



Número: **0800532-46.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado                       |
|---|---|
| <b>EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO (AUTOR)</b>                  | <b>CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b> |   |

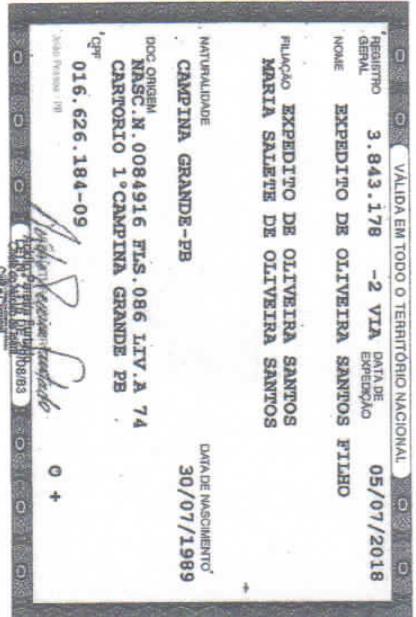
**Documentos**

| Id.       | Data da Assinatura | Documento   | Tipo                       |
|-----------|--------------------|---|----------------------------|
| 27459 232 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">Petição Inicial</a>                                     | Petição Inicial            |
| 27459 244 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">DOCUMENTOS PESSOAIS</a>                                 | Documento de Identificação |
| 27459 243 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">KIT</a>   | Procuração                 |
| 27459 245 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">CARTA DE CONCESSAO _ EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS002</a> | Outros Documentos          |
| 27459 246 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">ATESTADO MÉDICO</a>                                     | Outros Documentos          |
| 27459 242 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">LAUDO MÉDICO</a>  | Outros Documentos          |
| 27459 814 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">Anexo 1</a>   | Outros Documentos          |
| 27459 815 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">Anexo 2</a>   | Outros Documentos          |
| 27459 799 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">Anexo 3</a>   | Outros Documentos          |
| 27459 247 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">Anexo 4</a>   | Outros Documentos          |
| 27459 846 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">Petição</a>   | Petição                    |
| 27459 847 | 15/01/2020 09:21   | <a href="#">Petição Inicial</a>                                     | Comunicações               |
| 27527 640 | 30/01/2020 13:14   | <a href="#">Despacho</a>  | Despacho                   |
| 31262 924 | 03/06/2020 23:35   | <a href="#">Mandado</a>   | Mandado                    |



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509171851800000026499256>  
Número do documento: 20011509171851800000026499256

Num. 27459232 - Pág. 1





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.684/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

11551534

REFERÊNCIA

OUT/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SALETE  
RUA MANAUS, 671 - ANA AMELIA CAMPINA GRANDE PB  
58423-045

| Inscrição            | SMI                | Quantidade de Economias |               |                 | Responsável |
|----------------------|--------------------|-------------------------|---------------|-----------------|-------------|
|                      |                    | Residencial             | Comercial     | Industrial      |             |
| 018.048.075.0141.000 | 000                | 1                       | 0             | 0               | 0           |
| Hidrômetro           | Data de Instalação | Localização             | Situação Água | Situação Esgoto |             |
| A97A020902           | 20/09/1999         | EXTERNO                 | LIGADO        | LIGADO          |             |

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA  
 2109 2109 4 32 14/11/2019  
 HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.  
 SET/2019 4 30 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES  
 AGO/2019 4 30 TURBIDEZ 0 0 0  
 JUL/2019 4 30 CLORO 0 0 0  
 JUN/2019 4 30 COL.TERMOT 0 0 0  
 MAI/2019 4 30 COR 0 0 0  
 ABR/2019 4 30 COL.TOTAIS 0 0 0  
 MÉDIA(M3) 4 DADOS REFERENTES A: AGO/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 15/10/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 07:38:41  
 DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)  
 ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) 4 M3 37,91  
 CONSUMO DE ÁGUA  
 ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) 4 M3 30,33  
 CONSUMO DE ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12  
 VENCIMENTO: 04/11/2019 Total a Pagar: R\$ 68,24



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:  
 #CHEGAETRABALHOINFANTIL



| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 11551534  | OUT/2019   | 04/11/2019 | R\$ 68,24     |

82640000000 4 68240010018 1 01155153401 6 10201970003 2



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509171921500000026499268>  
 Número do documento: 20011509171921500000026499268

Num. 27459244 - Pág. 2

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

**OUTORGANTE:** EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil SOLTEIRO, profissão DESEMPREGADO, portador(a) do documento de identidade RG. n.º 3.843.178 - 2ª VIA, inscrito(a) no CPF sob o n.º 016.626.184-09, domiciliado(a) no município de CAMPINA GRANDE / PB, onde reside na RUA MANAUS, nº 671, bairro ANA AMELIA, CEP 58.423-045, fones (83) 98869-8785, e-mail [redacted]

Pelo presente instrumento particular de procuração fica nomeado o procurador, Dra. Camilla Emanuelle Lisbôa da Costa, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB 17.243, telefone (83) 9 9908-2660 e 9 8760-4313, e-mail camilla@lisboadacosta.com

**FINALIDADE:**

**AÇÃO DE COBRANÇA E REAJUSTE MONETÁRIO DO SEGURO DPVAT.**

**PODERES:**

Os poderes contidos na cláusula "ad judicia", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, conferindo, também, poderes específicos para: receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier.

Nesta data, 26 de NOVEMBRO de 19



Expedito de Oliveira Santos

Outorgante

Edifício Empresarial Mundo Plaza  
Rua Paulo de Frontin 170, 10º andar sala 1001  
Estação Velha, Campina Grande/PB  
CEP 58410-006  
(83) 3066-3131

Eco Business Center  
R. Antônio Rebelo Júnior 161, 23º andar sala 2303  
Miramar, João Pessoa/PB  
CEP 58032-090  
(83) 3077-8666



**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO,  
nacionalidade BRASILEIRO, estado civil SOLTEIRO,  
profissão DESEMPREGADO, portador(a) do documento de identidade  
RG. n.º 3.843.178 - 2ª VIA, inscrito(a) no CPF sob o n.º  
016.626.184-09, domiciliado(a) no município de  
CAMPINA GRANDE, no estado PB, onde reside na  
RUA MANAUS, nº 671,  
bairro ANA AMELIA, CEP 58.423-045, fones ( 83 )  
98869-8785, operadora \_\_\_\_\_, ( )  
operadora \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_.  
 declaro sob as penas  
da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos  
processuais e honorários advocatícios sem afetar o meu sustento e o  
da minha família, nos termos do art. 98, caput, do  
CPC/2015.

Recebo mensalmente o valor de R\$ 00,00, ao qual faço prova  
em anexo.

Por isso requeiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da  
Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias  
fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nesta data, 26 de NOVEMBRO de 2019

Expedito de Oliveira Santos  
Declarante



**CONTRATO DE HONORÁRIOS**

**CONTRATANTE:** EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO  
nacionalidade BRASILEIRO, estado civil SOLTEIRO,  
profissão DESEMPREGADO, portador(a) do documento de identidade  
RG. n.º 3.843.178 - 2ª VIA, inscrito(a) no CPF sob o n.º  
016.626.184-09, domiciliado(a) no município de  
CAMPINA GRANDE, no estado PB, onde reside na  
RUA MANAUS, n.º 671, bairro  
ANA AMELIA, CEP 58.423-045, fones (83) 98869-8785  
e-mail \_\_\_\_\_.

**CONTRATADO:** Dra. Camilla Emanuelle Lisbôa da Costa, brasileira,  
solteira, inscrita na OAB/PB 17.243, telefone (83) 9 9908-2660.

**CLÁUSULA I - DOS SERVIÇOS CONTRATADOS:** Os outorgados obrigam-se a prestar ao(s) CONTRATANTE(S), nos termos da procuração, o ingresso e acompanhamento da **AÇÃO DE COBRANÇA E REAJUSTE MONETÁRIO DO SEGURO DPVAT**, até o final do processo.

**CLÁUSULA II - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:** O(S) CONTRATANTE(S) pagarão ao CONTRATADO, somente se ganhar o processo, trinta por cento dos valores que ganhar a título de atrasados tanto em pagamento judicial como administrativo. O(S) CONTRATANTE(S) concordam que seja destacado o valor dos honorários contratados em nome da sociedade de advogados, em conformidade com o disposto no artigo 85, §15 da Lei 13.105/2015, declarando nesse ato que não adiantou nenhum valor aos advogados a título de honorários, tampouco adiantará no decorrer do processo, por convenção de que os advogados só receberão pelo seu trabalho caso tenham êxito na presente demanda. Fica assim acordado que em caso de desistência da ação (antes ou após a distribuição) o CONTRATANTE deverá pagar ao CONTRATADO, além do percentual equivalente ao trabalho já realizado, o valor de um salário-mínimo nacional a título de multa contratual. Em caso de acordo ou pagamento no âmbito administrativo, os honorários contratados serão devidos igualmente aos advogados.

**CLÁUSULA III - DA AUTORIZAÇÃO:** O(S) CONTRATANTE(S) autorizam os CONTRATADOS a enviarem correspondências, no endereço informado, com objetivo de manter informado sobre questões relacionadas ao direito e cidadania, sem nenhum custo adicional.

**CLÁUSULA IV - DA RESPONSABILIDADE E AUTENTICIDADE:** O(S) CONTRATANTE(S) se responsabilizam pela autenticidade e veracidade dos documentos entregues ao CONTRATADO, bem como pelas informações fornecidas no ato do atendimento e por aquelas que forem prestadas no decorrer da ação judicial.

Edifício Empresarial Mundo Plaza  
Rua Paulo de Frontin 170, 10º andar sala 1001  
Estação Velha, Campina Grande/PB  
CEP 58410-006  
(83) 3066-3131

Eco Business Center  
R. Antônio Rebelo Júnior 161, 23º andar sala 2303  
Miramar, João Pessoa/PB  
CEP 50032-090  
(83) 3077-6666

**CL|CAMILLA  
LISBÔA**  
Escritório de Advocacia

Assim, em 26 / 11 / 19, elegem o Foro da Comarca onde tramitar o pedido e assinam as partes o presente instrumento, extraído em duas vias de igual teor e forma, escritas somente no anverso.



cliente



Advogado

Expedito de Oliveira santo

RG. J. 199.647 2ª via

Grenice Faustino da Silva CPF. 601.321.324-00

Testemunhal

Edilene Soares de Souza

Testemunha 2

Edifício Empresarial Mundo Pizz  
Rue Paulo de Frontin 170, 10º andar sala 1001.  
Estação Velha, Campina Grande/PB  
CEP 58410-006  
(83) 3066-3131

Eco Business Center  
R. Antônio Rabelo Júnior 161, 23º andar sala 2303  
Miramar, João Pessoa/PB  
CEP 58032-090  
(83) 3077-6666





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

---

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190322718      Vítima: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/08/2017      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 00000102233-3

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



RESUMO DE ALTA  
( REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA )

NOME: Exequito da Oliveira S. Filho

DN: 30/07/1989

PRONT. N°: 1491555

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: 22/08/17

ALTA: 03/09/17

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Vítima de estuporamento com dor abdominal e em NSD. Pte união de pnictotrópicos (inhalo, fenergim, depokene e temtina).

2. Resultado dos principais exames

Vde fluorograma

3. Evolução e complicações

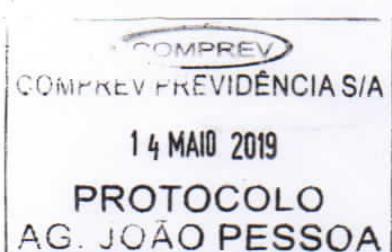
Pte evolução bem e sem complicações

4. Terapêutica realizada

LE observado envolvimento segmento VI do trígono, indicado tratamento com ceto. e em NSD (princípio de conforto - dor é de humor).

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Glandomaxila D3  
Glandomaxila D3



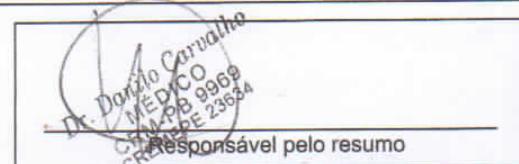
6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Retirada dos pontos em 15 dias no PSF.  
Retorno ao trabalho para clínica escola em 30 dias.

7. Condições de alta

- Curado       A pedido       Óbito       Melhorado       Inalterado  
 Transferido para: \_\_\_\_\_

Campina Grande, 03 de 09 de 17



Paciente: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Data do Exame: 24/08/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Abdome Total

**Técnica:**

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

**Indicação:**

Trauma abdominal fechado.

**Análise:**

- Fígado tópico, dimensões normais, apresentando área heterogênea, de aspecto irregular, ocupando o lobo direito, medido em seu total cerca de 7.4 x 6.7 x 10.4 cm, predominantemente nos segmentos VI e VII, sem realce após a infusão endovenosa, compatível com contusão/laceração pós traumática.
- Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático e na cavidade pélvica.
- Atenuação e volume normais do baço.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas e adrenais.
- Importante distensão cólica por conteúdo gasoso e fecal.
- Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de linfonodomegalias na cavidade abdominal.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais, apresentando nefrograma estriado (inflamatório/infeccioso? hipovolêmico? outros?). Ausência de cálculos ou hidronefrose. Presença de lesões hipoatenuantes após a infusão endovenosa do meio de contraste, medindo cerca de 3.1 x 2.2 cm, de aspecto algo arredondadas císticas, em permeio a outras lineares, aspecto que pode estar relacionado a lacerações renais em meio a área cística, não se podendo excluir a possibilidade de lesão cística complexa.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação conservados.
- Próstata tomograficamente normal.
- Pequeno derrame pleural bilateral, maior à direita, associado a atelectasia passiva dos segmentos pulmonares adjacentes.

