 95,1 micra <sup>3</sup>
H.C.M.....	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.....	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.....	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA ..... HEMÁCIAS NORMOCITICAS E NORMOCROMICAS.

#### SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....	9.300 /mm <sup>3</sup>	(%)	(/mm <sup>3</sup> )	-	4.500 a 10.000
Promielocitos.....	0	0	0	-	-
Mielócitos.....	0	0	0	0 a 1	0 a 100
Metamielócitos.....	0	0	0	0 a 5	0 a 500
Bastonetes.....	3,0	279	43 a 67	-	1.935 a 6.700
Segmentados.....	61,0	5.673	1 a 4	-	45 a 400
Eosinófilos.....	2,0	186	0 a 1	-	0 a 100
Basófilos.....	0	0	0	-	-
Linfócitos.....	30,0	2.790	20 a 35	-	900 a 3.500
Linf.Atípicos.....	0	0	-	-	-
Monocitos.....	4,0	372	2 a 8	-	90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA ..... SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... 167.000 /mm<sup>3</sup> Acima de 16 anos:  
 150.000 a 450.000 /mm<sup>3</sup>

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA ..... NORMAL

Nota: \* SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

Dr. Kátia Suanya de Melo Fragoso  
 Bioquímica - CRF-PB 3011

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625 ☎



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322850800000026952884>  
Número do documento: 20020410322850800000026952884

Num. 27941498 - Pág. 2



Paciente.....: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Protocolo...: 0000024914

Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA

Data.....: 01/07/2019

Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

Idade.....: 23 anos

Origem.....: 20 HRP

RG.....: NÃO INFORMADO

## 01 HEMATOLOGIA

### COAGULOGRAMA

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 ]

Material: PLASMA

Método: TUBO DESITOMETRIA

PLAQUETAS (CONTAGENS)..... 167.000 /mm<sup>3</sup>

Acima de 16 anos:  
150.000 a 450.000 /mm<sup>3</sup>

### TEMPO DE TROBOPLASTINA - TTPA

TTPA - PACIENTE.....	28,2 seg	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL.....	27,9 segundos	Até 1,3
RELAÇÃO TTPA / CONTROLE NORMAL.....	1,0	Até 8,0 segundos
DIFERENÇA TTPA/CONTROLE NORMAL.....	0.30 segundos	

### TEMPO E ATIVIDADE DE PROTOMBINA - TP

TP - PACIENTE.....	14,1 segundos	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL.....	12,5 segundos	70 a 120%
ATIVIDADE PROTOMBINA PACIENTE.....	78 %	Até 1,3
RELAÇÃO TP / CONTROLE NORMAL.....	1,1	1,0 a 1,3
INR.....	1,13	

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625 ☎



Kácia Fragoso.  
 Drª Kácia Suenya de Melo Fragoso  
 Bioquímica - CRF-PB 3011



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322850800000026952884>  
Número do documento: 20020410322850800000026952884

Num. 27941498 - Pág. 4



Paciente.....: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Protocolo...: 0000024914

Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA

Data.....: 01/07/2019

Referência....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

Idade.....: 23 anos

Origem.....: 20 HRP

RG .....: NÃO INFORMADO

Este laudo foi autenticado digitalmente sob o número: 3BC7-F34F-F555-F4-B756-27EE-21F5-D639

## BIOQUÍMICA

GLICOSE DE JEJUM.....: 88,0 mg/dl

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 ]

Valores de Referência:

Material: Soro ou Plasma

Crianças.....: 60,0 a 100,0 mg/dl

Método: Automatizado/Computadorizado

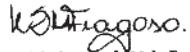
Adultos.....: 70,0 a 100,0 mg/dl

Maiores de 60 anos: 80,0 a 115,0 mg/dl

Observação:

Resultados de glicemia de jejum entre 115 mg/dL e 126 mg/dL, não sugere diagnóstico de diabetes.

Portanto, recomenda-se confirmar no dia subsequente com nova coleta.

