



Número: **0802178-35.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO (AUTOR)</b>		<b>MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA (AUTOR)</b>		<b>MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT (REU)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
27054 322	13/12/2019 15:27	<a href="#">Petição Inicial</a>
27054 324	13/12/2019 15:27	<a href="#">1 PETIÇÃO INICIAL</a>
27054 328	13/12/2019 15:27	<a href="#">2 PROCURAÇÕES</a>
27054 331	13/12/2019 15:27	<a href="#">3 DOCS PESSOAIS</a>
27054 332	13/12/2019 15:27	<a href="#">4 COMP DE RESIDENCIA</a>
27054 334	13/12/2019 15:27	<a href="#">5 CERTIDÃO DE OCORRENCIA</a>
27054 337	13/12/2019 15:27	<a href="#">6 DOC DO VEICULO</a>
27054 343	13/12/2019 15:27	<a href="#">7.1 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 1</a>
27054 347	13/12/2019 15:27	<a href="#">7.2 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 2</a>
27054 554	13/12/2019 15:27	<a href="#">7.3 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 3</a>
27054 556	13/12/2019 15:27	<a href="#">7.4 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 4</a>
27054 558	13/12/2019 15:27	<a href="#">7.5 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 5</a>
27054 559	13/12/2019 15:27	<a href="#">8 GUIA DE CUSTAS</a>
27507 223	16/01/2020 17:23	<a href="#">Decisão</a>
28047 785	06/02/2020 16:52	<a href="#">Expediente</a>
29252 358	19/03/2020 14:31	<a href="#">Despacho</a>
31353 825	08/06/2020 11:04	<a href="#">Expediente</a>

# AO JUÍZO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE-PB

**ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº. 053.323.714-97, portador do RG nº 2.988.965 SSP/PB, sem endereço eletrônico, neste ato representado pela sra. **MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA**, brasileira, agricultora, casada, inscrita no CPF sob o nº 024.348.774-60, portadora do RG nº 2.183.018 SSP/PB, sem endereço eletrônico, ambos residentes e domiciliados no Sítio São Tomé, s/n, Jardim Cidade Universitária, Alagoa Nova/PB, CEP 59.126-000, via advogados formalmente constituídos com escritório profissional localizado à Rua Francisca Moura, nº 548, Centro, João Pessoa/PB, CEP 55.811-020, Tel. (83) 3044-1000, endereço eletrônico no sítio <http://www.marcosinacio.com.br>, email: [intimacoesvirtuais@marcosinacio.adv.br](mailto:intimacoesvirtuais@marcosinacio.adv.br), onde recebem intimações e correspondências, vem à presença de V. Exa., propor a presente...

## AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, com sede na Rua da Assembleia, 100, Edifício Citytower, 17º andar, centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20011-904, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, e o faz consubstanciado nas seguintes razões:

### 1. DOS FATOS

No dia **12/07/2014** a parte autora sofreu um acidente de trânsito (queda de motocicleta), vindo a ficar com **debilidade permanente membro inferior direito, por grave fratura exposta do fêmur, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placas e parafusos, restando com limitação da amplitude de movimentos do membro**, conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

Constatada a debilidade permanente da parte promovente, em razão de acidente de trânsito, faz jus o mesmo ao recebimento da quantia de **ATÉ R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, corrigida desde a data do evento danoso.

### 2. PRELIMINARMENTE

#### 2.1 DA INTERRUPÇÃO DO PRAZO PRESCRICIONAL

Cuida-se de pretensão objetivando o recebimento de seguro obrigatório (DPVAT) a que faz jus o demandante devido a um acidente que sofreu no dia **12/05/2014**, restando inválido em decorrência dos ferimentos sofridos, segundo comprovam todos os documentos juntados aos autos.

Embora tenha transcorrido o prazo prescricional trienal previsto no art. 206, §3º, IX do CPC, tendo em vista que decorreram mais de 03 (três) anos entre a data do acidente e o ajuizamento da ação, não se operou a prescrição da pretensão autoral.

É que a hipótese em tela se trata de exceção à regra geral, em que a data da negativa do requerimento administrativo deve ser considerada como marco inicial para a



contagem do prazo prescricional, nos termos da Súmula n. 229 do STJ, que giza:

Súmula n. 229 do STJ: “O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão.”

**Desse modo, resta claro que por esta vertente a pretensão autoral não está prescrita, já que na data de 16/05/2018, o que interrompeu a prescrição, como demonstrado na documentação em anexo.**

Fato é que, na via administrativa, tendo havido negativa da seguradora, a prescrição é suspensa e, havendo pagamento do seguro, o prazo prescricional é interrompido.

**Destarte, a partir da data da negativa do procedimento administrativo (16/05/2018), teria o demandante 3 (três) anos para o ajuizamento da demanda, isto é, até 15/05/2021, tendo o feito, portanto, dentro do prazo hábil, neste momento.**

### **3. DO DIREITO**

#### **3.1 DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

A parte autora buscou o pagamento da indenização pela via administrativa, conforme faz prova a inclusa cópia do pedido, através do sinistro nº 3170494939. Após meses de espera, o autor soube que a seguradora ré havia negado o pedido de indenização, sem qualquer justificativa, legitimando, assim, o interesse processual do autor em buscar a prestação jurisdicional, uma vez que na seara administrativa, como já dito, teve seu pedido negado unilateralmente.

#### **3.2 SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO À INDENIZAÇÃO**

A pretensão autoral se encontra amparada pela Lei nº 6.194/74 e art. 7º da Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007. A partir da Lei 11.945/2009, passou-se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor do seguro devido, conforme o grau de invalidez apresentado.

Portanto, tem a parte demandante o direito ao recebimento da quantia de ATÉ R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais) em razão da debilidade apresentada no membro inferior direito, acrescida de correção monetária e juros de mora desde a época do evento danoso, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ.

#### **3.3 PERDA COMPLETA DA FUNÇÃO DO MEMBRO INFERIOR. INDENIZAÇÃO DEVIDA NO MONTANTE DE 70% DE R\$ 13.500,00**

É incontestável que a parte requerente sofreu um acidente de trânsito, conforme faz prova a certidão de ocorrência policial e demais documentos em anexo, vindo a ficar com debilidade permanente membro inferior direito, por grave fratura exposta do fêmur, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placas e parafusos, restando com limitação da amplitude de movimentos do membro, conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

Desse modo, com esteio no contexto probatório, na verdade real e considerando que a parte autora teve perda funcional completa de um dos membros inferiores, resta patente que a indenização prevista do seguro DPVAT *in casu* é de 70% sobre R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que resulta na quantia devida de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e**



**cinquenta reais), nos moldes da tabela legal:**

*LEI 11.945/2009*

*ANEXO*

Portanto, considerando a debilidade permanente no membro inferior apresentada pela parte demandante, resta patente que faz jus ao recebimento do seguro DPVAT no montante de **ATÉ R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, nos termos expostos.

#### **4. PEDIDOS**

**PELO EXPOSTO**, requer a V. Exa.:

- a) **a parte autora opta pela não realização de audiência de conciliação/mediação**, conforme disposto no art. 319, VII do Novo Código de Processo Civil, uma vez que tal procedimento se mostra infrutífero, pois as seguradoras demandadas só costumam oferecer ou lançar proposta de acordo após a realização da prova médica pericial;
- b) citar a ré no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- c) a produção de prova testemunhal em audiência e a juntada de novos documentos;
- d) condenar a ré ao pagamento do valor do seguro DPVAT no montante de **ATÉ R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** ou em percentual a ser apurado na perícia médica judicial, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ;
- e) a concessão dos benefícios da **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**, nos termos do art. 98 do Novo CPC e Lei 1.060/50, por não ter a autora condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, **conforme DECLARAÇÃO inserta na procuração**;
- f) a condenação da ré na verba honorária de sucumbência (20%).

Por fim, REQUER que todas as intimações e demais atos processuais sejam feitos **EXCLUSIVAMENTE** em nome do **Dr. MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA**, inscrito na OAB/PB Nº. 4.007, com endereço profissional na Rua Francisca Moura, nº 548, CEP 58013-441, Centro, João Pessoa/PB, sob pena de nulidade.

Dá-se à causa o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Pede DEFERIMENTO.

Alagoa Grande/PB, 13 de dezembro de 2019.

**MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA  
OAB/PB Nº 4007**

**RELAÇÃO DE QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS POR OCASIÃO DA PERÍCIA:**



1. Pode o Sr. Perito precisar se a sequela originada do acidente está consolidada?  
Desde quando?
1. Resultou do acidente debilidade e/ou sequela permanente de membro, sentido, função? Qual?
1. Resultou do acidente perda de órgão, membro, sentido ou função? Qual?
1. É possível graduar a(s) sequela(s) decorrente(s) da(s) lesão(ões), correlacionando o(s) percentual(ais) ao(s) dano(s) sofrido(s) pelo periciando em cada segmento corporal acometido?