Dra. Catárina Aguiar R. do Nascimento  
Diagnóstico por Imagem – Membro Titular do CBR  
CRM - PB 6278





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

|                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| PACIENTE:      | Expedito de Oliveira Santos Filho |
| DATA DO EXAME: | 22/08/2017                        |

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

**ANÁLISE:**

Pequeno derrame pleural à esquerda.

Pequena a moderada quantidade de líquido livre intracavitário, identificado em espaço hepatorenal, fossa ilíaca direita e escavação pélvica, neste último apresentando aspecto espesso sugerindo hemoperitônio.

Fígado com ecotextura heterogênea, notando-se discretas linhas hipercogênicas em segmento VI do fígado, achado que pode representar lacerações hepáticas. À critério clínico, prosseguir investigação com TC de abdômen com contraste.

Material hiperecogênico móvel no interior da bexiga, sugerindo sangue.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocaas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

*Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.*

*Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*

Dr. José Roberto Maia Junior  
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR  
CRM/PB 6101



Paciente: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Exame: 22/08/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

**Técnica:** Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

**Indicação:** TCE.

**Análise:**

- Sinais de leve redução volumétrica encefálica, caracterizada por acentuação de sulcos corticais e fissuras, além de alargamento de cisternas basais, achado não usual na faixa etária do paciente.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano, de desvio de estruturas da linha média, de coleções extra-axiais, de calcificações patológicas ou de lesões hemorrágicas agudas intraparenquimatosas supra ou infratentoriais.
- Ausência de fraturas desalinhadas nos ossos do crânio.
- Hematoma subgaleal em região parietal esquerda.

Dr. José Roberto Maia Junior  
Médico Radiologista - Membro Titular do CBR  
CRM-PB 6101



Data da Internação: 23/08/2017 Hora: 00:21:55

|  |                        |  |   |   |  |
|--|------------------------|--|---|---|--|
| SUS  | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. |   |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b><br>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b> 2 - CNES<br><b>2362856</b>  |                        |  |   |   |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b> 4 - CNES<br><b>2362856</b>   |                        |  |   |   |  |
| <b>Identificação do Paciente</b><br>5 - NOME DO PACIENTE<br><b>EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO</b> 6 - N° DO PRONTUÁRIO<br><b>1491600</b>  |                        |  |   |   |  |
| 7 - CARTÃO DO SUS<br><b>702606788727347</b>  |                        | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>30/07/1989</b>                |   | 9 - SEXO<br>Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>   |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>MARIA SALETE DE OLIVEIRA SANTOS</b>  |                        |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br>DDD: <b>83</b> P: <b>88578823</b>   |   |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)<br><b>R MANAUS , 671 , ROCHA CAVALCANTE</b>  |                        |  |   |   |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><b>Campina Grande*</b>   |                        | 14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - 15 - UF<br><b>250400</b> <b>PB</b> |   | 16 - CEP<br><b>58400002</b>   |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b><br>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Polissecante e constipado com dor abdominal fechado e frenético só encontro direito.</i><br>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Necessidade de cirurgia</i>  |                        |  |   |   |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><i>Ausunose + e - físcico.</i>  |                        |  |   |   |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Polissecante</i>  |                        | 21 - CID 10 PRINCIPAL<br><i>C10</i>                        |   | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO<br><i></i>   |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS<br><i></i>   |                        |  |   |   |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Explorador</i>   |                        |  |   |   |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br><i></i>   |                        |  |   |   |  |
| 26 - CLÍNICA<br><b>02</b>  |                        | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><b>02</b>                    |   | 28 - DOCUMENTO<br><input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF<br><b>980016004457154</b>                                |  |
| 29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>ANTONIO DE SA BARRETO GONDIM NETO</b>   |                        | 30 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><b>23/08/2017</b>              |   | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br> |  |
| 32 - REENCHER EM CASO DE CRASAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)<br>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO<br>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO<br>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO<br>36 - ( ) VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>37 - ( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO |                        |  |   |   |  |
| 38 - SÉRIE<br>39 - CNPJ DA SEGURODORA<br>40 - CNPJ DA EMPRESA<br>41 - CBOR   |                        |  |   |   |  |
| 42 - ( ) REENCHER EM CASO DE CRASAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)<br>43 - NOME DO PROFISSIONAL AU ORIZADOR<br>44 - COD. ORGÃO EMISSOR<br>45 - DOCUMENTO<br><input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF<br>46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br><b>980016004457154</b>                         |                        |  |   |   |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><b>/ /</b>   |                        |  |   |   |  |
| 48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br><b></b>   |                        |  |   |   |  |





RGBORMA

REBAVISOS DE VENCIMIENTO Case 6(s) Features(s) Trade Performance(s) Performance(s) Date

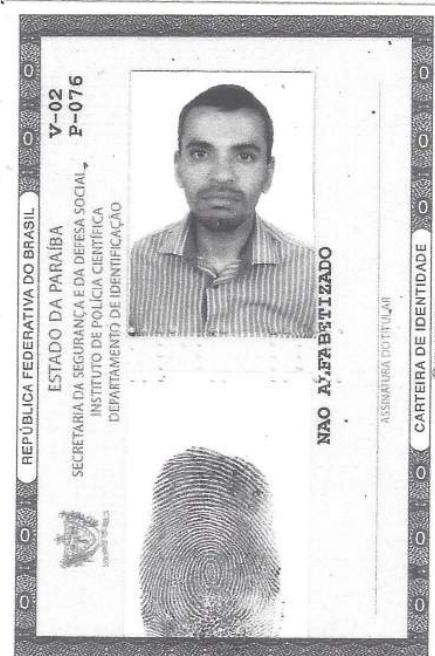
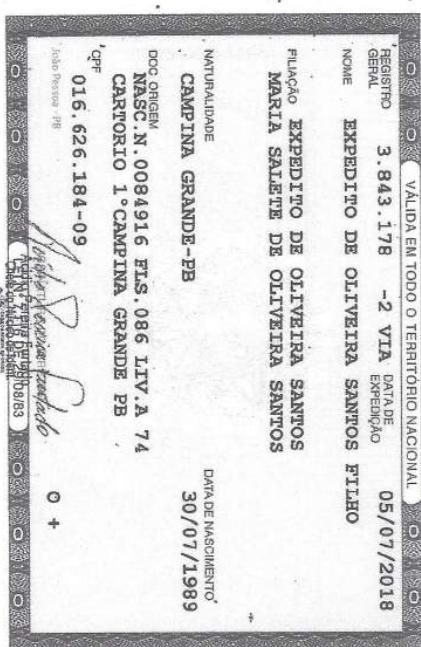
161b.6963.3ac4.8144.CC14.f/bc.d1ab.cucb.

| TOTAL PAGAR |            | VENCIMENTO                 | MESES (vwh) | VALOR DAS TITULOS | VALOR DE DESCONTO | TAXA |
|-------------|------------|----------------------------|-------------|-------------------|-------------------|------|
| 190         | 30/05/2019 | HISTÓRICO DE CONSUMO (vwh) | RS 120,62   | 157               | 157               | 15%  |

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 4/80147-2              | Central de Contato |
| (Unidade Consumidora): |                    |
| Mai / 2019             | 23/05/2019         |
| 21/06/2019             | 205.231.004-78     |
| CPF/CNPJ/RAM           |                    |
| CPA referente a        | Apresentação       |
| Data prevista da       | proxima entrega    |
| CPA referente a        | proxima entrega    |
| Central de Contato     | 020-3200-0200      |

Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:20  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001150917200880000002649978>  
Número do documento: 20011509172008800000026499788

Núm. 27459814 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:20  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509172008800000026499788  
Número do documento: 20011509172008800000026499788

Num. 27459814 - Pág. 2



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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

|        |                                       |                            |                            |                            |                            |  |  |         |  |  |          |  |             |      |        |
|--------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|--|---------|--|--|----------|--|-------------|------|--------|
| NOME:  | Luis Henrique                         |                            |                            |                            |                            |  |  |         |  |  |          |  | PRONTUÁRIO: |      |        |
| IDADE: | SEXO                                  | COR:                       |                            |                            | PESO:                      |  |  | ALTURA: |  |  | CLÍNICA: |  |             | ENF: | LEITO: |
|        | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> A |  |  |         |  |  |          |  |             |      |        |

### DADOS CLÍNICOS:

Acidente de trânsito, caiu de moto, bateu em mureta, caiu de moto, bateu em mureta.

### MATERIAL A EXAMINAR:

Placa de identificação, unha, sangue.

### EXAMES SOLICITADOS:

Placa de identificação, unha, sangue.

|           |                          |         |                          |                      |                                |
|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------------------|--------------------------------|
| URGÊNCIA: | <input type="checkbox"/> | ROTINA: | <input type="checkbox"/> | HORA DA SOLICITAÇÃO: | <input type="checkbox"/>       |
| DATA:     | 01/01/2020               |         |                          |                      | Carimbo e Assinatura do Médico |

MOD. 002





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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

|                     |                                |   |   |          |                          |   |  |                      |         |          |             |        |  |
|---------------------|--------------------------------|---|---|----------|--------------------------|---|--|----------------------|---------|----------|-------------|--------|--|
| DATA:               | 29/08/17                       |   |   |          |                          |   |  |                      |         |          | PRONTUÁRIO: | 5370   |  |
| NOME:               | Luis Henrique                  |   |   | COR:     | P                        |   |  | PESO:                | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.:       | LEITO: |  |
| IDADE:              | SEXO                           | M | F | B        | P                        | A |  |                      |         |          |             |        |  |
| DADOS CLÍNICOS:     |                                |   |   |          |                          |   |  |                      |         |          |             |        |  |
| EXAMES SOLICITADOS: |                                |   |   |          |                          |   |  |                      |         |          |             |        |  |
| URGÊNCIA:           | <input type="checkbox"/>       |   |   | ROTTINA: | <input type="checkbox"/> |   |  | HORA DA SOLICITAÇÃO: |         |          |             |        |  |
| DATA:               | Carimbo e Assinatura do Médico |   |   |          |                          |   |  |                      |         |          |             |        |  |



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**  
**Nº00309.01.2017.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência:** 22/08/2017

**Hora:** 21:42:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** Rua- Pedro I, São José, Campina Grande, PB.

**PARTE(S)**

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| <b>COMUNICANTE</b> | <b>Nome:</b> Expedito de Oliveira Santos                                       | <b>Identidade de Gênero:</b> masculino |
|                    | <b>Conhecido por:</b> Não informado  |  |
|                    | <b>Filiação:</b> Maria Ceci de Oliveira Santos e José Vieira dos Santos        |  |
|                    | <b>Idade:</b> 59   |  |
|                    | <b>Data de Nascimento:</b> 18/07/1958  |  |
|                    | <b>Nacionalidade:</b> brasileira   |  |
|                    | <b>Estado Civil:</b> casado(a)   |  |
|                    | <b>Escolaridade:</b> Não informado   |  |
|                    | <b>Profissão:</b> Aposentado   |  |
| <b>VITIMA</b>      | <b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 206.321.004-78                   | <b>Naturalidade:</b> Campina Grande    |
|                    | <b>Endereço:</b> Rua- Manaus, 671, Rocha Cavalcante, Campina Grande, PB        |  |
|                    | <b>Complemento:</b> Não informado  |  |
|                    | <b>Telefone:</b> (83) 98857-8823   |  |
|                    | <b>Nome:</b> Expedito de Oliveira Santos Filho                                 |  |
|                    | <b>Conhecido por:</b> Não informado  |  |
|                    | <b>Filiação:</b> Maria Salete de Oliveira Santos e Expedito de Oliveira Santos |  |
|                    | <b>Idade:</b> 28   |  |
|                    | <b>Data de Nascimento:</b> 30/07/1989  |  |



Procedimento Policial: 00309.01.2017.2.00.420

1/3



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509172008800000026499788>  
Número do documento: 20011509172008800000026499788

Num. 27459814 - Pág. 5

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



Campina Grande/PB, 18 de setembro de 2017.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA  
Delegado(a) de Polícia Civil

*Expedito de Oliveira Santos*  
EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS

Noticiante

*[Signature]*

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00309.01.2017.2.00.420

3/3



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509172008800000026499788>  
Número do documento: 20011509172008800000026499788

Num. 27459814 - Pág. 6



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

**EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO**

MATRÍCULA

**0686680155 1989 1 00074 086 0084916 06**

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)  trinta de julho de um mil novecentos e oitenta e nove

DIA 30 MÊS 07 ANO 1989

HORA DE NASCIMENTO  10:50 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO  Campina Grande-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF  Campina Grande-PB LOCAL DE NASCIMENTO  CLIPSI - Hospital Geral SEXO  masculino

FILIAÇÃO  EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS e MARIA SALETE DE OLIVEIRA SANTOS

AVÓS  PATERO(S): JOSÉ VIEIRA DOS SANTOS e MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTOS ;  
MATERNO(S): JOSÉ ALEXANDRE DOS SANTOS e ALZIRA MARIA DOS SANTOS.

GEMEOS  NOME E MATRÍCULA DO(S) GEMELO(S)  NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO)  vinte e quatro de novembro de um mil novecentos e oitenta e nove (24/11/1989) DNV (DEC. NASC. VIVO)  — NÃO INFORMADO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

**2ª VIA.** Registro lavrado em 24/11/1989, no livro A-00074, Nº 84916, folha 86-V



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Campina Grande-PB, 18 de junho de 2013.

Helio da Silva

Escrivente Compromissado

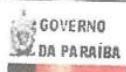
Helio da Silva

ESCREVENTE AUTORIZADO

1º CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL

Tel: 153321-4598 - Campina Grande-PB

CBP - DATA DA MIGRAÇÃO DO INSS/SE



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

|                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| PACIENTE:      | Expedito de Oliveira Santos Filho |
| DATA DO EXAME: | 22/08/2017                        |

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

**ANÁLISE:**

Pequeno derrame pleural à esquerda.