  
Dr. Kátia Suenya de Melo Fragoso  
Bioquímica - CRF-PB 3011

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625





Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322850800000026952884>  
Número do documento: 20020410322850800000026952884

Num. 27941498 - Pág. 6



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

**Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200024073** Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

**Data do Acidente:** 26/06/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Informamos que o pagamento da ind

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%  
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = B\$ 2.362,50



Recebedor: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000046471-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Estado da Paraíba  
Poder Judiciário  
2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800114-81.2020.8.15.0301  
Classe: PROCEDIMENTO CQMUM CIVEL (7)

Assunto: [ACIDENTE DE TRANSITO]  
Autor(a): CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Vistos.

O art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, dispõe “o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

Embora para a concessão da gratuidade não se exija o estado de miséria absoluta, é necessária a comprovação da impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família.

A declaração de pobreza, por sua vez, estabelece mera presunção relativa da hipossuficiência, que cede ante outros elementos que sirvam para indicar a capacidade financeira, nem é prova inequívoca, sem contar que é desnecessária ante a possibilidade do próprio advogado afirmar na inicial, desde que tenha poderes para tanto, declarado na procuração.

No caso, há elementos suficientes para afastar a presunção, em especial, a natureza e o objeto discutidos.

No que se refere à qualificação, não há comprovação.

Ademais, requer a gratuidade, sem sequer informar o valor das custas, as quais requer a dispensa de pagamento, em outras palavras, o próprio autor não sabe se tem ou não capacidade de pagamento delas.

Por outro lado, o Juiz somente poderá indeferir o pedido se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, devendo, antes de indeferir o pedido, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos.

Assim, antes de indeferir o pedido, contudo, convém facultar ao interessado o direito de provar a impossibilidade de arcar, sem o seu próprio prejuízo ou de sua família, com as custas e despesas do processo.

Assim, para apreciação do pedido de Justiça Gratuita, INTIME-SE a parte requerente para, em 10 (dez) dias, apresentar, sob pena de indeferimento do benefício, documentos capazes de comprovar a hipossuficiência, tais como:

- a) cópia das últimas folhas da carteira do trabalho, ou comprovante de renda mensal, e de eventual cônjuge;
- b) cópia dos extratos bancários de contas de titularidade, e de eventual cônjuge, dos últimos três meses;
- c) cópia dos extratos de cartão de crédito, dos últimos três meses;
- d) cópia da última declaração do imposto de renda apresentada à Secretaria da Receita Federal.
- e) em especial, juntar(em) a simulação do valor das custas e despesas as quais requer(em) a gratuidade.

Tudo, ante a possibilidade de redução ou parcelamento, que podem ser requeridos, nos termos do NCPC.

A parte poderá, ainda, no mesmo prazo, recolher as custas judiciais e despesas processuais, sob pena de indeferimento do pedido de gratuidade da justiça e multa de 10 vezes o valor das custas



judiciais, devidos a partir do trânsito, nos termos previstos na LAJ, art. 4º, §1º, inscrita em dívida ativa, além da extinção do processo sem resolução de mérito.

Advirta-se que, nos termos do CPC:

- A concessão de gratuidade não afasta a responsabilidade do beneficiário pelas despesas processuais e pelos honorários advocatícios decorrentes de sua sucumbência;
- Vencido o beneficiário, as obrigações decorrentes de sua sucumbência ficarão sob condição suspensiva de exigibilidade;
- A concessão de gratuidade não afasta o dever de o beneficiário pagar, ao final, as multas processuais que lhe sejam impostas;
- A gratuidade poderá ser concedida em relação a algum ou a todos os atos processuais, ou consistir na redução percentual de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento;
- Conforme o caso, o juiz poderá conceder direito ao parcelamento de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento;
- O direito à gratuidade da justiça é pessoal, não se estendendo a litisconsorte ou a sucessor do beneficiário, salvo requerimento e deferimento expressos.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA - Juiz de Direito**