---	SEGMENTO	PERCENTUAL
LESÃO 1		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%
LESÃO 2		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%
LESÃO 3		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%
LESÃO 4		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%
LESÃO 5		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%

1. Outros esclarecimentos do perito:
- 
- 
- 
- 
- 





## AO JUÍZO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE-PB

**ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº. 053.323.714-97, portador do RG nº 2.988.965 SSP/PB, sem endereço eletrônico, neste ato representado pela sra. **MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA**, brasileira, agricultora, casada, inscrita no CPF sob o nº 024.348.774-60, portadora do RG nº 2.183.018 SSP/PB, sem endereço eletrônico, ambos residentes e domiciliados no Sítio São Tomé, s/n, Jardim Cidade Universitária, Alagoa Nova/PB, CEP 59.126-000, via advogados formalmente constituídos com escritório profissional localizado à Rua Francisca Moura, nº 548, Centro, João Pessoa/PB, CEP 55.811-020, Tel. (83) 3044-1000, endereço eletrônico no sítio <http://www.marcosinacio.com.br>, email: [intimacoesvirtuais@marcosinacio.adv.br](mailto:intimacoesvirtuais@marcosinacio.adv.br), onde recebem intimações e correspondências, vem à presença de V. Exa., propor a presente...

### AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, com sede na Rua da Assembleia, 100, Edifício Citytower, 17º andar, centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20011-904, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, e o faz consubstanciado nas seguintes razões:

#### 1. DOS FATOS

No dia 12/07/2014 a parte autora sofreu um acidente de trânsito (queda de motocicleta), vindo a ficar com debilidade permanente membro inferior direito, por grave fratura exposta do fêmur, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placas e parafusos, restando com limitação da amplitude de movimentos do membro, conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

Constatada a debilidade permanente da parte promovente, em razão de acidente de trânsito, faz jus o mesmo ao recebimento da quantia de ATÉ R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), corrigida desde a data do evento danoso.

#### 2. PRELIMINARMENTE

##### 2.1 DA INTERRUPÇÃO DO PRAZO PRESCRICIONAL

Marcos Inácio Advocacia/MMF  
ALAGOAS | BAHIA | CEARÁ | DISTRITO FEDERAL | MARANHÃO | PARAÍBA | PERNAMBUCO | RIO DE JANEIRO | RIO GRANDE DO NORTE

**www.marcosinacio.adv.br**



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:24:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315245655900000026115870>  
Número do documento: 19121315245655900000026115870

Num. 27054324 - Pág. 1



Cuida-se de pretensão objetivando o recebimento de seguro obrigatório (DPVAT) a que faz jus o demandante devido a um acidente que sofreu no dia 12/05/2014, restando inválido em decorrência dos ferimentos sofridos, segundo comprovam todos os documentos juntados aos autos.

Embora tenha transcorrido o prazo prescricional trienal previsto no art. 206, §3º, IX do CPC, tendo em vista que decorreram mais de 03 (três) anos entre a data do acidente e o ajuizamento da ação, não se operou a prescrição da pretensão autoral.

É que a hipótese em tela se trata de exceção à regra geral, em que a data da negativa do requerimento administrativo deve ser considerada como marco inicial para a contagem do prazo prescricional, nos termos da Súmula n. 229 do STJ, que giza:

Súmula n. 229 do STJ: "O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão."

**Desse modo, resta claro que por esta vertente a pretensão autoral não está prescrita, já que na data de 16/05/2018, o que interrompeu a prescrição, como demonstrado na documentação em anexo.**

Fato é que, na via administrativa, tendo havido negativa da seguradora, a prescrição é suspensa e, havendo pagamento do seguro, o prazo prescricional é interrompido.

**Destarte, a partir da data da negativa do procedimento administrativo (16/05/2018), teria o demandante 3 (três) anos para o ajuizamento da demanda, isto é, até 15/05/2021, tendo o feito, portanto, dentro do prazo hábil, neste momento.**

### **3. DO DIREITO**

#### **3.1 DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

A parte autora buscou o pagamento da indenização pela via administrativa, conforme faz prova a inclusa cópia do pedido, através do sinistro nº 3170494939. Após meses de espera, o autor soube que a seguradora ré havia negado o pedido de indenização, sem qualquer justificativa, legitimando, assim, o interesse processual do autor em buscar a prestação jurisdicional, uma vez que na seara administrativa, como já dito, teve seu pedido negado unilateralmente.

#### **3.2 SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO À INDENIZAÇÃO**





A pretensão autoral se encontra amparada pela Lei nº 6.194/74 e art. 7º da Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007. A partir da Lei 11.945/2009, passou-se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor do seguro devido, conforme o grau de invalidez apresentado.

Portanto, tem a parte demandante o direito ao recebimento da quantia de ATÉ R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais) em razão da debilidade apresentada no membro inferior direito, acrescida de correção monetária e juros de mora desde a época do evento danoso, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ.

### **3.3 PERDA COMPLETA DA FUNÇÃO DO MEMBRO INFERIOR. INDENIZAÇÃO DEVIDA NO MONTANTE DE 70% DE R\$ 13.500,00**

É inconteste que a parte requerente sofreu um acidente de trânsito, conforme faz prova a certidão de ocorrência policial e demais documentos em anexo, vindo a ficar com debilidade permanente membro inferior direito, por grave fratura exposta do fêmur, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placas e parafusos, restando com limitação da amplitude de movimentos do membro, conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

Desse modo, com esteio no contexto probatório, na verdade real e considerando que a parte autora teve perda funcional completa de um dos membros inferiores, resta patente que a indenização prevista do seguro DPVAT *in casu* é de 70% sobre R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que resulta na quantia devida de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**, nos moldes da tabela legal:

*LEI 11.945/2009*

#### **ANEXO**

<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	<u>70</u>
<b>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores</b>	50
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo	
Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	

Portanto, considerando a debilidade permanente no membro inferior apresentada pela parte demandante, resta patente que faz jus ao recebimento do seguro DPVAT no montante de ATÉ R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), nos termos expostos.





#### 4. PEDIOS

**PELO EXPOSTO**, requer a V. Exa.:

- a) a parte autora opta pela não realização de audiência de conciliação/mediação, conforme disposto no art. 319, VII do Novo Código de Processo Civil, uma vez que tal procedimento se mostra infrutífero, pois as seguradoras demandadas só costumam oferecer ou lançar proposta de acordo após a realização da prova médica pericial;
- b) citar a ré no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- c) a produção de prova testemunhal em audiência e a juntada de novos documentos;
- d) condenar a ré ao pagamento do valor do seguro DPVAT no montante de ATÉ **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** ou em percentual a ser apurado na perícia médica judicial, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ;
- e) a concessão dos benefícios da **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**, nos termos do art. 98 do Novo CPC e Lei 1.060/50, por não ter a autora condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, **conforme DECLARAÇÃO inserta na procuração**;
- f) a condenação da ré na verba honorária de sucumbência (20%).

Por fim, REQUER que todas as intimações e demais atos processuais sejam feitos **EXCLUSIVAMENTE** em nome do **Dr. MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA**, inscrito na OAB/PB Nº. 4.007, com endereço profissional na Rua Francisca Moura, nº 548, CEP 58013-441, Centro, João Pessoa/PB, sob pena de nulidade.

Dá-se à causa o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Pede DEFERIMENTO.

Alagoa Grande/PB, 13 de dezembro de 2019.

**MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA**  
**OAB/PB Nº 4007**

Marcos Inácio Advocacia/MMF  
ALAGOAS | BAHIA | CEARÁ | DISTRITO FEDERAL | MARANHÃO | PARAÍBA | PERNAMBUCO | RIO DE JANEIRO | RIO GRANDE DO NORTE

**www.marcosinacio.adv.br**



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:24:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315245655900000026115870>  
Número do documento: 19121315245655900000026115870

Num. 27054324 - Pág. 4



## RELAÇÃO DE QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS POR OCASIÃO DA PERÍCIA:

1. Pode o Sr. Perito precisar se a sequela originada do acidente está consolidada? Desde quando?
2. Resultou do acidente debilidade e/ou sequela permanente de membro, sentido, função? Qual?
3. Resultou do acidente perda de órgão, membro, sentido ou função? Qual?
4. É possível graduar a(s) sequela(s) decorrente(s) da(s) lesão(ões), correlacionando o(s) percentual(ais) ao(s) dano(s) sofrido(s) pelo periciando em cada segmento corporal acometido?