Pequena a moderada quantidade de líquido livre intracavitário, identificado em espaço hepatorrenal, fossa ilíaca direita e escavação pélvica, neste último apresentando aspecto espesso sugerindo hemoperitônio.

Fígado com ecotextura heterogênea, notando-se discretas linhas hipercogênicas em segmento VI do fígado, achado que pode representar lacerações hepáticas. À critério clínico, prosseguir investigação com TC de abdômen com contraste.

Material hiperecogênico móvel no interior da bexiga, sugerindo sangue.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ócias, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

*Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.*

*Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*

Dr. José Roberto Maia Junior  
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR  
CRM/PB 6101



**GOVERNO  
DA PARÁBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente  
TRAUMA - CG

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)**

| IDADE:                                      | PRONTUÁRIO:    |
|---|----------------|
| <i>Ex-paciente de Clínica Santo Antônio</i> | <i>28 anos</i> |

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA  
CIRÚRGICA

**ENTRADA**

**CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE**

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SITIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

**PAUSA CIRÚRGICA**

**CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO**

- CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SITIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

**SAÍDA**

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO
- A CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS NÃO SE APLICAM
- BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

**EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS**

*X* REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

*X* REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

- HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

*X* REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS COMO INSTRUMENTOS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)

HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUaisquer PREOCUPAções?

NÃO

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

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

NÃO

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

NÃO

- A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

*X* SIM

- NÃO SE APLICA

*X* AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

*X* NÃO SE APLICA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DE CAMPINA GRANDE  
CNPJ 09.365.545/0001-76



## 8º Cartório do Ofício de Notas

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

BEL. PEDRO OLIVEIRA DE LUCENA  
TABELIÃO

LIVRO: 044  
FLS: 044/V  
TRASLADO: 1º

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO, na forma abaixo:

**S A I B A M** quantos este público instrumento de *Escritura de Declaratória*, virem que aos Dezenove Dias do Mês de Novembro do Ano de Dois Mil e Dezoito (19.11.2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, neste Cartório, perante mim Tabelião Público, compareceram, a saber: como Outorgante (s) e Reciprocamente Outorgado (s): EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO, Brasileiro, Solteiro, Profissão não Informada, portador da Carteira de Identidade nº 3.843.178 2ª Via SSDS/PB e CPF 016.626.184-09, residente na Rua: Manaus – nº 671 – Ana Amélia – Campina Grande – PB, meu (s) conhecido (s), identificado (s) a vista do (s) documento (s) apresentado (s), do que de tudo dou fé, e pelo (s) declarante (s) acima referido (s) e qualificado (s) me foi declarado o seguinte: Que: NÃO é ALFABETIZADO; Que: É beneficiário do valor referente a indenização/reembolso do seguro DPVAT, por ter sido vítima de acidente de trânsito; Que: NÃO possui Comprovante de Residência em seu nome. Que: AUTORIZA a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito na conta 00102233-3 Op. 013 Agência 0737 Caixa Econômica Federal de sua titularidade. Que: Uma vez efetuado a pagamento do crédito da indenização de acordo com as informações prestadas, reconhece o recebimento e da como quitada o valor da referida indenização. Que: encontra-se impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal – IML para fins de requerimento da indenização do seguro DPVAT (Lei 6.194/94), uma vez que o estabelecimento do IML local esta realizando perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido, e com o objetivo de permitir a análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, solicito que esta declaração permita o prosseguimento e a análise da documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal, concordando, desde logo, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação de grau e lesão, para fins do parágrafo 1º do art. 3º da Lei 6.194/74. Declara ainda, estar ciente de que a

Rua: Marquês do Herval – n º 83 – Centro. CEP: 58.400-087.  
Fonefax: 0(XX)-83-3341-6085 email: cartorio8cgde@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509172008800000026499788>  
Número do documento: 20011509172008800000026499788

Num. 27459814 - Pág. 10

**RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: Exequito da Oliveira S. Filho DN: 30/07/1989 PRONT. N°: 1441555  
NATURALIDADE:  
ADMISSÃO: 22/08/17 PROCEDÊNCIA:  
ALTA: 03/09/17

**1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)**

Vítima de estuporamento com lesão observável em NSD. Pode haver de procedimentos (boldo, ferengon, depolar e tanta).

**2. Resultado dos principais exames**

Vide fluorograma

**3. Evolução e complicações**

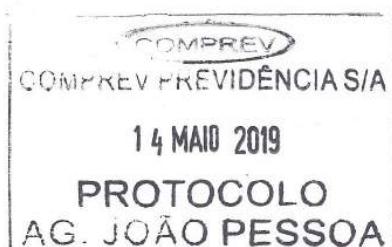
Pode evoluir bem e sem complicações

**4. Terapêutica realizada**

LE: observado edema em segmentos VI do trígono, incluindo testículo contrário. e em NSD (pines de conforto - actite de urina).

**5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)**

Gonocâmico D3  
Gonocâmico D3



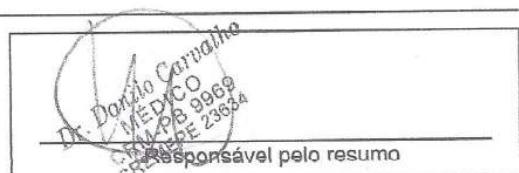
**6. Orientações médicas para pacientes / egresso**

Retirando os pontos em 15 dias no PSF.  
Retorno consultivo para clínica escolar em 30 dias.

**7. Condições de alta**

Curado  A pedido  Óbito  Melhorado  Inalterado  
 Transferido para: \_\_\_\_\_

Campina Grande, 03 de 09 de 17





|   |                        |                     |   |           |
|---|------------------------|---------------------|---|-----------|
| <b>SUS</b>  | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha 1/2 |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b><br>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____<br>2 - CNES _____<br>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____<br>4 - CNES _____   |                        |                     |   |           |
| <b>Identificação do Paciente</b><br>5 - NOME DO PACIENTE _____<br>6 - N° DO PRONTUÁRIO _____<br>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____<br>8 - DATA DE NASCIMENTO _____<br>9 - SEXO<br>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3<br>10 - NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL _____<br>11 - TELEFONE DE CONTATO<br>N° DE TELEFONE _____<br>DDD _____<br>12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____<br>13 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA _____<br>14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____<br>15 - UF _____<br>16 - CEP _____<br>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____  |                        |                     |   |           |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b><br>18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR _____<br>19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR _____<br>20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____<br>21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____<br>22 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____<br>23 - CID 10 PRINCIPAL _____<br>24 - CID 10 SECUNDÁRIO _____<br>25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____  |                        |                     |   |           |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b><br>26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____<br>27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____<br>28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE<br><input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III<br>29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____<br>30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____<br>31 - QTDE _____<br>32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____<br>33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____<br>34 - QTDE _____<br>35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____<br>36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____<br>37 - QTDE _____ |                        |                     |   |           |
| <b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b><br>Ressalte que o paciente é portador de esclerose múltipla, com quadro de crise aguda, com parceria com infecção bacteriana, com quadro de febre, dor intensa e perda de função motora, com necessidade de internação hospitalar para realização de exames e tratamento.  |                        |                     |   |           |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b><br>39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____<br>40 - DATA DE SOLICITAÇÃO _____<br>41 - DOCUMENTO _____<br>42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____<br>43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____   |                        |                     |   |           |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b><br>44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____<br>45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR _____<br>46 - DATA DE SOLICITAÇÃO _____<br>47 - DOCUMENTO _____<br>48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____<br>49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____  |                        |                     |   |           |
| Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes<br>de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes<br>Dr. José Bezerra da Silveira<br>Endereço: CRP 10/1046, tel.: 181.830-6   |                        |                     |   | MOD. 017  |





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



|            |                        |                     |   |           |
|------------|------------------------|---------------------|---|-----------|
| <b>SUS</b> | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha 1/2 |
|------------|------------------------|---------------------|---|-----------|

|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde |  |  | 2 - CNES |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE   |  |  |          |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE    |  |  | 4 - CNES |

|                                 |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|
| Identificação do Paciente       |  |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO   |
| 5 - NOME DO PACIENTE            |  |  |  |
| 6 - NOME DO PACIENTE            |  |  | 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                               |
|                                 |  |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO   |
|                                 |  |  | 9 - SEXO   |
|                                 |  |  | Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL |  |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br>Nº DE TELEFONE                       |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) |  |  | DDD  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA    |  |  | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO   |
|                                 |  |  | 15 - UF  |
|                                 |  |  | 16 - CEP   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |  |  |
|---|--|--|

|   |  |                       |                                     |                               |
|---|--|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                      |  |                       |                                     |                               |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR  |  |                       | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR  |                               |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA |  |                       | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA |                               |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL                            |  | 23 - CID 10 PRINCIPAL | 24 - CID 10 SECUNDÁRIO              | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>           |  |   |  |   |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                      |  |   | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL            |   |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE               |  | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       |  |   | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL             |   |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       |  |   | 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL             |   |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       |  |   | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL             |   |
| 31 - QTDE   |  |   |  |   |
| 34 - QTDE   |  |   |  |   |
| 37 - QTDE   |  |   |  |   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO  |  |  |  |  |
| Tá um aler feito do / é a Ligeira<br>e Necessário subir a 6º piso<br>é a 1º etapa para a 2º etapa. |  |  |  |  |

|  |  |                              |   |  |
|--|--|------------------------------|---|--|
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                            |  |                              |   |  |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                      |  |                              | 40 - DATA DE SOLICITAÇÃO                                |  |
| <input type="checkbox"/> CNS                               |  | <input type="checkbox"/> CPF | 2020/01/15  |  |
| 41 - DOCUMENTO   |  |                              | 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |  |
|  |  |                              |   |  |
| 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)     |  |                              |   |  |
| Dr. Geraldo Alexandre Galvão<br>CRM 5347 - CRMF 000.747/15 |  |                              |   |  |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   |  |  |   |  |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO   |  |  | 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR                                 |  |
|  |  |  | 46 - DATA DE SOLICITAÇÃO                                |  |
|  |  |  | 2020/01/15  |  |
| 47 - DOCUMENTO   |  |  | 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |  |
|  |  |  |   |  |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)   |  |  |   |  |
| Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes<br>do C Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes |  |  |   |  |
| Dr. Geraldo Alexandre Galvão<br>CRM 5347 - CRMF 000.747/15   |  |  |   |  |
| Data: 15/01/2020 Hora: 10:30:00  |  |  |   |  |

MOD. 017





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

### REQUERIMENTO DE EXAMES

TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME: Expediente de Trauma PRONTUÁRIO: 500018

IDADE: 50

SEXO: M

COR: Escura

PESO: 70

ALTURA: 180

CLÍNICA: União

ENF.: 1

LEITO: 1

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

MATERIAL A EXAMINAR:

Ex. ORL

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx estomach - Rx tórax - Rx bexiga

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 27/01/17

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Antônio Joaquim  
Magalhães





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

REQUERIMENTO DE EXAMES

|          |                                       |                            |      |             |
|----------|---------------------------------------|----------------------------|------|-------------|
| NOME:    | Expedito de Oliveira                  |                            |      | PRONTUÁRIO: |
| IDADE:   | 50                                    |                            |      |             |
| SEXO     | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | COR: |             |
| PESO:    | 60                                    |                            |      | ALTURA:     |
| CLÍNICA: |                                       |                            |      | ENF.:       |
| LEITO:   |                                       |                            |      |             |

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

MATERIAL A EXAMINAR:

Ex. ORL

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx estúncio - Rx tórax - Rx bexiga

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA: 27/01/17

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dir. Autônomo Odontológico  
Márcio Souza





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## REQUISITÃO DE EXAMES

|        |                            |                            |                            |                            |                            |          |        |
|--------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|--------|
| NOME:  | Enealdo Oliveira           |                            |                            | PRONTUÁRIO:                |                            |          |        |
| IDADE: | 10                         |                            |                            | PESO:                      | ALTURA:                    | CLÍNICA: | ENF.:  |
| SEXO   | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | P <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> |          | LEITO: |

### DADOS CLÍNICOS:

Tsco

### MATERIAL A EXAMINAR:

### EXAMES SOLICITADOS:

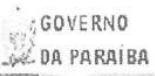
ULTRASSONOGRAFIA  
Resonância

FAST

~~Dr. Antônio Gonçalves~~  
~~Médico Cirurgião~~  
~~CRM-PB 6767~~

|   |                                  |  |  |  |
|---|----------------------------------|--|--|--|
| URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> | Dr. Antônio Gonçalves<br>Médico Cirurgião<br>CRM-PB 6767 |  |  |
| DATA: 22/08/17                                | HORA DA SOLICITAÇÃO:             | Carimbo e Assinatura do Médico                           |  |  |





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA

FERNANDES

CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Paciente: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Data do Exame: 24/08/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Abdomen Total

Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Indicação:

Trauma abdominal fechado.

Análise:

- Fígado tópico, dimensões normais, apresentando área heterogênea, de aspecto irregular, ocupando o lobo direito, medido em seu total cerca de 7.4 x 6.7 x 10.4 cm, predominantemente nos segmentos VI e VII, sem realce após a infusão endovenosa, compatível com contusão/laceração pós traumática.
- Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático e na cavidade pélvica.
- Atenuação e volume normais do baço.
- Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas e adrenais.
- Importante distensão cólica por conteúdo gasoso e fecal.
- Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de linfonodomegalias na cavidade abdominal.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais, apresentando nefrograma estriado (inflamatório/infeccioso? hipovolêmico? outros?). Ausência de cálculos ou hidronefrose. Presença de lesões hipoatenuantes após a infusão endovenosa do meio de contraste, medindo cerca de 3.1 x 2.2 cm, de aspecto algo arredondadas císticas, em permeio a outras lineares, aspecto que pode estar relacionado a lacerações renais em meio a área cística, não se podendo excluir a possibilidade de lesão cística complexa.
- Bexiga de forma, volume, contornos e situação conservados.
- Próstata tomograficamente normal.
- Pequeno derrame pleural bilateral, maior à direita, associado a atelectasia passiva dos segmentos pulmonares adjacentes.