Valor da causa: R\$ 10.125,00



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 31/03/2020 21:57:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032917014347200000028396015>  
Número do documento: 20032917014347200000028396015

Num. 29494491 - Pág. 2

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 27/04/2020 09:20:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042709203250100000028992217>  
Número do documento: 20042709203250100000028992217

Num. 30163422 - Pág. 1

**AO MM JUIZO DE DIREITO DA 2º VARA MISTA DA COMARCA  
DE POMBAL, ESTADO DA PARAÍBA**

**CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**, já devidamente qualificado nos autos do processo, vem, através de seu insigne causídico, que esta subscreve, informar que o autor não possui meios de prover o próprio sustento, estando em arranjo com o art. 98 do CPC, no tocante a gratuidade judiciária, informações corroboradas pela carteira de trabalho em anexo, demonstrando que o autor não possui quaisquer vínculos empregatícios e sequer recebe benefício previdenciário, sendo contribuinte do INSS como autônomo desde novembro de 2019, não podendo arcar com as despesas processuais sem maiores prejuízos ao seu sustento e ao de sua família.

Nestes termos, pede deferimento.

Pombal, 27 de abril de 2020

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

OAB/PB 16314



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 27/04/2020 09:20:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042709203294200000028992224>  
Número do documento: 20042709203294200000028992224

Num. 30163429 - Pág. 1

## TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.033 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovava a CTP. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a quaisificações e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro da sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos com o trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MEC WWW.MEC.GOV.BR

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



203.34283.95-1

9049198

0040

PB

Conc Ramal da Salsas Entra

ASSINATURA DO TITULAR

PERÍODO CIVILIZADO



		<b>QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO</b>	
<b>CAIO RANGEL DA SILVA LIMA</b>			
<b>FILIAÇÃO.....:</b> JOSÉ ANTONIO DE LIMA FILHO CLEONICE DA SILVA GARRIDO			
<b>NASCIMENTO....:</b> 17/03/1996		<b>SEXO: MASCULINO</b>	
<b>ESTADO CIVIL...:</b> SOLTEIRO			
<b>NATURALIDADE:</b> POMBAL - PB			
<b>DOCUMENTO....:</b> C. I. 4048430 30/04/2012 SSDS PB			
<b>LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995</b> CPF.....: 117.496.244-51      CNH.....: TIT. ELEITOR:                            SEÇÃO:                            ZONA:			
<b>LOCAL/DATA DE EMISSÃO:</b> SRTE/PB - 21/10/2014			
 Rodolfo Ramalho Cutolo Superintendente Regional do Trabalho e Emprego no Paraíba			
<small>ASSINATURA DO EMISSOR</small>			
<b>ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE</b>			
<b>NOVO NOME</b> _____	<b>DATA DE NASC. DE</b> _____ / _____ / _____	<b>PAÍS</b> _____	<b>RESIDÊNCIA</b> _____
<b>NOVO DOCUMENTO</b> _____	<b>DOCUMENTO</b> _____	<b>RESIDÊNCIA</b> _____	<b>RESIDÊNCIA</b> _____
<b>NOVO DOCUMENTO</b> _____	<b>ASSINATURA NO NOVO DOCUMENTO</b> _____	<b>RESIDÊNCIA</b> _____	<b>RESIDÊNCIA</b> _____
<small>ANEXAR AQUI OS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</small>			
03			
A. S. E. C. E. N. D. A. V. CINQUENTENA: 1. ANTES 2. AGORA 3. DATA DE REFERÊNCIA 4. GUARDA DE NASCIMENTO 5. SEU DOCUMENTO 6. SEU DOCUMENTO F. FAZER VALIDADE:			

### REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR		SOB. N°	LIVRO N°
REGISTRADO EM	/ /		
HS.	PROC. N.		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	BRASIL	/ /	REGISTRAÇÃO/VALIDAÇÃO
REGISTRO EM	/ /	SOB. N.	LIVRO N°
HS.	PROC. N.		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	BRASIL	/ /	REGISTRAÇÃO/VALIDAÇÃO
REGISTRO EM	/ /	SOB. N.	LIVRO N°
HS.	PROC. N.		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	BRASIL	/ /	REGISTRAÇÃO/VALIDAÇÃO
REGISTRO EM	/ /	SOB. N.	LIVRO N°
HS.	PROC. N.		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	BRASIL	/ /	REGISTRAÇÃO/VALIDAÇÃO

04

### REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR		SOB. N°	LIVRO N°
REGISTRADO EM	/ /		
HS.	PROC. N.		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	BRASIL	/ /	REGISTRAÇÃO/VALIDAÇÃO
REGISTRO EM	/ /	SOB. N.	LIVRO N°
HS.	PROC. N.		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	BRASIL	/ /	REGISTRAÇÃO/VALIDAÇÃO
REGISTRO EM	/ /	SOB. N.	LIVRO N°
HS.	PROC. N.		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	BRASIL	/ /	REGISTRAÇÃO/VALIDAÇÃO

05



Poder Judiciário da Paraíba

2ª Vara Mista de Pombal

Rua José G. de Santana, 414, Centro, POMBAL - PB - CEP: 58840-000

**Número do Processo: 0800114-81.2020.8.15.0301**

**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Assunto: [Acidente de Trânsito]**

**Polo ativo: AUTOR: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

**Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, mediante a juntada da Petição ID 30163429, faço os presentes autos conclusos para despacho.

POMBAL, 25 de maio de 2020

HAROLDO CAMILO DOS SANTOS



Assinado eletronicamente por: HAROLDO CAMILO DOS SANTOS - 25/05/2020 11:27:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005251127257900000029704165>

Num. 30943162 - Pág. 1

Número do documento: 2005251127257900000029704165



Estado da Paraíba  
Poder Judiciário  
2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800114-81.2020.8.15.0301  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [Acidente de Trânsito]  
Autor(a): CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Vistos.

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

Certifique-se a existência de ação com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir, ativa ou baixada.

CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.

Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

**NOMEIO o Dr. Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivanaria, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.**

Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

Após a apresentação do laudo pericial, intimem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo,



expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

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

**JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA** – Juiz de Direito em substituição

Valor da causa: R\$ 10.125,00



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 28/05/2020 15:03:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052815033489500000029825067>  
Número do documento: 20052815033489500000029825067

Num. 31074186 - Pág. 2



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
2ª Vara Mista da Comarca de Pombal**

---

**CERTIDÃO**

*Certifico e dou fé que, em consultas realizadas através do STI e PJE, não constatei a existência de ação com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir, ativa ou baixada.*

Pombal -PB, 04 de junho de 2020.

**SEANE DA NOBREGA MASCENA DANTAS**  
Técnico(a) Judiciário(a)



Assinado eletronicamente por: SEANE DA NOBREGA MASCENA DANTAS - 04/06/2020 10:25:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060410253882300000030002832>  
Número do documento: 20060410253882300000030002832

Num. 31269662 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
**2ª Vara Mista da Comarca de Pombal**

---

**PROCESSO N° 0800114-81.2020.8.15.0301**

**CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 2<sup>a</sup> Vara Mista de Pombal, fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** para tomar conhecimento da presente demanda, e querendo, apresentar contestação, **no prazo de 15 (quinze) dias** (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), bem como **INTIMADO(A)** do despacho (ID 31074186), cientificando-o, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais foram arbitrados no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba. **Por economia processual, no prazo de defesa, deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.**

Pombal-PB, 04 de junho de 2020.

**SEANE DA NOBREGA MASCENA DANTAS**

Técnico(a) Judiciário(a)



Assinado eletronicamente por: SEANE DA NOBREGA MASCENA DANTAS - 04/06/2020 10:28:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060410284222400000030002853>  
Número do documento: 20060410284222400000030002853

Num. 31269685 - Pág. 1