---	SEGMENTO	PERCENTUAL
LESÃO 1		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%
LESÃO 2		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%
LESÃO 3		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%
LESÃO 4		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%
LESÃO 5		( )10% ( )25% ( )50% ( )75% ( )100%

### 5. Outros esclarecimentos do perito:

---

---

---

---





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVIÇO NOTARIAL Min.  
2º Ofício de Notas  
Kedima Almeida de  
ESCREVENTE: *Guilherme*

2º Ofício de Notas de Escrevente  
CADASTRO / CNPJ: 14.327.033-0001-27  
Órgão Emissor: SSP-PB  
Tabelião designado:  
*Adriano Emmanuel Lyra*

## PROCURAÇÃO

Livro: 15

Folha(s): 187 à 187v

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos TRINTA ( 30 ) dias do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZESSETE ( 2017 ), nesta cidade de Esperança, Estado Paraíba, Rua Monsenhor Severiano, número 84, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Notário compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o **Sr. ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei N° 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.988.965 (2ª via), Órgão Emissor SSP-PB, e, do CPF/MF de número 053.323.714-97, residente e domiciliado na(o) Sítio São Tomé, s/n , na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por ser o outorgante analfabeto, assinando a rogo o **Sr. WILLIAN DE OLIVEIRA SOUZA**, brasileiro, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei n° 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3454102, Órgão Emissor SSP-PB, e, do CPF/MF de número 083.701.114-08, residente e domiciliado na(o) Sítio São Tomé, s/n , na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Notário pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s) (sua) (suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a **Sra. MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA**, brasileira, agricultora, casada, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.183.018-(2ª-Via), Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 024.348.774-60, residente e domiciliada na(o) Sítio SÃO TOMÉ, s/n , na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, a quem concede poderes para representá-lo(a)(s) perante quaisquer estabelecimentos bancários e instituições financeiras, **especialmente, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (Agência Esperança-PB n°. 1668 013 00032319-2 07/21)**, podendo o(a)(s) procurador(a)(s)(es) receber quantias, ordens de pagamento, emitir, endossar e sacar cheques, títulos de capitalização, dar e receber quitação, prestar compromisso, assinar recibos, guias, requerimentos, declarações e autorizações, fazer recadastramento, receber cartões magnéticos e de protocolo, cadastrar e alterar senhas, ajustar cláusulas e condições, apresentar, juntar e retirar documentos. Podendo ainda o(a)(s) procurador(a)(s)(es) abrir conta bancária,

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 449303-A



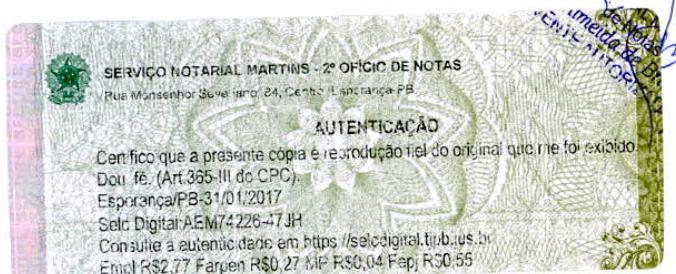


movimentar com cartão magnético, assinar, endossar e sacar cheques, requerer e receber talões de cheques, saldos e extratos bancários, receber salários, fazer retiradas, assinar formulários, guias, fazer requerimentos, apresentar, juntar e retirar documentos, receber quaisquer quantias de direito do(a)(s) outorgante(s), inclusive pensões previdenciárias, benefícios, auxílios e **proventos de qualquer natureza e/ou indenizações**, autorizar débitos ou créditos em contas-correntes, e tudo o mais praticar, promover, requerer, para o fim indicado neste Instrumento, enfim, assinar e praticar todos os atos que se tornem necessários, ao bom e fiel cumprimento do presente mandato. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s). **PODENDO AINDA, TUDO RESOLVER COM RELAÇÃO AO RECEBIMENTO DOS VALORES DECORENTES DO SEGURO POR ACIDENTE (DPVAT); podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, contratar advogados, e ingressar com as ações que entenda necessárias.** Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, ÔNIO EMMANUEL LYRA, Notário, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho (\_\_\_\_\_) da verdade. As.: WILLIAN DE OLIVEIRA SOUZA. Está conforme o original. Dou fé. Trasladada hoje. Lavrada em 30 de Janeiro de 2017, às fls. 187 a 187v. Emolumentos: R\$ 88,64; Taxa FARPEN: R\$ 5,01; Taxa FEPJ: R\$ 22,16; Taxa MP: R\$ 1,42; Valor Total: R\$ 117,23, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: ADX66016-HLIL - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Esperança/PB, 30 de Janeiro de 2017

  
ÔNIO EMMANUEL LYRA

2º Ofício de Notas de Esperança-PB  
CADASTRO/CNJ-145227  
ÔNIO EMMANUEL LYRA  
Tabelião designado



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:24:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315245775000000026115874>  
Número do documento: 19121315245775000000026115874

Num. 27054328 - Pág. 2



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## PROCURAÇÃO

Livro: 15  
Folha(s): 189 à 190

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos TRINTA E UM ( 31 ) dias do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZESSETE ( 2017 ), nesta cidade de Esperança, Estado Paraíba, Rua Monsenhor Severiano, número 84, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Notário compareceu(ram) como **Outorgante(s)** a **Sra. MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA**, brasileira, agricultora, casada, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.183.018-(2ª-Via), Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 024.348.774-60, residente e domiciliada na(o) Sítio SÃO TOMÉ, s/n , na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, reconhecido como o próprio por mim Notário pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) o **Sr. MARCOS ANTONIO INÁCIO DA SILVA**, brasileiro, advogado, casado, portador do(a) Cédula de Identidade de Profissional Liberal de número 4.007, Órgão Emissor OAB/PB, e, do CPF/MF de número 206.448.414-00, residente e domiciliado na(o) Rua Antônio Carvalho de Souza, número 400, Bairro Estação Velha, na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba; a **Sra. NARRIMAN XAVIER DA COSTA**, brasileira, advogada, casada, portadora do(a) Cédula de Identidade de Profissional Liberal de número 10.334, Órgão Emissor OAB/PB, e, do CPF/MF de número 419.121.364-49, residente e domiciliada na(o) Rua Antônio Carvalho de Souza, número 400, Bairro Estação Velha, na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba; o **Sr. NELSON AZEVEDO TORRES**, brasileiro, advogado, casado, portador do(a) Cédula de Identidade de Profissional Liberal de número 11.488, Órgão Emissor OAB/PB, e, do CPF/MF de número 031.129.754-48, residente e domiciliado na(o) Rua Antônio Carvalho de Souza, número 400, Bairro Estação Velha, na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba; a **Sra. KARLA GABRIELA SOUSA LEITE**, brasileira, advogada, casada, portadora do(a) Cédula de Identidade de Profissional Liberal de número 11.755, Órgão Emissor OAB/PB, e, do CPF/MF de número 035.175.634-55, residente e domiciliada na(o) Rua Antônio Carvalho de Souza, número 400, Bairro Estação Velha, na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba; o **Sr. CAIO TIBÉRIO BARBALHO DA SILVA**, brasileiro, advogado, casado, portador do(a) Cédula de Identidade de Profissional Liberal de número 18.873, Órgão Emissor OAB/PB, e, do CPF/MF de número 074.757.494-44; a **Sra. LETICIA BOLZANI GONDIM**, brasileira, advogada, casada, portadora do(a) Cédula de Identidade de Profissional Liberal de número 12.526, Órgão Emissor OAB/PB, e, do CPF/MF de número 039.892.364-74, residente e domiciliada na(o) Rua Antônio Carvalho de Souza, número 400, Bairro Estação Velha, na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba; a menor púbera **TANIELLE KÉZIAH DE SOUSA FREIRE TOSCANO HENRIQUES**, brasileira, advogado, casada, portadora do(a) Cédula de Identidade de Profissional Liberal de número 18.326, Órgão Emissor OAB-PB, e, do CPF/MF de número 066.489.494-14, residente e domiciliada na(o) Rua Manoel Rodrigues, número 128, Bairro centro, na cidade de Esperança, no Estado da Paraíba; o menor impúbere **JOÃO PAULO BARBALHO INACIO DA SILVA**, brasileiro, advogado, solteiro, menor impúbere, portador do(a) Cédula de Identidade de Profissional Liberal de número 23419, Órgão Emissor OAB-PB, e, do CPF/MF de número 058.378.254-01, residente e domiciliado na(o) Rua Manoel Rodrigues, número 128, Bairro centro, na cidade de Esperança, no Estado da Paraíba.

2º Ofício de Notas de Despesa  
CADASTRO / CNPJ 14.522.7  
ÓNIO EMMANUEL LIMA  
- Tabellão designado

Farpen

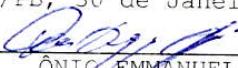
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