Dra. Catárina Aguiar R. do Nascimento

Diagnóstico por Imagem – Membro Titular do CBR

CRM - PB 6278



Sinesp Segurança - Renavam

<https://infoseg.sinesp.gov.br/infoseg2/?q=kva8663>

Detalhes do Veículo

| Adicionar detalhes à Relatório   |                                  |                                 |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| Município/Endereço   | Marca/Modelo                     | Cor                             |
| CAMPINA GRANDE-PB  | M.BENZ/AMPOLO TORINO U 2008/2009 | BRANCA                          |
| Situação do Veículo  | Chassi                           | Renavam                         |
| CIRCULACAO   | BFM38407890625717                | 00124579167                     |
| Nome Proprietário  | CPF/CNPJ do Proprietário         | Tipo de Veículo                 |
| VIAÇÃO SANTA ROSA LTDA   | 09880200000118                   | ONIBUS                          |
| Especie do Veículo   | Categ Detalhes do Veículo        | Combustível                     |
| PASSAGEIRO   | ALUGUEL                          | DIESEL                          |
| Capacidade de Passageiros  | Quantidade de Eixos              | Indicador de Roubo/Furto        |
| 39   | N/A                              | Não                             |
| Indicador de Alarme  | Capacidade de Carga do Veículo   | Capacidade de Tração do Veículo |
| Não  | N/A                              | N/A                             |
| Peso Bruto do Veículo  | Carroceria do Veículo            | Patência do Veículo             |
| 16   | N/A                              | 218                             |
| Câmbio   | Motor                            | Cilindradas                     |
| 712632233820   | 92491900001458                   | N/A                             |
| Restrições   |                                  |                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEM RESTRIÇÃO</li> <li>• SEM RESTRIÇÃO</li> <li>• SEM RESTRIÇÃO</li> <li>• SEM RESTRIÇÃO</li> </ul> |                                  |                                 |

KVA8663

PLACA KVA8663

Veículos

RENAVAM

Placa  
KVA8663

ESPECIAIS NACIONAIS DE  
SEGURANÇA PÚBLICA - 2011



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509172036600000026499789>  
 Número do documento: 20011509172036600000026499789

Num. 27459815 - Pág. 4



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

|                                 |                                       |                |  |
|---------------------------------|---------------------------------------|----------------|--|
| Nome do Paciente                | Nº Prontuário                         |                |  |
| Geledja                         |                                       |                |  |
| Data da Operação                | Enf.                                  | Leito          |  |
| Operador Dr. André              | 1º Auxiliar Dr. João Bril             |                |  |
| 2º Auxiliar                     | 3º Auxiliar                           | Instrumentador |  |
| Anestesia                       | Tipo de Anestesia                     |                |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório      | Art. diadise d'Umero<br>Ossos imersos |                |  |
| Tipo de Operação                |                                       |                |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório      |                                       |                |  |
| Relatório Imediato da Patologia |                                       |                |  |
| Exame Radiológico no Ato        | Nenhum                                |                |  |
| Acidente Durante a Operação     | Não                                   |                |  |
|                                 |                                       |                |  |
|                                 |                                       |                |  |
|                                 |                                       |                |  |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

|  |
|--|
| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
| 1/ Abordagem Tática  |
| 2/ Desvascularização e Afecção   |
| 3/ Cintura óssea operada   |
| 4/ Drenagem Táctica Dr. José Roberto   |
| 5/ Monitorização do Nervo Radial   |
| 6/ Alargamento crural da Fratura   |
| 7/ Fixação com placas DCP + Parafusos  |
| 8/ Sutura e curativo   |

Mod. 118

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

|                                 |                 |                   |             |                |                |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|-------------|----------------|----------------|
| Nome do Paciente                | Ex. P. R. M. O. | Data da Operação  | 23/10/17    | Nº Prontuário  |                |
| Operador                        | Dr. Azevedo     | Enf.              |             | Leito          |                |
| 2º Auxiliar                     | M22 J. Vaz      | 3º Auxiliar       | 1º Auxiliar | M22 C. Azevedo | Instrumentador |
| Anestesia                       | Dr. Bento       | Tipo de Anestesia | Cais        |                |                |
| Diagnóstico Pré-Operatório      | Tumor           |                   |             |                |                |
| Tipo de Operação                | Lobectomia      |                   |             |                |                |
| Diagnóstico Pós-Operatório      | B. Vaz          |                   |             |                |                |
| Relatório Imediato da Patologia |                 |                   |             |                |                |
| Exame Radiológico no Ato        |                 |                   |             |                |                |
| Acidente Durante a Operação     |                 |                   |             |                |                |
|                                 |                 |                   |             |                |                |
|                                 |                 |                   |             |                |                |

## **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

- 1) F. + ~~M.~~ - Acessos - Cura
- 2) Sutura
- 3) Ligadura de Grossos e finos
- 4) Cura - drenagem e sutura
- 5) Cirurgia do Pênis e Penis
- 6) Interno: Preservar os nódulos linfáticos
- 7) Externo: as curvas e virgulações necessárias
- 8) Subtração de Fígado - Peleira - Clínica - etc
- 9) Sutura vermelha - Materia prima e local
- 10) etc
- 11) Sutura na sub-clínica no segmento VI
- 12) Drenagem Grossa
- 13) Cura da Histerose
- 14) U-12-G6 na ~~Cura~~ Cura
- 15) 1-11-21 2a Pênis Penis
- 16) Urologia

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Jr. Capo Victor Cantalice Guimaraes  
Centro 9245 - CEP 063-353-214-65  
Medicos - Clinics - Gerais





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Expedito de Oliveira Santos Idade: 26 anos  
Convênio: SUS Data: 29-03-12  
Procedimento: TTS Cirurgia de fratura de ilíaca

#### **Observações:**

Ide conforme e para os outros onde os bloquinhos  
fundo HSD. Seu gênero só de 5 epis

Desprezado 800 ml de diurese às 14:40

*Dream*

Assinatura Anestesista

Circulante



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Expedito de Oliveira S. Filho. DN: 30/07/1989  
 QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO  
 Sala 03 SUS 28 anos 1491555



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Laparotomia Exploradora.  
 ANESTESIA Geral.

CIRURGÃO Dr. Antônio

ANESTESIA Dr. Beto

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM  
 23/08/17 00:30 03:10

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS         |       | Qtd. | FIOS                                     | CÓDIGO                                   |
|------|----------------------------------|-------|------|--|--|
|      | Adrenalinina amp.                | 01    |      | Bolsa Colostoma                          |  |
|      | Atropina amp.                    | 91    |      | Calel. p/ Cxg.                           | Catgut cromado Sertix                    |
|      | Diazepam amp.                    | 95    |      | Catet. De Urinar Sist. Fech.             | Catgut cromado Sertix                    |
|      | Dinore amp.                      |       |      | Compressa Grande                         | Compressa Grande                         |
|      | Difentina amp.                   |       |      | Compressa Pequena                        | Compressa Pequena                        |
|      | Efetame ml                       |       |      | Cotonoide                                | Cotonoide                                |
|      | Fenegam amp.                     |       |      | Dreno                                    | Dreno                                    |
|      | Festanil ml                      |       |      | Dreno Kerr nº                            | Dreno Kerr nº                            |
|      | Indova ml                        |       |      | Dreno Penrose nº                         | Dreno Penrose nº                         |
|      | Ketalar ml                       |       |      | Dreno Pezzer nº                          | Dreno Pezzer nº                          |
|      | Mocaina % ml                     | 01    |      | Equipo de Macrogotas                     | Equipo de Macrogotas                     |
| 01   | Mocahin amp. <i>Antônio</i>      | 01    |      | Equipo de Sangue                         | Equipo de Sangue                         |
|      | Pavulon amp.                     |       |      | Equipo de PVC                            | Equipo de PVC                            |
|      | Protigmine amp.                  | 05    |      | Espiradrapo Larco cm                     | Espiradrapo Larco cm                     |
|      | Protóxido l/m                    |       |      | Furacim ml                               | Furacim ml                               |
|      | Quelcicin ml                     | 05    |      | Gase Pacote c/ 10 unidades               | Gase Pacote c/ 10 unidades               |
|      | Rapifen amp.                     |       |      | H.O. ml                                  | H.O. ml                                  |
|      | Tionembutal ml                   | 01    |      | Intracath Adulto <i>Bubrachênia N-07</i> | Intracath Adulto <i>Bubrachênia N-07</i> |
|      | Tracrium amp.                    |       |      | Intracath Infantil                       | Intracath Infantil                       |
| 04   | MEDICAÇÕES                       | 04    |      | Lâmina de Bisturi nº 23                  | Lâmina de Bisturi nº 23                  |
| 04   | Agua Destilada amp.              | 04    |      | Lâmina de Bisturi nº 11                  | Lâmina de Bisturi nº 11                  |
| 02   | Decadron amp                     |       |      | Lâmina de Bisturi nº 15                  | Lâmina de Bisturi nº 15                  |
|      | Zipirona amp                     | 84    |      | Luvas 7.0                                | Luvas 7.0                                |
|      | Claxidol amp.                    | 84    |      | Luvas 7.5                                | Luvas 7.5                                |
|      | Fliebocortid amp.                |       |      | Luvas 8.0                                | Luvas 8.0                                |
|      | Seramicina amp.                  |       |      | Luvas 8.5                                | Luvas 8.5                                |
| 01   | Glicose amp. <i>Tonacor 3.8%</i> | 3.8%  |      | Oxigênio l/m                             | Oxigênio l/m                             |
|      | Glucon de Cálcio amp.            |       |      | Polifixa                                 | Polifixa                                 |
|      | Haemaccel ml.                    | 05    |      | PVPI Degamente ml                        | PVPI Degamente ml                        |
|      | Heperema ml.                     | 05    |      | PVPI Tópico ml.                          | PVPI Tópico ml.                          |
|      | Kanakion amp.                    | 05    |      | Sabão Antiséptico                        | Sabão Antiséptico                        |
|      | Lasix amp.                       |       |      | Saco coletor                             | Saco coletor                             |
|      | Medrotinazol.                    | 04    |      | Seringa desc. 10 ml                      | Seringa desc. 10 ml                      |
|      | Plasil amp.                      | 02    |      | Seringa desc. 20 ml                      | Seringa desc. 20 ml                      |
|      | Prolamina                        | 03    |      | Seringa desc. 05 ml                      | Seringa desc. 05 ml                      |
|      | Revivan amp.                     |       |      | Sonda <i>ASP N-14</i>                    | Sonda <i>ASP N-14</i>                    |
|      | Stuptanon amp.                   |       |      | Sonda folley <i>N-16 e N</i>             | Sonda folley <i>N-16 e N</i>             |
| 02   | Cefalotina 1g <i>Cilagolina</i>  |       |      | Sonda Nasogástrica                       | Sonda Nasogástrica                       |
| 02   | Propofol <i>Propofol</i>         |       |      | Sonda Uretral nº                         | Sonda Uretral nº                         |
|      |                                  |       |      | Sterydrem ml                             | Sterydrem ml                             |
|      |                                  |       |      | Torneirinha                              | Torneirinha                              |
| 02   | MATERIAIS / SOLUÇÕES             |       |      | Vaselina ml                              | Vaselina ml                              |
| 02   | Aguilha desc. 25 x 7             | 40X12 |      | Gelcon 18                                | Gelcon 18                                |
|      | Aguilha desc. 28 x 28            |       |      | Latese                                   | Latese                                   |
|      | Aguilha desc. 3 x 4,5            |       |      | 01 Sustituta Filtagem                    | 01 Sustituta Filtagem                    |
|      | Aguilha p/ raque nº              |       |      | 05 Gás Condutor                          | 05 Gás Condutor                          |
| 02   | Álcool de Enfermagem             |       |      | 05 Elitrados                             | 05 Elitrados                             |
|      | Alcool Iodado ml                 |       |      |  |  |
|      | Ataduras de Crepon               |       |      |  |  |
|      | Ataduras de Gessada              |       |      |  |  |
|      | Azul metileno amp.               |       |      |  |  |
|      | Benzina ml                       |       |      |  |  |

CATETER PARA SUBCLÁVIA DIL CVC.  
 CÓDIGO: CTD20BN LOTE: 30038A  
 REGISTRO ANvisa: 10196320017  
 FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA  
 www.biomedical.ind.br  
 11 3944 - 5555

## EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapiógrafo
- Foco Frontal *Fixo*
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

I Vani da

MOD 066

## **NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

PACIENTE: Expedito de Oliveira S. Filho. DN: 30/07/1989  
QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO  
Sala 03 SVS 28 anos 1491555

CIRURGIA *Laparoscópica Exploratória*  
ANESTESIA *Genal*. CIRURGIÃO *Dr. Antônio*  
INSTRUMENTADORA DATA *20/01/2018* ANESTESIA *Dr. Beto*  
INICIO *10:00* FIM *11:00*

|                 |            |        |       |
|-----------------|------------|--------|-------|
| INSTRUMENTADORA | DATA       | INICIO | FIM   |
|                 | 23/10/8117 | 00:30  | 03:10 |



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CATETER PARA SUBCLÁVIA DIL CVC  
CÓDIGO: C7D20BN LOTE: 30038A  
REGISTRO ANVISA: 10196320017  
FAB. POR BIOMEDICAL E.P.M.C. LTDA  
[www.biomedical.ind.br](http://www.biomedical.ind.br)  
14.2044 - 5555

EQUIPAMENTOS

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar       |
| <input type="checkbox"/> Serra                        | <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério      |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador                | <input checked="" type="checkbox"/> Oxicapiógrafo       |
| <input type="checkbox"/> Foco Frontal <b>Fixo</b>     | <input type="checkbox"/> Cardiomonitor                  |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz                 | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico |

#### CIRCUILANTE RESPONSÁVEL

I Vanidai

Mod. no. 6





Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE  
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com  
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1<sup>a</sup> Via Cliente / 2<sup>a</sup> Via Empresa / 3<sup>a</sup> Via Fixa

N° 5089

#### PEDIDO DE EATURAMENTO

**FEDERICO GENTILI**  
NOME DO HOSPITAL

CIDADAS

TEL / FAX / E-MAIL

**NOME DO AGENTE**

**EXCELENTE** **EXCELENTE** **EXCELENTE**

N.º DO PREGÓRIO

NP-A-13

## CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDEMENTO REALIZADO

**DATA DA UTILIZAÇÃO**

**DATA DA COMUNICAÇÃO**

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Digitized by srujanika@gmail.com

$(x - 4)^2 = 16 \Rightarrow x = 0 \text{ or } x = 8$

Ex. 1000. 37 (08)

**ASSINATURA E CABIMBO DO RESPONSÁVEL**

6 points / score



REUNIÃO DA UNILIT - 20/01/2020

Aeroporto - RJ  
CIEP RJ

07:30 08:00 FM 180/28

....

10  
10  
20

:: aeronáutica - FO

:: 0.8

FO: 00  
mobilidade

.. 0

FO

10  
aeronáutica

10

20

20

10

FO

10

20

mobilidade  
20

20

20

40

20

20

40

20

mobilidade  
20

SO XOT

20

20

20

20

mapa de mobilidade  
20

X  
OK

anexo I



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|  |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
|--|------------------|---|-------------|-------------|--|--------------|---------------|--|--|
| <b>HUECG</b>   |                  | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA<br>DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES |             |             | ENFERMARIA                                     | LEITO        | Nº PRONTUÁRIO |  |  |
| <b>FOLHA DE ANESTESIA</b>  |                  | NOME<br><i>Ezequielo O. Santos Filho</i>                      |             | IDADE       | SEXO   |              | COR           |  |  |
| DATA<br><i>23/08/18</i>  | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO   | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA | PESO   | ALTURA       |               |  |  |
| TIPO SANGUÍNEO   | HEMÁCIAS         | HEMOGLOBINA   | HEMATOCRITO | GLICEMIA    | URÉIA  | OUTROS       |               |  |  |
|  | URINA            |   |             |             |  |              |               |  |  |
| AP. RESPIRATÓRIO<br><i>- nnn</i>   |                  |   |             |             | ASMA   | BRONQUITE    |               |  |  |
| AP. CIRCULATORIO<br><i>- nnn</i>   |                  |   |             |             | ELETROCARDIOGRAMA                              |              |               |  |  |
| AP. DIGESTIVO  |                  |   | DENTES      | PESCOÇO     | AP. URINARIO                                   |              |               |  |  |
| ESTADO MENTAL  |                  |   | ATARAXICOS  | CORTICOIDES | ALERGIA  | HIPOTENSORES |               |  |  |
| DIAGNÓSTICO P/OPERATÓRIO<br><i>Trauma abdominal Freshado</i>                                       |                  |   |             |             | ESTADO FÍSICO                                  | RISCO        |               |  |  |
| ANESTESIAS P/TERIÓRIOS   |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA   |                  |   | APLICADA    | AS          | EFEITO   |              |               |  |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS<br><i>O</i>  |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| LÍQUIDOS   |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| CÓDIGOS VP ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O                     |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES   |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| POSIÇÃO  |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| AGENTES  |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| TÉCNICA  |                  |   |             |             | CÁNULAS  |              |               |  |  |
| OPERAÇÃO   |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| CIRURGIÕES   |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| ANESTESISTAS   |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| OBSERVAÇÕES  |                  |   |             |             |  |              |               |  |  |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.<br><i>Acidente de trânsito</i> |                  |   |             |             | PERDA SANGUÍNEA<br><i>Acidente de trânsito</i> |              |               |  |  |

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|               |                                      |           |                              |
|---------------|--------------------------------------|-----------|------------------------------|
| Paciente:     | <u>Expedito de Oliveira S. Filho</u> | Idade:    | <u>28 A</u>                  |
| Convênio:     | <u>Sus</u>                           | Data:     | <u>22/08/14</u>              |
| Procedimento: | <u>Scabecotomia Exoplacadeic.</u>    |           |                              |
| Cirurgião:    | <u>Dra. Antônio</u>                  | Auxiliar: | <u>Anestesista: Dr. Bete</u> |
| Inicio:       | <u>00:30</u>                         | Término:  | <u>03:10</u>                 |
|               |                                      |           | <u>Anestesia geral.</u>      |

| Hora         | PA            | P脉        | SAT 02     | Responsável           | A. Motoria | Consciência       |
|--------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|-------------------|
| <u>03:30</u> | <u>156x71</u> | <u>98</u> | <u>99%</u> | <u>Silene + Stela</u> | <u>-</u>   | <u>Consciente</u> |
| <u>04:00</u> | <u>142x71</u> | <u>90</u> | <u>94%</u> | <u>Francisca</u>      | <u>-</u>   | <u>"</u>          |
| <u>05:00</u> | <u>140x73</u> | <u>90</u> | <u>96%</u> | <u>Sueli</u>          | <u>-</u>   | <u>Consciente</u> |
| <u>06:00</u> | <u>133x75</u> | <u>82</u> | <u>92%</u> | <u>Ludimila</u>       | <u>+</u>   | <u>"</u>          |
| <u>08:00</u> | <u>118-12</u> | <u>83</u> | <u>94%</u> | <u>Andréa</u>         |            |                   |
| <u>10:00</u> | <u>121-71</u> | <u>92</u> | <u>99%</u> | <u>Andréa</u>         |            |                   |

| Medicamentos/Materiais  | Quantidade |
|---|------------|
| <u>10:15 - aspirinaria (Quicase em contato com Dr. Carlos Henrique) informou sobre a irrigação que se encontrava em uso. O mesmo pediu para retirar a irrigação e comunicá-lo assim que o paciente chegasse à enfermaria para auxiliar.</u> |            |

Andréa Vilela  
ENFERMEIRA  
CNPJ: PB 05735

Basti Ho: Na Cirurgia

| Observações:                                       |
|--|
| <u>Despejado 1 sac mil de durex às 05:40</u>       |
| <u>Despejado 400ml da sva às 10:10.</u>            |
| <u>Chamar uro Dr. Carlos para auxiliar na sala</u> |

Assinatura Anestesista

Circulante





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

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

  
 Assinatura do anestesista


# **NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

**PACIENTE:**

E: Expedito de Oliveira Santos Filho Da 30107/1989

QI LEITE CONVÉNIO IDADE  
Sala 01 SUS 28

**REGISTRO**  
**1991555**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA TO-CIR. Sistêmico de  
lúmen. Disfíresia

CIRURGIAO  
RJ: João Paulo + DR Andrey  
ANESTESIA

**ANESTESIA** *de soñar* **ANESTESIA**  
*Clequeno de Piso* *Dr. Ropel*  
**INSTRUMENTOS** *de uso*

~~ANESTESIA~~  
Dr. Rajesh

INSTRUMENTADORA DATA  
André + Gustavo 29/08/17

**INICIO**

FIM  
12:10

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS           | Bolsa Colostoma              | Qtd. | FIOS                         | CÓDIGO   |
|------|------------------------------------|------------------------------|------|------------------------------|--|
|      | Adrenalina amp.                    | Calel. p/ Óxg.               |      | Catgut cromado Sertix        |  |
|      | Atropina amp.                      | Catet. De Urinar Sist. Fech. |      | Catgut cromado Sertix        |  |
|      | Diazepam amp.                      | Compressa Grande . . .       |      | Catgut cromado Sertix        |  |
|      | Dimore amp.                        | Compressa Pequena            |      | Catgut Simples               |  |
|      | Dolantina amp.                     | Cotoncoide                   |      | Catgut Simples Sertix        |  |
| Q5   | Efera ml. <i>midazolam</i>         | Dreno                        |      | Catgut Simples Sertix        |  |
|      | Fenogam amp.                       | Dreno Kerr n°                |      | Catgut Simples Sertix        |  |
|      | Fentanil ml                        | Dreno Penrose n°             |      | Cera p/ osso                 |  |
| K5   | <i>benzodiazepina</i>              | Dreno Pezzer n°              |      | Ethibond                     |  |
|      | Ketalar ml                         | Equipo de Macrogotas         |      | Ethibond                     |  |
| 04   | Mescalina 3% ml.                   | Equipo de Macrogotas         |      | Ethibond                     |  |
| 04   | Nutrofán amp. <i>lidocaina</i> clv | Equipo de Sangue             |      | Fio de Algodão Sertix        |  |
|      | Pavilon amp.                       | Equipo de PVC                |      | Fio de Algodão Sertix        |  |
|      | Protogmine amp.                    | Espadrado Larco cm           |      | Fio de Algodão Sutupak       |  |
|      | Protocolo l/m                      | Furacim ml                   |      | Fio de Algodão Sutupak       |  |
|      | Quelicin ml                        | Gase Pacote c/ 10 unidades   |      | Fila cardíaca                |  |
|      | Rapifen amp.                       | H <sub>2</sub> O, ml         |      | Mononylon                    |  |
|      | Traconembutal ml                   | Intracath Adulto             | 03   | Mononylon                    | 3-0 -00  |
|      | Trarium amp.                       | Intracath Infantil           |      | Prolene Serfix               |  |
| Qtd. | MEDICAÇÕES                         | Lâmina de Bisturi n° 20 .    |      |                              |  |
|      | Aqua Destilada amp.                | Lâmina de Bisturi n° 11      |      | Prolene Serfix               |  |
|      | Decadron amp.                      | Lâmina de Bisturi n° 15      |      | Prolene Serfix               |  |
|      | Dipirona amp.                      | Luvas 7.0 *                  |      | Vicryl Serfix                |  |
|      | Flaxidol amp.                      | Luvas 7.5                    |      | Vicryl Serfix                |  |
|      | Febocortil amp.                    | Luvas 8.0 ..                 | 03   | Vicryl Serfix                | 0  |
|      | Ceramicina amp.                    | Luvas 8.5 **                 |      |                              | 000  |
|      | Glucose amp.                       | Oxigênio l/m                 |      |                              |  |
|      | Clorônio de Cálcio amp.            | Poliiflix                    |      |                              |  |
|      | Haemacel ml.                       | PVPI Dagemante ml            |      |                              |  |
|      | Hiparema ml.                       | PVPI Tópico ml.              |      |                              |  |
|      | Kanakion amp.                      | Sabão Antiséptico            |      |                              |  |
|      | Lasix amp.                         | Saco coletor                 |      |                              |  |
|      | Vedrotinazol.                      | Seringa desc. 10 ml          |      |                              |  |
|      | Plasil amp.                        | Seringa desc. 20 ml          |      |                              |  |
|      | Prolamina                          | Seringa desc. 05 ml          |      |                              |  |
|      | Revivan amp.                       | Sonda                        |      |                              |  |
|      | Stuptanon amp.                     | Sonda folley                 |      |                              |  |
| 02   | <i>cefalotaxima</i>                | Sonda Nasogástrica           |      |                              |  |
| 02   | <i>linexicam</i>                   | Sonda Uretral n°             |      |                              |  |
| 07   | <i>onuscidium</i>                  | Sterydrem ml                 |      |                              |  |
|      |                                    | Torneirinha                  |      |                              |  |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES               | Vaselina ml                  | Qtd. | SOROS                        | ORTSESE E PRÓTESE                                |
|      | Aguilha desc. 25 x 7               | Gelcon 18                    |      | SG Normotérmico fr 500 ml    | <i>natural uso direto da TM (Anel + Gustavo)</i> |
|      | Aguilha desc. 28 x 28              | Latese                       |      | SG Gelado fr 500 ml          |  |
|      | Aguilha desc. 3 x 4.5              |                              |      | SG Hipertérmico fr 500 ml    |  |
|      | Aguilha p/ raque n°                |                              |      | SG Ringr fr 500 ml           |  |
|      | Álcool de Enfermagem               |                              |      | SG fr 500 ml                 |  |
|      | Álcool Iodado ml                   |                              |      |                              |  |
|      | Ataduras de Crepon                 |                              |      |                              |  |
|      | Ataduras de Gessada                |                              |      |                              |  |
|      | Azul metileno amp.                 |                              |      |                              |  |
|      | Benzina ml                         |                              |      |                              |  |
|      |                                    | Silvana Albuquerque Santos   |      |                              |  |
|      |                                    |                              |      | EQUIPAMENTOS                 |  |
|      |                                    |                              |      | X Oxímetro de Pulso          | ( ) Foco Auxiliar                                |
|      |                                    |                              |      | ( ) Serra                    | ( ) Eletrocautério                               |
|      |                                    |                              |      | ( ) Desfibrilador            | ( ) Oxícipiógrafo                                |
|      |                                    |                              |      | X Foco <i>Frontal Fisico</i> | ( ) Cardiomonitor                                |
|      |                                    |                              |      | ( ) Fonte de Luz             | ( ) Perfurador Elétrico                          |
|      |                                    |                              |      | CIRCULANTE RESPONSÁVEL       |  |

## EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso      ( ) Foco Auxiliar  
 Serra                        ( ) Eletrocautério  
 Desfibrilador                ( ) Oxaciopiógrafo  
 Foco ~~Frontal~~ *Foco*                ( ) Cardiomonitor  
 Fonte de Luz                ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RECORRIDO ÁREAS