**Nº 449305 A**



menor impúbere DANIEL BRUNNO DE MELO E SOUSA, brasileiro, advogado, casado, portador do(a) Carteira Funcional do Ministério Público de número 14278, Órgão Emissor OAB-PB, e, do CPF/MF de número 043.407.044-07, residente e domiciliado na(o) Rua Manoel Rodrigues, número 128, Bairro centro, na cidade de Esperança, no Estado da Paraíba, a quem concede poderes para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", representá-lo(a) em Repartições Públicas Municipais, Estaduais e Federais, Autarquias e, em especial perante ao INSS - Instituto Nacional de Seguro Social, para tratar de assuntos de seu(s) interesse, assinando requerimento(s) e outro(s) documento(s), requerer a concessão, restabelecimentos e revisão de benefício previdenciário, via administrativa ou judicial, sendo nos Juizados Especiais, dado os poderes para renunciar a quaisquer valores que excedam a alcada de 60 (sessenta) salários mínimos, teto destes órgãos da justiça, ou em qualquer outro Juizo, Instância ou Tribunal, podendo ainda requerer transformação, desistência, obter vistas em procedimento(s) administrativo(s), seguindo-a(s) até o final, utilizando-se de todos os recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado(a)(s) a confessar, prestar depoimento(s) pessoal(ais), desistir, transigir, firmar compromisso(s), prestar declaração de Imposto de Renda e firmar acordo(s) receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV, deduzindo e compensado os seus créditos por despesa e de verba honorária contratual, e ás decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, em tudo agindo em conjunto ou separadamente, podendo, durante o curso da ação, ou mesmo após quaisquer de suas fases processuais ou procedimentais substabelecer, com ou sem reserva de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que fizer jus (nos moldes do §3º, alíneas "a", "b" e "c" do art. 20 do CPC. Por fim, praticar todos os atos em direito permitido para o fiel cumprimento dos Poderes outorgados neste instrumento. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), **COM PODERES ESPECIAIS PARA: RECEBER CITAÇÃO JUDICIAL OU ADMINISTRATIVA, RECEBER INTIMAÇÕES, PRESTAR DEPOIMENTO PESSOAL, RECONHECER A PROCEDÊNCIA DO PEDIDO, CONFESSAR, TRANSIGIR, RENUNCIAR AO DIREITO EM QUE SE FUNDA A AÇÃO, FIRMAR ACORDOS OU COMPROMISSOS, RECEBER VALORES, INCLUSIVE, EM CHEQUES DECORRENTES DE CONDENAÇÃO JUDICIAL, RENUNCIAR A QUAISQUER VALORES SUPERIORES AO TETO DOS JUIZADOS ESPECIAIS EM RAZÃO DE EVENTUAL AJUIZAMENTO NO PROCEDEMINTO ESPECIAL (ART. 3º DA LEI 10.259/2001 E LEI 0.099/1995), PEDIR A JUSTIÇA GRATUITA E ASSINAR DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA, ALÉM DE OUTROS NÃO EXPRESSAMENTE CONSTANTES NESSE MANDADO (ART. 105 DO NCPC); podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes.** Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, ÔNIO EMMANUEL LYRA, Notário, subscrovo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho (  ) da verdade. As.: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA. Está conforme o original. Dou fé. Trasladada hoje. Lavrada em 31 de Janeiro de 2017, às fls. 189 a 190. Emolumentos: R\$ 44,32; Taxa FARPE: R\$ 5,01; Taxa FEPJ: R\$ 11,08; Taxa MP: R\$ 0,71; Valor Total: R\$ 61,12, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: ADX66018-7E25 - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Esperança/PB, 30 de Janeiro de 2017

  
ÔNIO EMMANUEL LYRA

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO



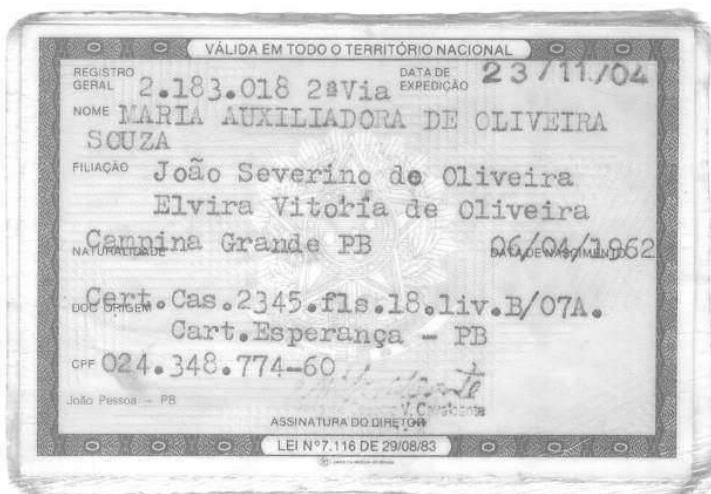
Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:24:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912131524577500000026115874>  
Número do documento: 1912131524577500000026115874

Num. 27054328 - Pág. 4



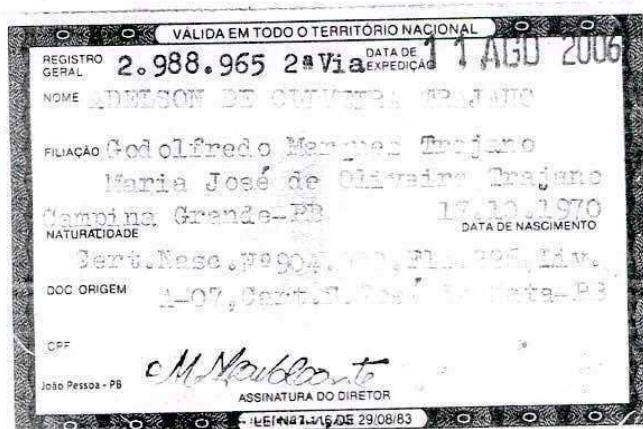
Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315245900200000026116077>  
Número do documento: 19121315245900200000026116077

Num. 27054331 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315245900200000026116077>  
Número do documento: 19121315245900200000026116077

Num. 27054331 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315245900200000026116077>  
Número do documento: 19121315245900200000026116077

Num. 27054331 - Pág. 3



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número  
053.323.714-97**

**Nome  
ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**

**Nascimento  
17/10/1970**



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315245900200000026116077>  
Número do documento: 19121315245900200000026116077

Num. 27054331 - Pág. 4

JOAO EVANGELISTA DE SOUZA  
SIT SAO TOME, 5/N - JD CID UNIV  
ALAGOA NOVA /PB CEP: 58126000 (AG: 71)

energis

ENERGISA PARÁBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ:09.095.193/0001-40 - Insc Est: 16.015.823-0  
Endereço: Rua Cristo Redentor - João Pessoa /PB - CEP: 58011-680  
Referência: Mar / 2017  
Emissão: 16/03/2017  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0000 690 827  
Código para Débito Automático: 00016924610

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

Conta referente a 00 (Identidade, Consumo) N° 1502461-5

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

16/03/2017

Data prevista da próxima leitura

13/04/2017

CPF/ CNPJ/ RANI 78592863620

Isco. Est. 13/02/2017

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura 1 260 31

13/02/2017 10038 13/03/2017 10268

**Descrição Quantidade Preço Valor (R\$)**

Consumo em kWh 250 0,30819 77,04

Adic B Amarsta 2,28

Subsídio 33,02

PIS 1,58

COFINS 7,18

**LANÇAMENTOS E SERVIÇOS**

JUROS DE MORA 12/2016 1,53

MULTA 12/2016 1,48

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2016 0,57

Devolução Subsídio -33,02

**Histórico de Consumo (kWh)**

Fev/17 231  
Jan/17 235  
Dez/16 214  
Nov/16 211  
Out/16 223  
Set/16 241  
Ago/16 240  
Jul/16 268  
Jun/16 218  
Mai/16 228  
Abr/16 228  
Mar/16 234

**BASE DE CÁLCULO ALÍQUOTA VALOR R\$**

ICMS 0,00 0,00 0,00

PIS 121,08 1,2910 1,58

COFINS 121,08 5,9362 7,18

**VALOR A PAGAR**

23/03/2017 R\$ 91,62

RESERVADO AO FISCO

64c9.3393.d30b.3f3a.32e3.1437.cfc1.acc7.

**Indicadores de Qualidade (2017 - Área)**

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,94	4,38
DIC TRIMESTRAL	23,89	
DIC ANUAL	47,79	
FIC MENSAL	7,82	2,00
FIC TRIMESTRAL	16,84	
FIC ANUAL	31,28	
DMIC	0,58	1,03
DICRI	18,80	

**Composição do valor total da sua conta**

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	28,82	31,45
Compra de Energia	37,18	40,38
Service de Transmissão	1,48	1,68
Encargos Sistemas	11,33	12,37
Impostos Diretos e Encargos	12,30	13,43
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>91,62</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref 1/2017) R\$ 38,15

**ATENÇÃO**

REAVISO: Caso o(s) natural(s) acima mencionado(s) excederem o limite de fornecimento, poderá ser realizada a suspensão de fornecimento a partir da data de vencimento. Caso a data de vencimento seja comunicado e as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Isento ICMS.