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente EVERTO Oliveira

Alojamento 1  
Leito 4  
Convênio Brasil

| Data         | Prescrição Médica  | Horário  | Evolução Médica          |
|--------------|--|----------|--------------------------|
| <u>31/08</u> | 1 – Dieta livre  | C/       | <u>Pronto para alta.</u> |
|              | 2 – S.R.L 500 mL I.V 12 / 12h.   | 12.02    | <u>Pronto para alta.</u> |
|              | 3 – Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)                       | 12.22.06 | <u>Pronto para alta.</u> |
|              | 4 – Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL I.V 12 / 12h (correr em 20 min.) | 12.24    | <u>Pronto para alta.</u> |
|              | 5 – Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).                             | 06       | <u>Pronto para alta.</u> |
|              | 6 – C. C. Gerais   | 07.07    |                          |
|              | → <u>Clindamycin 600 mg</u> do dia   | C/       | <u>Pronto para alta.</u> |
|              | <u>1º Anticoagulante</u>   | 06       | <u>Pronto para alta.</u> |
|              | <u>+ 1º Anticoagulante</u>   | 06       | <u>Pronto para alta.</u> |
|              | <u>g. Acido fólico 100mg</u>   | C/       |                          |
|              | <u>4 U - Insulina</u>  | C/       |                          |
|              | <u>Coagulase</u>   | C/       |                          |

MOD. 035

## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente J. L. P. da Silva

Alojamento 1 - 4 PRE OP: 1 - 4

Leito 1

Convenio Branc

Data 29/09 Prescrição Médica Horário

Evolução Médica

- |    |   |           |           |           |
|----|---|-----------|-----------|-----------|
| 1  | DIETA LIVRE                             | <u>12</u> | <u>12</u> | <u>12</u> |
| 2  | SF 0,9% 4500ML EV 24H                   | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 4  | CLINDA 600MG EV 6/6H                    | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 5  | GENTA 240 mg EV 1X/DIA                  | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 6  | DIPIRONA 2ML EV 6/6H                    | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 7  | OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM                 | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 8  | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 9  | NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N         | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 10 | TILATIL 20 mg + AD EV 4/42h S/N         | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 11 | CLEXANE 40 UI-SC-Tx/DR                  | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 12 | CURATIVO TX/DIA                         | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |
| 13 | SSNV + CCGG                             | <u>18</u> | <u>18</u> | <u>18</u> |

#ORTOPEDIA# DIH:

J. L. P. da Silva

Diagnóstico

Exame







DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Examen | Olor | Alimentación | Lágrimas | Orina | Respiración |
|----------|--------|------|--------------|----------|-------|-------------|
|          |        |      |              |          |       |             |

| Prescrição Médica                          | Horário                          | Evolução Médica   |
|--|----------------------------------|---|
| 27/108                                     |                                  |   |
| 1.Dieta <u>Línea</u>                       |                                  |   |
| 2.SRL 1500ml EV/24h                        |                                  |   |
| 3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h              | 10<br>12<br>13<br>14<br>15<br>16 | Pct com rec 9,5cm <sup>2</sup> clínica m<br>de s/ distensão |
| 4.Tilatil 20mg + AD EV 12/12h              |                                  |   |
| 5.Omeprazol 40mg EV/jejum                  |                                  |   |
| 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN  |                                  |   |
| 7.Nauseodion 01 FA + AD EV 8/8h SN         |                                  |   |
| 8.Clexane 40mg SC/dia                      |                                  |   |
| 9.SSW + CCGG                               |                                  |   |
| <u>Sinj.</u>                               |                                  |   |
| <u>Medicamentos usados contínuo c/ pot</u> |                                  |   |
|  |                                  |   |
| História clínica de Alívio:                |                                  |   |
| ORIGEM DA TRAQUEOMÍA:                      |                                  |   |
| DATA DA TRAQUEOMÍA:                        |                                  |   |
| TIPO DE TUBO:                              |                                  |   |
| TIPO DE TÉNUEUS:                           |                                  |   |
| TIPO DE TÉNUEUS DE KROTHMANN:              |                                  |   |
| EXPLICAÇÃO:                                |                                  |   |
| OP. AL. DA MOLDE JUR                       |                                  |   |
| OP. DE CERDIL DE ORGÃO                     |                                  |   |



Data 26/08/17 hora: 15:00 PR 100x40

Perante esta inf Davos 700ml

Segue sem glúteo, i crista a dieta  
com acesso no hospital informado  
este levou no leito, durante as

Compo sem secreção, medicado  
conforme prescrição médica. Segue  
as cuidados da enfermagem.

Madalaine de Carvalho Sousa  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 001.169.736

8/08



Dia 27/01/17 hora: 14:00 PMS

Pacientes estavam com diarreia  
e febre sem febre, com risco de  
falta de somno e  
cansaço. Bem lindo. Medida da  
conformidade: medicação.

Madalene de Carvalho Sousa  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 001.169.736

Durante  
950 ml

pendo diaxeta  
e iodo.

—  
—



Expedito de Oliveira

1-4

- 03/09/11 +
- ① Dieta leve
  - ② SRL 1000ml CV 24h
  - ③ Dipirona 1g + AD EV 6/6h S/N
  - ④ Naluron 8mg/4ml + AD EV 8/8h
  - ⑤ Omniproxel 01AMP EV 1x/dia
  - ⑥ ACT 6/6h
  - ⑦ IR, SC, conforme protocolo
  - ⑧ Glicore 50% - 04AMP SC HGT  $\leq$  70mg/dL  
PAD  $\geq$  110 mm Hg
  - ⑨ Coptopril 50mg 01CP ID SC PAS  $\geq$  160 dia
  - ⑩ SSNT + CCAG
  - ⑪ Alter hospitalar



Dr. Danilo Carvalho  
MÉDICO  
CRM-PB 9969  
CREMEPE 23634









## Diagnóstico

sciumi abelomarco pedroso

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Expediente da Clínica | Santos | Alojamento | CIA | Leito | Clá | Convênio |
|----------|-----------------------|--------|------------|-----|-------|-----|----------|
|          |                       |        |            |     |       |     |          |

| Data  | Prescrição Médica                             | Horário | Evolução Médica                               |
|-------|---|---------|---|
| 31/08 | (1) Driata 1un                                | 05      | Ex: Cirurgia geral                            |
|       | (2) SGL 500 ml IV 24hs                        | 06      | AB: ICP ok le + esmal + condens.              |
|       | (3) B. piúna 02 ml + SF 10ml 1/4 8/8h (benti) | 07      | 20cm uso.                                     |
|       | (4) Clopidogrel 100 mg IV + SF 0,9% 100ml     | 08      | Endoscopia (02)                               |
|       | (5) Omepazol 40 IV para manha 1 hora          | 09      | • Pacato evolu em estabilidade.               |
|       | (6) Abdominico 600 mg 6/6h                    | 10      | Nm queixas diurnas (F), nrturas (F).          |
|       | (7) Gentamica 340 mg 1x10h                    | 11      | Notas: epites persistentes, sono piorado.     |
|       | (8) Ciprofloxacino 400 mg 1x10h               | 12      | No exame:                                     |
|       | (9) SSU + CECOG                               | 13      | ABU RCR im 2+, BNF, Nm apres.                 |
|       | (10) ALTA da Clínica G-mc, 405                | 14      | ABR: UV + im (AB + SI) nubilo abdominal abdu. |
|       | Cuidados da caxada                            | 15      | Mono. Blendo cloridratado + medina            |
|       |   | 16      | • palpagos, RNF)                              |
|       |   | 17      | QD: Endoscopia esófago estomag (E)            |
|       |   | 18      | CD: ALTA da unidade geral, com caxada         |
|       |   | 19      | dos do urologia.                              |





## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

*Pelutusaria*

**Cepedito Oliveira**

Alojamento 1

Leito 4 Convênio

| Data  | Prescrição Médica                                       | Horário | Evolução Médica |
|-------|---|---------|-----------------|
| 01/05 | 2) Quila hirs.  | 21      |                 |
|       | 3) Scl. lassal EU 17/12.                                | 21      |                 |
|       | 4) Sustentação EU 8/12.                                 | 21      |                 |
|       | 5) Nasofaringe EU 8/12.                                 | 22      |                 |
|       | 6) Osteomielite clav. EU 17/12.                         | 22      |                 |
|       | 7) Ileostomia 12 cm fechada 24/00 doc (92)              | 22      |                 |
|       | 8) Plast. de ferida aberta S. H. 100x50 mm e 100x100 mm | 22      |                 |
|       | 9) Cintilograma Tc 99m 14/05/16                         | 22      |                 |

*paciente estável clínica  
avançado claudicante com  
dilectos na perna.  
desconforto br. intensivo  
que aumentou mto. durante  
de alturas, níveis.  
de alturas, níveis.*

*CD: Respiro alta hospital  
para finalizar.*

*M. Donato Carvalho  
Dr. DONATO CARVALHO  
CRM-PB 9969  
CREMEPE 23694*

*M. Donato Carvalho  
Dr. DONATO CARVALHO  
CRM-PB 9969  
CREMEPE 23694*

| Data  | Hora | T | P | R | PA | Diurese | Observações Enfermagem | Assis |
|-------|------|---|---|---|----|---------|------------------------|-------|
| 01-09 | 06h0 |   |   |   |    | quando  |                        |       |

Alineia Lente da Silvia  
TEL DE ENFERMAGEM  
CORRN - P3 991310





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Thoreau's childhood (continued)  
Posthumous

The Port

MDP







Diagnóstico

Politazione

| Paciente                                   | Expedido de Ordem  | Atendimento   | Leito   | 1-4             | Curso    |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
|--|--|---|---------|-----------------|----------|-----|---|--------------------|-------|--------------------------------------|---------------------|-------|---------------|---------------------------------|-------|---|-------------------------------------|-------|---------------------------|---------------------------------|-------|--|-------------|-------|--|------------------------------|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|----------------|-------|--|------------------------|-------|--|--|--|--|--|
|  | <p><b>Data</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prescrição Médica</th> <th>Horário</th> <th>Evolução Médica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>03/09/11</td> <td>#CG</td> <td>#CG<br/>#13°DUT#12ºDP# de LÉ + febre alta comissiva<br/>#Endocrin. Rte. Ladrão N° 8000<br/>#EF. EAD, convulsões, mania, delírios,<br/>delirio ao reagir</td> </tr> <tr> <td>1. Diuret. líquido</td> <td>13:00</td> <td>Maior sono, delírio, inibição e pál.</td> </tr> <tr> <td>2. SEL racom ev 24h</td> <td>14:00</td> <td>pdp, a PTA(?)</td> </tr> <tr> <td>3. Dipirona 1g + AD ev 6x6h S/N</td> <td>15:00</td> <td>#PQ: borboreto bien adaptado, igienizado<br/>mestruo e N. sonda de Fozes</td> </tr> <tr> <td>4. Naxicetone 1mg 14ml + AD ev 6x6h</td> <td>16:00</td> <td>#PQ: RITA 1-hospitalizada</td> </tr> <tr> <td>5. Ondiparaceta 0,5mg ev 1x1dia</td> <td>17:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. HCT 6x6h</td> <td>18:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. NC, cefazoline parenteral</td> <td>19:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Alergeno SOR - O+HNP se HTT ≤ 70mg/dl</td> <td>20:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Coptopnil 50mg once SO se PAS ≥ 160/dia</td> <td>21:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. SSUJ + CEG</td> <td>22:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11. Até o hospitalizar</td> <td>23:00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>D. Dnitto Carvalho<br/>MÉDICO<br/>CRM-PB 9969<br/>CRM-PE 23534</p> <p>D. Dnitto Carvalho<br/>MÉDICO<br/>CRM-PB 9969<br/>CRM-PE 23534</p> | Prescrição Médica   | Horário | Evolução Médica | 03/09/11 | #CG | #CG<br>#13°DUT#12ºDP# de LÉ + febre alta comissiva<br>#Endocrin. Rte. Ladrão N° 8000<br>#EF. EAD, convulsões, mania, delírios,<br>delirio ao reagir | 1. Diuret. líquido | 13:00 | Maior sono, delírio, inibição e pál. | 2. SEL racom ev 24h | 14:00 | pdp, a PTA(?) | 3. Dipirona 1g + AD ev 6x6h S/N | 15:00 | #PQ: borboreto bien adaptado, igienizado<br>mestruo e N. sonda de Fozes | 4. Naxicetone 1mg 14ml + AD ev 6x6h | 16:00 | #PQ: RITA 1-hospitalizada | 5. Ondiparaceta 0,5mg ev 1x1dia | 17:00 |  | 6. HCT 6x6h | 18:00 |  | 7. NC, cefazoline parenteral | 19:00 |  | 8. Alergeno SOR - O+HNP se HTT ≤ 70mg/dl | 20:00 |  | 9. Coptopnil 50mg once SO se PAS ≥ 160/dia | 21:00 |  | 10. SSUJ + CEG | 22:00 |  | 11. Até o hospitalizar | 23:00 |  |  |  |  |  |
| Prescrição Médica                          | Horário  | Evolução Médica   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 03/09/11                                   | #CG  | #CG<br>#13°DUT#12ºDP# de LÉ + febre alta comissiva<br>#Endocrin. Rte. Ladrão N° 8000<br>#EF. EAD, convulsões, mania, delírios,<br>delirio ao reagir |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 1. Diuret. líquido                         | 13:00  | Maior sono, delírio, inibição e pál.  |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 2. SEL racom ev 24h                        | 14:00  | pdp, a PTA(?)   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 3. Dipirona 1g + AD ev 6x6h S/N            | 15:00  | #PQ: borboreto bien adaptado, igienizado<br>mestruo e N. sonda de Fozes   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 4. Naxicetone 1mg 14ml + AD ev 6x6h        | 16:00  | #PQ: RITA 1-hospitalizada   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 5. Ondiparaceta 0,5mg ev 1x1dia            | 17:00  |   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 6. HCT 6x6h                                | 18:00  |   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 7. NC, cefazoline parenteral               | 19:00  |   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 8. Alergeno SOR - O+HNP se HTT ≤ 70mg/dl   | 20:00  |   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 9. Coptopnil 50mg once SO se PAS ≥ 160/dia | 21:00  |   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 10. SSUJ + CEG                             | 22:00  |   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |
| 11. Até o hospitalizar                     | 23:00  |   |         |                 |          |     |   |                    |       |                                      |                     |       |               |                                 |       |   |                                     |       |                           |                                 |       |  |             |       |  |                              |       |  |  |       |  |  |       |  |                |       |  |                        |       |  |  |  |  |  |

*Dmitri Carvalho*  
CRM-PE 9969  
CREMEPE 23534

*Dmitri Carvalho*  
CRM-PE 9969  
CREMEPE 23534

MOD.



## Diagnóstico

- Trauma - Abdominal  
Fechado

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

✓

✓

Paciente | Expediente de Oliveira

Alojamento | 1 | Leito | 4 | Convênio

Evolução Médica

Horário | Prescrição Médica

| Data     |      |   |    |    |   |   |
|----------|------|---|----|----|---|---|
| 24.08    | ①    | Oxitez 200 ml. SFO 19'. 500 ml + 5FL de gelose. | 12 | 18 | # Gluque 1000 ml                        | # Gluque 1000 ml                        |
|          | ②    |   |    |    | # 1000 ml + toalha cotonosa             | # 1000 ml + toalha cotonosa             |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | # 1000 ml + toalha cotonosa             | # 1000 ml + toalha cotonosa             |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | - fechado, de audíve de urina (D)       | - fechado, de audíve de urina (D)       |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | - em uso de                             | - em uso de                             |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | intomplâo                               | intomplâo                               |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | # Crise (G) paciente inden com          | # Crise (G) paciente inden com          |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | Cicr, constri, orientado tem aita.      | Cicr, constri, orientado tem aita.      |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | Beso pene miligraçõ de tecidomac        | Beso pene miligraçõ de tecidomac        |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | beno preservado, Juvine (P) no SVP      | beno preservado, Juvine (P) no SVP      |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | exameurado (P), hemodinamia normal      | exameurado (P), hemodinamia normal      |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | abdomen, sent aq r, TC: 85kpm. Payer    | abdomen, sent aq r, TC: 85kpm. Payer    |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | abdomen normal, a palpacçõ m + 10.      | abdomen normal, a palpacçõ m + 10.      |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | # Aev: Rep 25ml, SIS.                   | # Aev: Rep 25ml, SIS.                   |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | # AP: MVR em ART, SIRA.                 | # AP: MVR em ART, SIRA.                 |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | # Nidom: pacato, fáculas respiratórias, | # Nidom: pacato, fáculas respiratórias, |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | discreto e prospaco) im = 10; ven.      | discreto e prospaco) im = 10; ven.      |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | Juncais de uratá (futebol).             | Juncais de uratá (futebol).             |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | # FO: Bactos (em coprófago, m/          | # FO: Bactos (em coprófago, m/          |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | urinas) bacterias                       | urinas) bacterias                       |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | Nacais bacterianas. Inconcreto-         | Nacais bacterianas. Inconcreto-         |
| 30.1.201 | EVU: | 616h.   |    |    | mante confirmado e bacteriano.          | mante confirmado e bacteriano.          |







**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO****Diagnóstico**

Trauma  
abdominal  
fechado

Paciente | Expediente de Oliveira Santos filho | Alojamento | 1 | Leito | 4 | Convênio |

Horário |

Evolução Médica

Data | Prescrição Médica | Horário |

# Cirurgia Oral  
# 3º DPB (E + Tadetamônio  
# MO: Trauma abdominal  
fechado,

① Dantobrande, 1000 mg, 1x dia.  
② SF 0,9%, 500 ml, ev, 6/6h.  
③ Oxyronc 1g + AP, EVI, 6/6h.  
④ Nitrat 40 mg + KO, ev, 1x dia.  
⑤ Kavulon 8 mg + AP, ev, 8/8h.

# 10 m mo: sintomas  
- Inflamação no diafragma e  
no abdômen.

⑥ Dipakene 40mg 1x dia.  
⑦ Dicyclomina 10 mg 1cp 1x dia.  
⑧ Paracetamol 250g 1cp 1x dia.  
⑨ Candesel Sing 1cp 1x dia.  
⑩ Furobutalol 10 mg 1cp 1x dia.  
⑪ Acta do cirurgião geral!!!

Total

# Endoscópio: paciente evoluindo  
bem, consciente, orientado, alimentado,  
dúctil, durante + p/ SVA, endovenosa -  
hemodinamicamente estável, fator 9+,  
FC: 74pm, não pulmão, sanguíneo -.

# Ao exame: Paroxismo, aumentado  
ondular, afunilado logo / hidatocôdo.  
# Rev: PER, DT, BWF, SIS, FC: 77.  
# AR: MV+ em RUT, 5 kg.

# Abdome: plácido, placido, doloroso  
máx, indolor & palpável, RHA+, roxas.  
# FO: Vómitos bem expectados, n/  
máis feacções.  
# ep: dolo do cirurgião geral

# LOS evoluções do cirurgião.

Dr. Luiz Carlos Sales  
MEDICO RESIDENTE  
CRM-PB  
9263

Dr. Luiz Carlos Sales  
MEDICO RESIDENTE  
CRM-PB  
9263

MOD 0





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**





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

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

---

Assinatura do anestesista





**SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS**

Diagnóstico

Lophostomia Explorator  
Intra-abdominal testes

Haplochitonida Ex planariae  
Tremulae holomimic pedunculus

|          |  |            |       |          |
|----------|--|------------|-------|----------|
| Paciente | <u>Expediente de Oliveira S. Filho</u> | Alojamento | Leito | Convenio |
|----------|--|------------|-------|----------|

Paciente M. M. de 25 años de sexo masculino  
con fiebre, dolor en el brazo izquierdo y dolor en el  
brazo D. Fiebre alta permaneciendo constante.  
Dolor intenso en la articulación del hombro izquierdo  
que se intensifica con el movimiento. Es imposible  
levantar el brazo. El dolor es constante.  
También dolor en el hombro, más leve, que  
se extiende al brazo izquierdo. No hay náuseas,  
ni vómitos ni alteraciones en el abdomen.  
Braquio + SVA. Es dolor intenso de tipo  
trófico (Habido), permanente, de naturaleza fibrilar.  
EPI: Comienzo, orientado, constante,  
muy intenso, evanescente, anterior, Rio-  
dore Fab.

ACV: BCR 3-4, BCF, S/L so.

ACR: Numb 0-1 AHT, S/L RA

Afectación: Dolor, disminución, no clínica  
en profundidad superficial. P-H-A(+ ) nos 4-6-7.

FQ con lesiones bajas espinales, de  
mayores o menor intensidad.

Dr. Pedro Gómez  
CRM: 0000000000000000  
CPF: 0000000000000000  
OAB: 15.000  
  
Leandro Gómez  
CRM: 0000000000000000  
CPF: 0000000000000000  
OAB: 15.000  
  
Abelone Pinto, Superintendente  
e representante da P.H.  
Faz com que os deputados  
brasileiros votem legislação  
que favoreça o Brasil.

— 352 —



## Receituário Simples

Expedito de Oliveira

A Saz de geléia

Pinça de confeiteiro

Bazar E

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB-9965



270



$$x \times x = r^2$$

H.O.I. 87  
The elements of  
mathematics

200  
year

Wörtergrammatik  
grammatik  
Grammatik

also address yourself  
to the question whether  
any specific + unique M+

241

29

ੴ

05  
05  
04

2

83

0

5

103

03

3.0 . . .

41:00 79:70

79 : 70

on victory

(3) - ~~long form~~ + ok words

22/22





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

Unidade de Tratamento Intensivo  
CONTROLE GERAL

Nome:  
O. Santos Filho  
Expedição:  
Data de Nascimento:  
Idade:  
28  
Leito:  
1-4

|                     | 22/08  | 24/08  | 26/08 | 28/08 | 29/08 | 30/08 | 31/08 | BE | HCO <sub>3</sub> | F <sub>i</sub> O <sub>2</sub> | Lactato | Glicose | Uréia | Creatinina | Sódio | Potássio | Cloro | Calcio | Fósforo | Magnésio | Proteína | Albumina | Globulina | Bilir. Tot. | B. Direta | B. Indireta | Fosf. Alcal. | TGO | TGP | DHL | CPK | CK - MB | Tc | Sat. O <sub>2</sub> | MOD. 010 |
|---------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|----|------------------|-------------------------------|---------|---------|-------|------------|-------|----------|-------|--------|---------|----------|----------|----------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|-----|-----|-----|-----|---------|----|---------------------|----------|
| Evacuação           |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Ganhos              |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Perdas              |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Balanço             |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Bal. Cumal.         |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Sangue              |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Diurese             |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Perdas SNG          |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Drenos              |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Temp. min/max       |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Hemácias            |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Hematócrito         | 35,8   | 29,1   | 28,1  |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Hemoglobina         | 11,3   | 9,6    | 9,4   |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Leucócitos          | 7200   | 5300   |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Bastonetes          | 3      | 2      |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Segmentados         | 74     | 20     |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Eosinófilos         | 2      | 0      |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Basófilos           | 0      | 0      |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Linfócitos          | 20     | 26/0   |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Monócitos           | 1      | 2      |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Plaquetas           | 125000 | 190000 |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| T <sub>core</sub>   |        | 30°    |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| TIP <sub>skin</sub> |        | 20°    |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| pH                  |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| PaO <sub>2</sub>    |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| PaCO <sub>2</sub>   |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| Sat. O <sub>2</sub> |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |
| TS                  |        |        |       |       |       |       |       |    |                  |                               |         |         |       |            |       |          |       |        |         |          |          |          |           |             |           |             |              |     |     |     |     |         |    |                     |          |

Paciente: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Exame: 22/08/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

**Técnica:** Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

**Indicação:** TCE.

**Análise:**

- Sinais de leve redução volumétrica encefálica, caracterizada por acentuação de sulcos corticais e fissuras, além de alargamento de cisternas basais, achado não usual na faixa etária do paciente.
  - Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
  - Estruturas da fossa posterior preservadas.
  - Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano, de desvio de estruturas da linha média, de coleções extra-axiais, de calcificações patológicas ou de lesões hemorrágicas agudas intraparenquimatosas supra ou infratentoriais.
- Ausência de fraturas desalinhadas nos ossos do crânio.
- Hematoma subgaleal em região parietal esquerda.

Dr. José Roberto Maia Junior  
Médico Radiologista - Membro Titular do CBR  
CRM-PB 6101





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



|                                      |                     |   |           |
|--------------------------------------|---------------------|---|-----------|
| <b>SUS</b><br>Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha 1/2 |
|--------------------------------------|---------------------|---|-----------|

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                 |  |   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                   |  | 2 - CNES  |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                    |  | 4 - CNES  |  |
| Identificação do Paciente                                 |  |   |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><i>Lázaro de Oliveira Seixas</i>  |  | 6 - N° DO PRONTUÁRIO  |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                        |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO  |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                           |  | 9 - SEXO<br>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                           |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br>Nº DE TELEFONE  |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                              |  | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  |  |
|   |  | 15 - UF   |  |
|   |  | 16 - CEP  |  |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |  |   |  |

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>   |                                     |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR<br><i>TOMOGRAFIA</i>        | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA<br><i>REALIZAR EXAMEN:</i> | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>ICB</i>   | 23 - CID 10 PRINCIPAL               |
|  | 24 - CID 10 SECUNDÁRIO              |
|  | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS       |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>           |   |  |   |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL<br><i>Cirurgia</i>   | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL           |  |   |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE               | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL            | 31 - QTDE                                      |   |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       | 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL            | 34 - QTDE                                      |   |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL            | 37 - QTDE                                      |   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO<br><i>Ordem de atendimento</i> |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  |   | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                            |  |
| 40 - DATA DE SOLICITAÇÃO   |   |  |  |
| 41 - DOCUMENTO<br>( <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF) | 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br> |  |

|  |  |   |                          |
|--|--|---|--------------------------|
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO   |  | <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                      |                          |
| 47 - DOCUMENTO<br>( <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF) |  | 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR  |
|  |  | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  | 46 - DATA DE SOLICITAÇÃO |

MOD. 017





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



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sr(a): EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO  
 Dr(a): CRISMARCOS R. DA SILVA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000354501  
 Data: 28-08-2017 14:14  
 Idade: 28 anos

RG: NÃO INFORMADO  
 Origem: CLINICA CIRURGICA  
 Destino: ENF 01 - L04

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 28/08/2017 14:46 ]

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

|                  |                              |                                   |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 3.69 milhões/mm <sup>3</sup> | 4,2 a 6,0 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina..... | 9,4 g/dL                     | 13,5 a 16,2 g/dL                  |
| Hematocrito..... | 28 %                         | 40,0 a 52,5 %                     |
| V.C.M.....       | 76 fL                        | 82,0 a 92,0 fL                    |
| H.C.M.....       | 25 pg                        | 27,0 a 31,0 pg                    |
| C.H.C.M.....     | 33 g/dL                      | 32,0 a 36,0 g/dL                  |

**SÉRIE BRANCA**

|                            |                               |  |
|----------------------------|-------------------------------|--|
| Leucócitos.....            | 5.300 /mm <sup>3</sup><br>(%) | 5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup><br>(/mm <sup>3</sup> ) |
| Neutrófilos                |                               |  |
| Promielócitos.....         | 0                             | 0  |
| Mielócitos.....            | 0                             | 0  |
| Metamielócitos.....        | 0                             | 0  |
| Blastonetes.....           | 2,0                           | 106  |
| Segmentados.....           | 70,0                          | 3.710 40 a 70 % = 1.800 a 8.500 / mm <sup>3</sup>      |
| Eosinófilos.....           | 0                             | 0 0,5 a 0,9 % = até 500 / mm <sup>3</sup>              |
| Basófilos.....             | 0                             | 0 0 a 2,0 % = até 100 / mm <sup>3</sup>                |
| Linfócitos                 |                               |  |
| Tipicos.....               | 26,0                          | 1.378 20 a 45 % = 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup>      |
| Atípicos.....              | 0                             | 0  |
| Monócitos.....             | 2,0                           | 106 2,0 a 10 % = até 1.000 / mm <sup>3</sup>           |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 190.000 mm <sup>3</sup>       | 140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>                      |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso  
 Biomédica  
 CRBM - 5793



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:17:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509172096600000026499271>  
 Número do documento: 20011509172096600000026499271

Num. 27459247 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:21:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509211504100000026499820>  
Número do documento: 20011509211504100000026499820

Num. 27459846 - Pág. 1



**LISBÔA DA COSTA**

Escrítorio de Advocacia

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

**EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob nº 016.626.184-09, RG 3.843.178, residente e domiciliado na RUA MANAUS 671, ANA AMELIA, CEP 58423-045, CAMPINA GRANDE/PB, CEP 58417-690, vem à presença de Vossa Excelência, por seu representante constituído, CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA, advogada inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 17.243/PB, a quem deveram ser destinadas todas as intimações sob pena de nulidade, nos termos do Código de Processo Civil, propor

#### **AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT**

em face de SEGURADORA LIDER, CNPJ 09.248.608/0001-04, CEP 20011-000, Rua da Assembléia 100, 26º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, pelos fatos e motivos que passa a expor.