**VALOR A PAGAR**

23/03/2017 R\$ 91,62

Roteiro: 9 - 77 - 695 - 5160  
Matrícula: 1502461-2017-03-1

83630000000-4 91620054000-0 15024612017-7 03100770019-3



SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOA NOVA/PB



**- CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL -**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº 001/2017, nele encontrei às folhas nº 019 o registro nº 019/17, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Ao dia 25 do mês de JANEIRO do ano de 2017, nesta cidade de Alagoa Nova/PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a Bel EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 10:13 horas, **COMPARECEU: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA**, 54 anos, brasileira, natural de Campina Grande/PB, agricultora, RG Nº 2.183.018 SSP/PB, filha de João Severino de Oliveira e de Elvira Vitória de Oliveira, residente NO SÍTIO SÃO TOMÉ (PRÓXIMO AO POVOADO), ALAGOA NOVA/PB, Fone: 9 9976-3303. **NOTIFICOU QUE:** é tia do senhor **ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**, 46 anos, brasileiro, natural de Campina Grande/PB, agricultor, RG Nº 2.988.965 SSP/PB, filho de Godofredo Marques Trajano e de Maria José de Oliveira Trajano, residente NO SÍTIO SÃO TOMÉ (PRÓXIMO AO POVOADO), ALAGOA NOVA/PB, Fone: não tem; **QUE ADELSON** tem problemas mentais e no dia 12/07/2014, por volta 12:00 horas, o referido cidadão estava na garupa de uma moto, e ao transitar pelo restaurante Maranata, no Sítio São Tomé, neste município, outro veículo que vinha no sentido contrário, invadiu sua faixa de direção, colidindo frontalmente com a motocicleta que se encontrava ADELSON; **QUE** com o impacto, tanto ADELSON como o piloto da moto, sofreram diversas lesões, sendo socorridos por uma ambulância do SAMU até o hospital local; **QUE ADELSON** e o condutor foram transferidos para o hospital de Trauma em Campina Grande; **QUE ADELSON** ficou internado por cerca de 02 meses, sendo constatado fratura no fêmur, passando por um procedimento cirúrgico; **QUE** a moto em que ADELSON estava era uma **YAMAHA/ YBR 135K, PLACA MOU 2912, CHASSI Nº 9C6KE0044030011483, COR BEGE, ANO: 2003/2003**, conduzida na oportunidade pelo senhor conhecido por **FLAMARION TRAJANO DE OLIVEIRA**; **QUE** no tocante ao outro veículo envolvido no acidente, a noticiante apenas informar que trata-se de uma caminhoneta **HILUX**, cor prata, não sabendo a placa e nem o nome do motorista, já que este se evadiu do local; **QUE** cita como testemunhas do acidente as pessoas de: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA TRAJANO e JOÃO EVANGELISTA DE SOUZA**, ambos moradores do Sítio São Tomé, Alagoa Nova. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 25 de JANEIRO de 2017.

NOTIFICANTE: X Maria Auxiliadora de Oliveira

SAULO RAMOS SILVA  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat.: 168.434-5

CARTÓRIO CELITA PE ATAIDE ALVES  
Rue Menezes Rodrigues de Oliveira - 263 - Centro, Fone 3361-2582  
**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel  
do original que me foi exibido. Dou fé.  
(Art. 365 - III do CPC)  
Esperança-PB 26/01/2017  
Selo Digital: AEP41193-PY52  
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
\$2.21 Fazenda R\$0,27 Faz. R\$ 0,56 MP R\$0,04

Carmona Gonçalves Alves  
ESCREVENTE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	COD. FENAVAM	R.T.B.	EXERCÍCIO		
1	799346217	2009		NOME (ENDERECO)	
FRANCISCO DE ASSIS COUTO RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19 CENTRO 58155000 SOLEDADE - PB					
CPF / CCG			PLACA		
55035906787			MOU2912		
PLACARATURA			CHASSI		
NOVO / B			9C6KE044030011483		
EST. FOGO TIPO			COMBUSTÍVEL		
FAS / MO CIE /			GASOLINA		
INSCRIÇÃO DO VEÍCULO			ANO FAB. / ANO MODELO		
YAMAHA / YBR 125K			2003 / 2003		
DATA DE PAGAMENTO			CÓD. PREDOMINANTE		
2 P / 124 / CI			CATEGORIA		
COTA UNICA			VENC. COTA UNICA		
P / IPVA PAGO EM 26/02/2009			VENC. COTAS		
V / FAIXA IPVA			PARCELAMENTO / COTAS		
A / *****			1 <sup>o</sup> ***** 2 <sup>o</sup> ***** 3 <sup>o</sup> *****		
PRÉMIO TARIFÁRIO (RS)			PRÉMIO TOTAL (RS) / DATA DE PAGAMENTO		
***** / SEGURO OBRIGATÓRIO / 26/02/2009					
***** / SEGURO PAGO / 26/02/2009					
OBSERVAÇÕES					
A. F. BCO ABNTAMRO REAL S.A. TÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA					
SOLEDADE - PB					
34600-000					
Marcos Alberto Brasileiro Lima titular do Detran de Pernambuco					
27/02/2010					
5628					

PBNº 6348252330		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
NOME / ENDEREÇO			
FRANCISCO DE ASSIS COUTO RUA CARLOS ANDRE_Franca 19 CENTRO 58155000 SOLEDADE-PB			
CPF / CCG		PLACA	
55035906787		MOU2912	
BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÉNIO			
PBNº 6348252330		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2009	27/02/2009
NOME / ENDEREÇO			
FRANCISCO DE ASSIS COUTO RUA CARLOS ANDRE_Franca 19 CENTRO			
CPF / CCG		PLACA	
1 55035906787		MOU2912	
COD. BENZINA		MARCA / MODELO	
799346217		YAMAHA/YBR 125K	
ANO FAB.		CHASSI	
2003		9C6KE044030011483	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
		SEGURO PAGO	
R D 2 1 3 7 4 8 6 7 6 B			
			



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO**

**Nº Sinistro:** 3170494939  
**Vitima:** ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO  
**Data do Acidente:** 12/07/2014  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170494939**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Pag. 01607/01608 - carta\_16 - INVALIDEZ



Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12814833





Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250346200000026116089>  
Número do documento: 19121315250346200000026116089

Num. 27054343 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250346200000026116089>  
Número do documento: 19121315250346200000026116089

Num. 27054343 - Pág. 3

**Dados do Contribuinte**

CPF:	053.323.714-97
Nome:	ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO
Data de Nascimento:	17/10/1970
Nome da Mãe:	MARIA JOSE DE OLIVEIRA TRAJANO
Título de Eleitor:	00339057312-87
Localidade:	CAMPINA GRANDE - PB
Situação CPF:	REGULAR
Motivo:	INCLUSAO SRF
Data Atualização:	13/09/2012



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250346200000026116089>  
Número do documento: 19121315250346200000026116089

Num. 27054343 - Pág. 4



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes**

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Adelison de Oliveira  
Fraxino PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 572 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 12 / 07 / 14 À 18 / 07 / 14 noventa DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 18 / 07 / 14

*Dra. Jaylla Duarte*  
NECESSITANDO DE  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-PB 9233  
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





SAMU  
192

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – ESTADO PARAIBA – PODER EXECUTIVO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA – PB – CNPJ : 11.838.096-0001/88  
SAMU 192 – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

## DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que fizerem necessários que ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO, 44 anos, RG Nº 2.988.965 SSP/PB, foi atendido pelo nosso serviço registrado sobre o Nº789261, Em 12/07/2014 às 12:29 hs, pela USB 035 de Alagoa Nova –PB, vítima de QUEDA DE MOTO, consciente, não responde verbalmente (transtorno mental), apresentando laceração vertical do nariz para lábio, provável fratura de fêmur esquerdo, feito atendimento de acordo com o protocolo e encaminhado para HTCG, com a autorização do médico regulador.

ALAGOA NOVA – PB, 24/01/2017

Janeclide M<sup>a</sup> Sampaio  
ENFERMEIRA  
COREN PB 110600

JANECLEIDE MARIA COSTA SAMPAIO  
COORDENADORA SAMU 192 ALAGOA NOVA – PB  
COREN 110600 PB



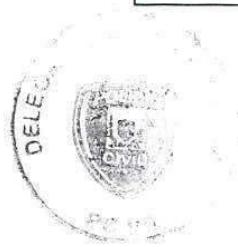
Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250346200000026116089>  
Número do documento: 19121315250346200000026116089

Num. 27054343 - Pág. 6



Página Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Governo do Estado do(a/e) Paraíba  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Municipal de Alagoa Nova  
Rua Joaquim José do Vale, 50, Centro, Alagoa Nova/pb



### **REQUISIÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO**

Alagoa Nova, 25 de JANEIRO de 2017

Requisição de Exame nº: **004/17**

Exame Requisitado: **EXAME DE CORPO DE DELITO**  
Autoridade Requisitante: **EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO**  
Local: **Alagoa Nova**

Sr(a). Diretor(a),

Requisitamos a V. Sª as providências, para que no prazo legal (Art. 160, Parágrafo Único do CPP, alterado pela Lei 8.862/94) seja procedido o **EXAME DE CORPO DE DELITO**, na PESSOA de informações a seguir e que seja o laudo remetido para o(a) **Delegacia Municipal de Alagoa Nova, localizada na(o) Rua Joaquim José do Vale, 50, Centro, Alagoa Nova/pb**.

**ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO, 46 anos, brasileiro, natural de Campina Grande/PB, agricultor, RG Nº 2.988.965 SSP/PB, filha de Godofredo Marques Trajano e de Maria José de Oliveira Trajano, residente NO SÍTIO SÃO TOMÉ (PRÓXIMO AO POVOADO), ALAGOA NOVA/PB, Fone: não tem**

**Histórico:** no dia 12/07/2014, por volta 12:00 horas, o referido cidadão estava na garupa de uma moto, e ao transitar pelo restaurante Maranata, no Sítio São Tomé, neste município, outro veículo que vinha no sentido contrário, invadiu sua faixa de direção, colidindo frontalmente com a motocicleta que se encontrava ADELSON; QUE com o impacto, tanto ADELSON como o piloto da moto, sofreram diversas lesões, sendo socorridos por uma ambulância do SAMU até o hospital local; QUE ADELSON e o condutor foram transferidos para o hospital de Trauma em Campina Grande; QUE ADELSON ficou internado por cerca de 02 meses, sendo constatado fratura no fêmur, passando por um procedimento cirúrgico.