**Empresarial Eco Business Center**  
Rua Antônio Rabelo Júnior 161  
23º andar, sala 2303, Miramar.  
CEP 58.032-090  
João Pessoa/PB

**Empresarial Mundo Plaza**  
Rua Paulo de Frontin 170,  
10º andar, sala 1001, Estação Velha.  
CEP 58.410-003  
Campina Grande/PB

(83) 3066 - 3131  
 contato@lisboadacosta.com

#### **DOS FATOS**

Trata-se de seguro devido em face de acidente ocorrido que ocasionou lesões físicas ao segurado, conforme planilha a baixo, fatos estes, devidamente



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:21:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509211554100000026499821>  
Número do documento: 20011509211554100000026499821

Num. 27459847 - Pág. 1



comprovados no teor do Boletim de Ocorrência que junta em anexo.

Início do Proc. Administrativo: 22/08/2017

Processo Administrativo: 3190322718

Lesão causada no acidente: HEMORRAGIA INTERNA; POLITRAUMATISMO; TRAUMA ABDOMINAL FECHADO FRATURA DE DIALISE NO UMERO; FÍGADO COM LACERAÇÃO PÓS - TRAUMÁTICA.

VALOR PAGO PELA SEGURADORA: R\$ 2.362,50 (CONFORME PRINT)

**Senhor(a), EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO**

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

|   |              |
|---|--------------|
| Multa:  | R\$ 0,00     |
| Juros:  | R\$ 0,00     |
| Total creditado:  | R\$ 2.362,50 |
| Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70% |              |
| Graduação: Em grau leve 25%   |              |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%                       |              |
| Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =                                 | R\$ 2.362,50 |

A Seguradora, portanto, realizou pagamento inferior ao devido.

**DIREITO**

**Empresarial Eco Business Center**  
Rua Antônio Rabelo Júnior 161  
23º andar, sala 2303, Miramar.  
CEP 58.032-090  
João Pessoa/PB

**Empresarial Mundo Plaza**  
Rua Paulo de Frontin 170,  
10º andar, sala 1001, Estação Velha.  
CEP 58.410-003  
Campina Grande/PB

(83) 3066 - 3131  
 contato@lisboadacosta.com

Nos termos do art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:21:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509211554100000026499821>  
Número do documento: 20011509211554100000026499821

Num. 27459847 - Pág. 2



## LISBÔA DA COSTA

Escrítorio de Advocacia

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

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

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

Conforme documentação probatória, o nexo de causalidade entre o fato ocorrido (acidente) e o dano dele decorrente são inequívocos, fazendo jus o Autor ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)

Assim, tem-se evidenciado:

- a) Prova do acidente: Boletim de Ocorrência Policial;
- b) Prova do dano decorrente: Prontuário de Atendimento Médico; Relatório de Cirurgia; Exames de Imagem;
- c) Prova do esgotamento da via administrativa: Carta de Concessão com valor inferior ao devido.

É dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo art. 373 do CPC, que diz que ao réu incumbe o ônus da prova, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

No presente caso, tem-se em tela um ato ilícito pelo descumprimento de obrigação contratual por parte do Réu, o que se enquadra no Código Civil nos seguintes termos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

**Empresarial Eco Business Center**  
Rua Antônio Rabelo Júnior 161  
23º andar, sala 2303, Miramar.  
CEP 58.032-090  
João Pessoa/PB

**Empresarial Mundo Plaza**  
Rua Paulo de Frontin 170,  
10º andar, sala 1001, Estação Velha.  
CEP 58.410-003  
Campina Grande/PB

(83) 3066 - 3131  
 contato@lisboadacosta.com



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:21:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509211554100000026499821>  
Número do documento: 20011509211554100000026499821

Num. 27459847 - Pág. 3



Ou seja, pela omissão voluntária do réu, que reflete diretamente num prejuízo ao Autor tem-se configurado um ato ilícito.

No mesmo sentido, o Código Civil dispõe:

Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

Portanto, trata-se de necessária indenização proporcional ao dano sofrido pelo Autor, conforme precedentes sobre o tema:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. PROPORACIONALIDADE. 1- A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez permanente parcial, deve ser fixada em valor proporcional ao grau do dano sofrido pela vítima do acidente automobilístico. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (TJ-GO - AC: 04574988420088090065, Relator: DR (A). SEBASTIAO LUIZ FLEURY, Data de Julgamento: 22/09/2016, 4A CÂMARA CIVEL, Data de Publicação: DJ 2124 de 04/10/2016)

Trata-se da necessária aplicação da lei, uma vez que demonstrado o compromisso firmado pelo contrato e a ocorrência do descumprimento, outra solução não resta se não o imediato pagamento do débito, conforme amplamente protegido pelos tribunais.

#### **CORREÇÃO MONETÁRIA – TERMO INICIAL**

#### **SÚMULA 580 STJ**

A correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6.194/1974, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, incide desde a data do evento danoso.

Ocorre que não foi realizado o pagamento da correção monetária, apesar de ser entendimento pacificado pelos tribunais, bem como tratar-se de súmula do Superior Tribunal de Justiça.

Além do pagamento do seguro ter sido realizado em valor inferior ao de direito, foi efetivado apenas no dia 21 de junho de 2019 (conforme carta de concessão em anexo), MAIS DE 90 dias depois do protocolo administrativo!

**Empresarial Eco Business Center**  
Rua Antônio Rabelo Júnior 161  
23º andar, sala 2303, Miramar.  
CEP 58.032-090  
João Pessoa/PB

**Empresarial Mundo Plaza**  
Rua Paulo de Frontin 170,  
10º andar, sala 1001, Estação Velha.  
CEP 58.410-003  
Campina Grande/PB

(83) 3066 - 3131  
 contato@lisboadacosta.com



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:21:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509211554100000026499821>  
Número do documento: 20011509211554100000026499821

Num. 27459847 - Pág. 4



Nesse sentido, requerer o pagamento da correção monetária desde a data do sinistro.

## LISBÔA DA COSTA

Escrítorio de Advocacia

### DA JUSTIÇA GRATUITA

O Autor encontra-se desempregado, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, conforme declaração de hipossuficiência, cópia dos seus contracheques e certidão de nascimento dos filhos que junta em anexo.

Por tais razões, com fulcro no artigo 5º, LXXIV da Constituição Federal e pelo artigo 98 do CPC, requer seja deferida a AJG ao requerente.

### DOS PEDIDOS

1. A concessão da Assistência Judiciária Gratuita, nos termos do art. 98 do Código de Processo Civil;

2. A citação do réu, na pessoa de seu representante legal, para, querendo responder a presente demanda;

3. A procedência do pedido, com a condenação do Réu ao pagamento imediato das quantias devidas, no valor de R\$ 13.500,00, sendo deduzido o que já lhe foi pago (R\$ 2.362,50), acrescidas ainda de juros e correção monetárias contadas da data do sinistro;

4. A produção de todas as provas admitidas em direito, em especial a nomeação de perito para que este avalie o promovente, bem como a documentação atrelada aos autos;

5. **Manifesta interesse na realização de audiência conciliatória;**

6. A condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios nos parâmetros previstos no art. 85, § 2º do CPC.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00

**Empresarial Eco Business Center**  
Rua Antônio Rabelo Júnior 161  
23º andar, sala 2303, Miramar.  
CEP 58.032-090  
João Pessoa/PB

**Empresarial Mundo Plaza**  
Rua Paulo de Frontin 170,  
10º andar, sala 1001, Estação Velha.  
CEP 58.410-003  
Campina Grande/PB

(83) 3066 - 3131  
 contato@lisboadacosta.com



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:21:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509211554100000026499821>  
Número do documento: 20011509211554100000026499821

Num. 27459847 - Pág. 5



Nestes termos, pede deferimento

Paraíba, 15 de novembro de 2019

CAMILLA EMANUELLE LISBÔA DA COSTA

OAB 17.243/PB

ANEXOS

1. Documentos de identidade do Autor;
2. Procuração;
3. Declaração de Pobreza;
4. Contrato e provas do cumprimento da obrigação por parte do Autor;
5. Provas do inadimplemento;
6. Laudo Médico;
7. Demais documentos médicos.

**Empresarial Eco Business Center**  
Rua Antônio Rabelo Júnior 161  
23º andar, sala 2303, Miramar.  
CEP 58.032-090  
João Pessoa/PB

**Empresarial Mundo Plaza**  
Rua Paulo de Frontin 170,  
10º andar, sala 1001, Estação Velha.  
CEP 58.410-003  
Campina Grande/PB

(83) 3066 - 3131  
 contato@lisboadacosta.com



Assinado eletronicamente por: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - 15/01/2020 09:21:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011509211554100000026499821>  
Número do documento: 20011509211554100000026499821

Num. 27459847 - Pág. 6



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE CAMPINA GRANDE  
2<sup>a</sup> VARA CÍVEL

Vistos etc.

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

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do CPC/2015;
2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;
3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio CPC/2015;
4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).
5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;
6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do CPC/2015, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;
7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do CPC/2015;
8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do CPC/2015, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do CPC/2015;
9. Advira-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC/2015), salvo as exceções previstas no art. 345 do CPC/2015;
10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do CPC/2015, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.
11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 dias.

Campina Grande, data e assinatura do sistema.





Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 03/06/2020 23:35:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006032335000200000029996788>  
Número do documento: 2006032335000200000029996788

Num. 31262924 - Pág. 1



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

Processo nº 0800532-46.2020.8.15.0001

AUTOR: EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS FILHO

Advogado do(a) AUTOR: CAMILLA EMANUELLE LISBOA DA COSTA - PB17243

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

### **MANDADO DE CITAÇÃO**

De acordo com o que dispõe o Ato da Presidência do Tribunal, nº 91/2019, que dispõe sobre o cadastro de pessoas jurídicas de direito público e privado para fins de recebimento de citações e intimações eletrônicas nos processos que tramitam no PJe, que em seu cumprimento, CITO a parte demandada, **nome acima indicado**, através da sua **Procuradoria Jurídica**, para oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do CPC/2015, ressaltando que não sendo contestada, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC/2015), salvo as exceções previstas no art. 345 do CPC/2015. Segue despacho:

Vistos etc.

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

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do CPC/2015;
2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;
3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio CPC/2015;
4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).
5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;
6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do CPC/2015, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;



7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juiz, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do CPC/2015;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do CPC/2015, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do CPC/2015;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC/2015), salvo as exceções previstas no art. 345 do CPC/2015;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do CPC/2015, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

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

Campina Grande, data e assinatura do sistema.

Assinado eletronicamente por: **ANDREIA SILVA MATOS**

**30/01/2020 13:14:49**

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: **27527640**



20  
011712414964000000026  
563008

Campina Grande-PB, 3 de junho de 2020

**De ordem, SANDRA MARIA BARBOSA**

**ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO**

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

PARA VISUALIZAR A PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS ACESSE O LINK:<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

| Título  | Tipo                       | Chave de acesso**         |
|---|----------------------------|---------------------------|
| Petição Inicial                                     | Petição Inicial            | 2001150917185180000002649 |
| DOCUMENTOS PESSOAIS                                 | Documento de Identificação | 2001150917192150000002649 |
| KIT   | Procuração                 | 2001150917193860000002649 |
| CARTA DE CONCESSAO _ EXPEDITO DE OLIVEIRA SANTOS002 | Outros Documentos          | 2001150917195810000002649 |
| ATESTADO MEDICO                                     | Outros Documentos          | 2001150917197300000002649 |
| LAUDO MEDICO  | Outros Documentos          | 2001150917198890000002649 |
| Anexo 1   | Outros Documentos          | 2001150917200880000002649 |



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 03/06/2020 23:35:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006032335000200000029996788>  
Número do documento: 2006032335000200000029996788

Num. 31262924 - Pág. 3

|                 |                   |                            |
|-----------------|-------------------|----------------------------|
| Anexo 2         | Outros Documentos | 20011509172036600000002649 |
| Anexo 3         | Outros Documentos | 20011509172069000000002649 |
| Anexo 4         | Outros Documentos | 20011509172096600000002649 |
| Petição         | Petição           | 20011509211504100000002649 |
| Petição Inicial | Comunicações      | 20011509211554100000002649 |
| Despacho        | Despacho          | 20011712414964000000002656 |



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 03/06/2020 23:35:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006032335000200000029996788>  
Número do documento: 2006032335000200000029996788

Num. 31262924 - Pág. 4