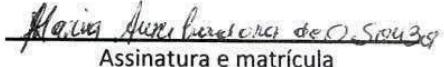
  
**EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO**  
Autoridade Policial

**A(O) Sr(a) Gerente(a)**  
**MARCIO LEANDRO DA SILVA**  
Gerente da Unidade de Medicina Legal

#### **- RECEBIDO -**

Recebi às \_\_\_\_\_

Do dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

  
Assinatura e matrícula

PolOffice



## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP: 2000

Paciente José Abelson de Oliveira Alojamento 7 Leito 3 Convênio



12/09/14 Paciente evoluí  
estável com alta  
hospitalar

Karoline Michely  
Cabral Lima Marques  
ENFERMEIRA  
COREN:118.707-PB

Assinado por:  
MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA

Assinado por:  
MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA

13/12/2019



Ex de fénix e proplaca

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP: 10MPO

Paciente José Adilson de Oliveira Alojamento 7 Leito 3 Convênio





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NAME	José Adelson da Cunha Teixeira		
IDADE	55	SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			DATA DE NASCIMENTO: 26/07/1969
SETOR	ORTOPEDIA		
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Fracura de fêmur, periploco.		
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	Guanhão - 21 de fev no local do fêmur.		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> QUAIIS:
PRESença DE ESCARA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> QUAIIS:
PRESença DE ULCERA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> QUAIIS:
ALERGIAS	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> QUAIIS:
PRESSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/> HIPOTENSO	<input type="checkbox"/> NORMOTENSO	<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO
SISTEMA NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> DISPÉNICO	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO
SIST. GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> POLURIA	<input type="checkbox"/> OLIGURIA
DIURESE	<input type="checkbox"/> DUSURIA	<input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA	<input type="checkbox"/> ANÚRIA
MOBILIDADE	<input type="checkbox"/> DEAMBULA	<input checked="" type="checkbox"/> DEAMBULA C/ APOIO	<input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO
JT. GAS RONTGENAL (DIETA)	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE
ESTADO NUTRICIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> NUTRIDO	<input type="checkbox"/> DESNUTRIDO	<input type="checkbox"/> OBESO
DADOS VITais:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAVIMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIÁCо DIMINUIDO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIÓNAL AO DESNAME VENTILATÓRIO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> Padrão RESPIRATÓRIO INÉFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDA		
<input type="checkbox"/>	FR: FATOR RELACIONADO		

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PREScriÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITais	12/12/19	
<input type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA		
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSEPTICA SE HOUVER SUJIDADE		
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÓSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES		
<input type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
<input type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS		
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 2LMM OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		

NCD 128



PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input type="checkbox"/> AVALAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO.		
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO FONTEIRÁRIO DO PACIENTE.		
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAZ IDENTIFICADOS, AS CONDUITAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.		
<input type="checkbox"/> MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA.		
<input type="checkbox"/> MONITORIZAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR.		
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		

### RESULTADOS ESPERADOS:

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

## INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Palpites apurando  
quadros c/ painel  
regular, agravado  
c/ eritema e edema  
grave, medicado conforme  
metodo medico.



## Diagnóstico

fx de feline è per piace

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente ) José Wilson de Oliveira | Alojamento ) | Leito ) | Convênio )

100-102







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

10/09/14

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NAME:	<i>João Adilson da Silva</i>				
IDADE:	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	LEITO:	13	85
SETOR:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAI'S:					
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAI'S:					
PRESENÇA DE ÚLCERA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAI'S:					
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAI'S: <i>não</i>					
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	<i>quase</i>	
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input checked="" type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO:	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLURIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVO <input type="checkbox"/>	
(DIURESE)	DUSURIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>		
JOGLIDADE:	DEAMBULACIONÁRIA <input type="checkbox"/>	DEAMBULACRÁTICA <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/DEFICIÊNCIA MOTOR <input type="checkbox"/>	
TETRAPLEGIA:	HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRIÇÃO NO PEITO <input checked="" type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTAL (DIETA)	<i>Alvor</i> <input type="checkbox"/> <i>inapetente</i> <input type="checkbox"/>	VO <input type="checkbox"/>	SNC <input type="checkbox"/>	SNE <i>diurese de sangue</i> MIE <i>Alvor</i>	
ESTADO NUTRICIONAL	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESENTRIDOS <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAS:	PA: <i>170</i>	FR: <i>77 BPM</i>	PC: <i>77 BPM</i>	PESO:	

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIÁCO DIMINUÍDO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESNAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> FADÔR RESPIRATÓRIO INÉFICAZ	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE TRAUMA VASCULAR	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<i>Alvor de Várias Datas</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
ENFERMEIRA COREN-PB: 411.021	FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAS		
<input type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA		
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATIVO COM TÉCNICA ASSEPTICA SE HOUVER S卢JUDE		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCais DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CATETERES		
<input type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
<input type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS		
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA DUAS HORAS		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 24MM DE CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		

MOD 12







Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: For Adelai de Oliveira Góes Edade: 45 anos  
Sexo: Feminino Data: 10/09/14  
Procedimento: retanomio e cirurgia de fundo de pupila

Cirurgião: D. Wilson Auxiliar:  Anestesista: D. Almeida

Inicio: 9:30 Término: 12h Anestesia: Raops

Hora	PA	Pulso	SAT 92	Responsável	A. Motoria	Conciência
12:05	—	78	98%			
13:00	—	68	97%			
14:00	115-77	75	95%			

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

---

*Relatório de Operação*

W30.102



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:05  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250462400000026116093>  
Número do documento: 19121315250462400000026116093

Num. 27054347 - Pág. 1

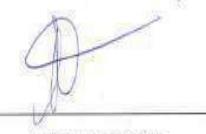


Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

**TABELA DE ALDRETE E KROLIK MODIFICADA**

*(Critérios para altas da SRPA)*

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0		
Movimento 2 membros = 1		
Movimento 4 membros = 2		
Agnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispreia = 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				 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> <small>SECRETARIA DE SAÚDE</small> <small>Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luiz Gonzaga Fernandes</small>			
QD	LEITO	CONVÉNIO	IDADE			REGISTRO	
01	SUS	45	1139550				
CIRURGIA				<small>Dr. Wilson de Souza Dr. Wellington da Silveira</small>			
ANESTESIA							
Instrumentos				DATA	INÍCIO	FIM	<small>Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luiz Gonzaga Fernandes</small>
01				10-09-2014	09:30	10:00	
QD	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Balan Coelostomia	Qd	FIOs	CÓDIGO		
01	Arenditina amp.	Catéter Órg.	01	Catéter Cricrato Sérif			
01	Atracine amp.	Catéter de Urinar Sét. Red.	01	Catéter Cricrato Sérif			
01	Diagnose amp.	Compreens Grande	01	Catéter Cricrato Sérif			
01	Dinolamp	Compreens Pequena	01	Catéter Simples			
01	Dolantina amp.	Cotrode	01	Catéter Simples Sérif			
01	Efrane ml	Drano	01	Catéter Simples Sérif			
01	Fenogen amp.	Drano Klar n°	01	Catéter Simples Sérif			
01	Fentanil ml	Drano Penrose n°	01	Cara p/ Jose			
01	Inhal ml	Drano Pezzetti n°	01	Ethicon			
01	Ketalar ml	Equipo de Macrograsias	01	Ethicon			
01	Lidocaina 1% ml	Equipo de Micrograsias	01	Ethicon			
01	Nebulatin amp.	Equipo de Sangue	01	Fio de Algodão Sérif			
01	Pavilon amp.	Equipo de PVC	01	Fio de Algodão Sérif			
01	Proglomine amp.	Espiradriptor Largo cm	01	Fio de Algodão Sérif			
01	Prototubo lm	Fusafilm ml	01	Fio de Algodão Sérif			
01	Quetilin ml	Gase Pachy c/ 10 undades	01	Fita Cefalica			
01	Rapilin amp.	H. Curi	01	Monocryl 3-0 200cm			
01	Thoracotubular ml	Intracath Adulto	01	Monocryl			
01	Tricatina amp.	Intracath infantil	01	Prolene Sártu			
01	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bausch nº 23 *	01	Prolene Sártu		
01	Água Desinfetante amp.	Lâmina de Bausch nº 11	01	Prolene Sártu			
01	Desodatina amp.	Lâmina de Bausch nº 15	01	Prolene Sártu			
02	Dijetone amp.	Luzes 7.0 * 7	02	Vicryl Sártu 0**			
01	Fluoxitamp.	Luzes 7.5 * 10 * 7*	01	Vicryl Sártu			
01	Retocordamp.	Luzes 8.0 * 7*	01	Vicryl Sártu			
01	Garamona amp.	Luzes 8.5 * 7*	01	Vicryl Sártu			
01	Glicose amp.	Oxigênio lm	01	Vicryl Sártu			
01	Gizton de Cálcio amp.	Póltex	01	Vicryl Sártu			
01	Haemostat ml	PVRI Deglomerante lm	01	Vicryl Sártu			
01	Heparina ml	PVRI Tépico ml	01	Vicryl Sártu			
01	Karektor amp.	Salão Antiseptico	01	SG Normotônico 650 ml			
01	Laxo amp.	Saco Colost	01	SG Gastro 500 ml			
01	Metodineza	Seringa Desc. 10 ml *	01	SG Hipertônico 800 ml			
01	Plastilamp.	Seringa Desc. 20 ml *	01	SG Ring 1500 ml			
01	Prolamine	Seringa Desc. 5 ml *	01	SG 1500 ml			
01	Reivan amp.	Sonda	01	Sonda			
01	Sudanina amp.	Sonda Foley	01	DRYOSSE E PRÓTESE			
02	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica	01	Sonda Nasogástrica			
01	Sudanina amp.	Sonda Uteral n°	01	Sonda Uteral n°			
01	Staydram ml	Torealitina	01	Torealitina			
01	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	01	Vaselina ml			
01	Agulha desc. 25 x 29	Latex	01	EQUIPAMENTOS			
01	Agulha desc. 3 x 45	elastodip	01	Círculo de Pulso	01	Foco Auditivo	
01	Agulha p/ Fáceas nº 35-B 10	que conduzem	01	Serra	01	Biomagnétes	
01	Álcool de Enfemag	Álcool Iodado ml	01	Desinfetador	01	Desinfetador	
01	Álcool Iodado ml	Alcatras de Cáscara	01	Foco Frontal	01	Osciloscópio	
03	Alcatras de Cáscara 15cm	Azul Metálico amp.	01	Fonte de Luz	01	Contaminador	
01	Benzina ml	Benzina ml	01	Perfumado	01	Perfumado	

CIRUPLANTE RESPONSÁVEL:

*Maria Heloisa*

NOD.008



## SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

HUECG	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIS GONZAGA FERNANDES	FERMATA	LEITO	INPROVATARIO		
FOLHA DE ANESTESIA	NAME: 2016-01-16 01:16:44 IDADE: 19 SEXO: M COR: 100					
DATA:	PRESSAO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO:	HEMOCITOS	HEMOCLORINA	HEMOCRITOS	GLICEMIA	URÉA	OUTROS
	URINA					
APARECERONTO				ASMA	BONOLITE	
AP CIRCULATÓRIO				ELETROCAOGRAMA		
AP DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		ATRAVÉS	CORTICOIDES	ALERGIA	HOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Enfermeira: Pernambuco						
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA		APLICADA	AB	EFEITO	RISCO	

ANEST SIST	12	100		250		NOTA
Liquidos	100	250		250		Laringo espasmo
						100
CO2-RESPIRACAO	100	250		250		Náuseas
						100
SÍMBOLOS E ANOTACOES	100	250		250		Outros:
						100
VIT-ANEST -ANESTERIA -O -OPERAÇÃO	100	250		250		ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____
						100
SÍMBOLOS E ANOTACOES	100	250		250		DESPERTAR
						100
POSICAO	100	250		250		Odeur: CO <sub>2</sub> Exalt:
						100
AGENTES	100	250		250		Vômitos
						100
TÉCNICA	100	250		250		Dor óssea:
						100
OPERAÇÃO	100	250		250		CONDICÕES:
						100
CIRURGIAS	100	250		250		
						100
ANESTESISTAS	100	250		250		
						100
OBSERVAÇOES	100	250		250		
						100
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇOES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS				PERDA SANGUÍNEA:		

RCG 04

FOLHA DE ANESTESIA - 0999



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250462400000026116093>  
 Número do documento: 19121315250462400000026116093

Num. 27054347 - Pág. 4

 <b>Neurologia - Ortopedia - Buco</b>		Rua Bulhões Marques, 19 - SALA 302 - Edif. ZYKATZ - Boa Vista - Recife - PE CEP:50060 - 050 Fone/ (81) 3431.4960 Cel:(81)8452.1153 - 8815.0345 E-mail: tmcirurgica@hotmail.com		
<b>PEDIDO DE FATURAMENTO</b>				
NOME DO HOSPITAL <i>Hospital de trauma</i>				
CIDADE <i>Campina Grande</i>		TEL / FAX / E-MAIL		
NOME DO PACIENTE <i>José Adelson de Oliveira</i>				
N° DO PRONTUÁRIO	N° ALH	CÓD. PROCEDIMENTO	CONVENIO	
<i>1139.650</i>			<i>SUS</i>	
PROCEDIMENTO REALIZADO <i>Ort. Cirúrgico de fíntura fémur</i>				
PRODUTO		REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
<i>Placa, Fcp 18 Furos</i>			<i>01</i>	
<i>paraf. vertical 9,5x38</i>			<i>01</i>	
<i>" " 9,5x40</i>			<i>06</i>	
<i>" " 9,5x42</i>			<i>01</i>	
<i>" " 9,5x46</i>			<i>02</i>	
<i>" " 9,5x50</i>			<i>01</i>	
DATA DA UTILIZAÇÃO: <i>10.08.16</i> DATA DA COMUNICAÇÃO: <i>10.08.16</i> MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: <i>Dr. Wagner</i>				
OBSERVAÇÕES: <i>02 x Foste de fémur - Tolente: Dv. 22.09.16</i> <i>01 cx grande ftag. 4,5 - lote: ffc - Dv. 22.09.16</i> <i>01 cx paraf. 4,5 - lote: ffc - Dv. 22.09.16</i>				
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: 				



## Folha de Tratamento e Evolução

Paciente ) fora de la clínica ) Alojamento ) Leito ) Convênio )

1000 016



Nome do Paciente <i>Bei Oliveira de Oliveira</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>10/09/14</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Wessner</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Palmeiro</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Valth</i>	3º Auxiliar <i>Dr. Souza</i>	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura de fêmur e</i>		
Tipo de Operação <i>recomplexe de fêmur e</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>fratura.</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>/</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não.</i>		

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em decúbito dorsal, no epíto da anestesia;
2) Aspiração e antissepsia;
3) Apontamento de campos vitais;
4) Abertura da face lateral de Coxas E;
5) Divisão por planos;
6) Retirada de material de suture (placa longa xpe e parafusos corticos);
7) Detachamento + limpeza do coto da nova placa
8) Redução exata da fratura
9) Fixação das fraturas com placa xpe e parafusos corticos.
10) Encadeamento de IO com fio;
11) Sutura por planos;
12) Curativo.

Notas



 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>								
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>										
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>2</td><td>8</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>		2	3	6	2	8	5	6
2	3	6	2	8	5	6				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCELENTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>2</td><td>8</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>		2	3	6	2	8	5	6
2	3	6	2	8	5	6				
<b>Identificação do Paciente</b>										
5 - NOME DO PACIENTE <b>José Wilson de Oliveira</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO								
7 - SITUAÇÃO DE SAÚDE (SÍS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>1 / 1</b>								
9 - NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL		10 - Gênero <b>Masculino</b>								
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA								
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO + 15 - UF								
16 - CEP										
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>										
17 - FRACOSSAS E SINTOMAS CLÍNICOS <p><i>Paciente com fratura de fêmur (perna direita) E há 15 dias</i></p>										
<b>18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO</b>										
<p><i>To cirúrgico</i></p>										
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>										
<p><i>Exame físico e Radiografia. Fratura de fêmur E</i></p>										
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de fêmur E</b>		21 - CÓDIGO PRINCIPAL <b>05104874171000</b>								
22 - CÓDIGO SECUNDARIO		23 - CÓDIGO ASSOCIADO								
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>										
<p><i>To cirúrgico</i></p>										
25 - CÓDIGO DA INTERNAÇÃO <b>05104874171000</b>		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>05104874171000</b>								
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Spylla f Souza Neto</b>		28 - DATA DA SOLICITAÇÃO (01 - ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSELHO) <b>10/09/14</b>								
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>										
29 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		30 - CÓDIGO DA SEGURODORA								
31 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		32 - CÓDIGO DO DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>05104874171000</b>								
33 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		34 - CÓDIGO DA EMPRESA								
35 - VÍNCULO COM A PESSOAL ( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR		36 - CÓDIGO DA EMPRESA								
( ) AUTÔNOMO		37 - NÚMERO DO BILHETE								
( ) INDEMPREGADO		38 - SÉRIE								
( ) NÃO SEGURO										
<b>AUTORIZAÇÃO</b>										
39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Marcos Antônio Inácio da Silva</b>		40 - CÓDIGO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>05104874171000</b>								
41 - CÓDIGO DO DOCUMENTO <b>05104874171000</b>		42 - CÓDIGO DO DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>05104874171000</b>								
43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		44 - ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSELHO								
<b>Mod. 008</b>										



## Fratura fêmur E

OK OK

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pre-op OK

Paciente | José Adelson de Oliveira | Alojamento | 7 | Leito | 3 | Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09/09	1. Dieta laxativa, 7/24h		#ORTOPEDIA#
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	18 23	Paciente evolui claramente
10/09	3. Ciprofloxacin 400mg, EV, 12/12 h	12 24	estável, sem queixas. Algo desorientado
	4. Tramal 100 mg + SF 0,9% 1000 mL, EV, 6/6 h S/N		Durante avaliação
	5. Dipirona 2mL + AD, EV, 6/6 h	12 18 21 06	Crâne ralo vascular e alterações.
	6. Tilatil 20 mg + AD, EV, 12/12 h S/N		Depoimentado seu pés D e E "pé
	7. Omeprazol 40 mg, EV, 1x dia em jejum (se fizer Tilatil)		cordo"
	8. Clexane 40 mg, SC, 1x dia	18 (F) VTA	
	9. Nasedron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos		Col: 1) oxitocina óptima de Brauer no leito
	10. Fisioterapiamotora	18	2) Acentuar PI higiene do
	11. SSVV + CCGG	Att (F)	pte. equipe de enfermagem
	12. Lactulona 15mL, VO, 8/8 h	14 22 06	3) 1 PM.
	13. Resgatar prontuário do último internamento		4) Solicitar resgate
	14. Ajetar tracôrno leito		Dra. Janaína Ribeiro - 2010
	15. Acentuar p/ higiene pessoal		Ortopedia - 08/09/2010
			CR - 08/09/2010



08/09 15:00

PA = 130x80

FC = 80

FR = 16

T = 37,5°C

*Spontaneous Feces  
08/09 15:00  
2019-09-08 15:00*

09/09/14 21:50

Paciente consciente, alerta,  
sem dor, acita, eliminação  
segue os cuidados de enfermagem

*SD*

PA = 140x80 T: 36,6

*15:00  
09/09/14  
2019-09-09 15:00*



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Adilson de Oliveira

Admissão: 11 Hora: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M. ( ) F

Procedência:

Querida atual:

Antecedentes Pessoais:

- |                         |                            |                 |                 |
|-------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
| ( ) AVC                 | ( ) Distúrbio Psiquiátrico | ( ) Tuberculose | ( ) Asma        |
| ( ) Doença Degenerativa | ( ) TVP                    | ( ) Convulsão   | ( ) Cardiopatia |
| ( ) Obesidade           | ( ) Neoplasia              | ( ) Câncer      | ( ) Tabagismo   |
| ( ) Alcoolismo          |                            |                 |                 |

Cirurgias anteriores: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is):

Alergia: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is):

2. EXAME FÍSICO:

CABEÇA / PESCOÇO

- |                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Couro cabeludo: ( ) Sem alterações | ( ) Alopecia |
| ( ) Cicatriz                       | ( ) Lesão    |

Obs:

- |                               |               |                   |
|-------------------------------|---------------|-------------------|
| Olhos: ( ) Sem alterações     | ( ) Hiperemia | ( ) Uso de óculos |
| ( ) Nistagmo                  | ( ) Diplopia  | ( ) Catarata      |
| ( ) Deficiência visual. Qual? |               |                   |

- |                                |                           |             |
|--------------------------------|---------------------------|-------------|
| Orofaringe: ( ) Sem alterações | ( ) Uso de prótese        | ( ) Succção |
| ( ) Disfagia                   | ( ) Dislalia              | ( ) Afasia  |
| ( ) Lesão tipo: _____          | ( ) Glânglio local: _____ |             |

Mucosas: ( ) Coradas ( ) Hipocoradas

Obs:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: \_\_\_\_\_ rpm

- |  |               |             |
|--|---------------|-------------|
| Tórax: ( ) Sem alterações              | ( ) Simétrico | ( ) Fratura |
| ( ) Expanabilidade torácica conservada |               |             |
| ( ) Cateter central                    |               |             |
| ( ) Drenos                             |               |             |

- |                                   |                      |                 |                 |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| Padrão respiratório: ( ) Eupnéico | ( ) Dispnéico        | ( ) Taquipnéico | ( ) Bradipnéico |
| ( ) Espontâneo                    | ( ) Traqueostomizado |                 |                 |

Em uso: ( ) Macronebulização

Supporte Mecânico: ( ) Sim ( ) Não

Modo Ventilatório: ( ) Máscara de Venturi \_\_\_\_\_ %

- |                          |                       |                             |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| ( ) LTV 1000 Fio2: _____ | PEEP: _____           | Sat. O <sub>2</sub> : _____ |
| ( ) BIPAP por TQT        | ( ) BIPAP por máscara |                             |

Tosse: ( ) Seca ( ) Expectorado - cor / aspecto da secreção

Ausculta respiratória: Murmúrios vesiculares ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

Local:

- |                        |            |             |                |
|------------------------|------------|-------------|----------------|
| ( ) Ruidos adventícios | ( ) Roncos | ( ) Sibilos | ( ) Estertores |
| ( ) Creptantes local:  |            |             |                |

Mamas: ( ) Sem alterações ( ) Presença de nódulos ( ) Mastectomia

Obs:

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg PVC: \_\_\_\_\_ em H<sub>2</sub>O  
 Padrão Circulatório: (+) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico  
 ( ) Pseudo ritmico ( ) Pseudo arritmico

Dor Torácica: (X) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_

Pulso Periférico: (X) Presente ( ) Cheio ( ) Fíliforme  
 ( ) Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Rede venosa periférica: ( ) Normal ( ) Fragilidade Capilar

Acesso Venoso: ( ) Periférico \_\_\_\_\_ ( ) Central \_\_\_\_\_ ( ) Dissecção \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdômen: ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Doloroso - Local \_\_\_\_\_  
 ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Ascítico

RHA: ( ) Presente ( ) Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Drenos: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

Alterações na Percussão: ( ) Timpanismo ( ) Maciez ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gavagem

Émese: ( ) Ausente ( ) Presente \_\_\_\_\_ dia. OBS: \_\_\_\_\_

Hábito Intestinal: Frequência \_\_\_\_\_ dia ( ) Uso de medicação: \_\_\_\_\_  
 ( ) Flatulência ( ) Obstipação ( ) Diarréia \_\_\_\_\_/dia ( ) Melena

#### SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese: ( ) Disúria ( ) Hematuria ( ) Nictúria ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Anúria  
 ( ) Palciúria ( ) Urgência miccional ( ) Incontinência ( ) Hemodiálise ( ) SVA  
 ( ) Bexiga neurogênica ( ) SVD ( ) Cistostomia ( ) Diálise peritoneal

Genital Feminino: ( ) Sem alterações ( ) Leucorragia ( ) Amenorréa ( ) Menopausa ( ) DST

Genital Masculino: ( ) Sem alterações ( ) Presença de secreção \_\_\_\_\_  
 ( ) Edema ( ) DST

Períneo: ( ) Sem alterações ( ) Hiperemia ( ) Lesão \_\_\_\_\_

Pescoco: ( ) Sem alterações ( ) Rigidizez na nuca ( ) Gânglios

Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Icterícia ( ) Cianótica  
 ( ) Turgor/elasticidade \_\_\_\_\_  
 ( ) Edema \_\_\_\_\_ ( ) Hematoma \_\_\_\_\_  
 ( ) Úlcera de decúbito: \_\_\_\_\_

Mobilidade: ( ) Ativa ( ) Passiva \_\_\_\_\_

MMSS: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos \_\_\_\_\_  
 ( ) Edema \_\_\_\_\_

MMII: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos \_\_\_\_\_  
 ( ) Edema \_\_\_\_\_

Alterações esqueléticas: ( ) Sem alterações ( ) Lordose ( ) Cifose ( ) Escoliose

#### AVALIAÇÃO MENTAL

Estado emocional: (X) Calmo ( ) Tensão ( ) Agressivo ( ) Precipitado  
 Estado cognitivo: ( ) Capaz de Atender quando solicitado ( ) Capaz de aprender as orientações  
 ( ) Deficiência cognitiva

Parecer do enfermeiro(a):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data: 09/10/19 Enfermeiro(a): Janete de Oliveira Ferreira  
 Enfermeira CREN 345.715



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM 73

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Odilson de Oliveira

Admissão: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  M ( ) F

Procedência:

Magia Vaca

Querida(o):

Paciente sem queixa.

Antecedentes Pessoais:

- |  |   |                                      |                                      |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AVC                 | <input type="checkbox"/> Distúrbio Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Asma        |
| <input type="checkbox"/> Doença Degenerativa | <input type="checkbox"/> TVP                    | <input type="checkbox"/> Convulsão   | <input type="checkbox"/> Cardiopatia |
| <input type="checkbox"/> Obesidade           | <input type="checkbox"/> Neoplasia              | <input type="checkbox"/> Câncer      | <input type="checkbox"/> Tabagismo   |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo          |   |                                      |                                      |

Cirurgias anteriores:  Sim  Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

Alergia:  Sim  Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

2. EXAME FÍSICO:

CABEÇA / PESCOÇO

Couro cabeludo:  Sem alterações  Alopecia  
 Cicatriz  Lesão

Obs.: \_\_\_\_\_

Olhos:  Sem alterações  Hiperemia  Uso de óculos  
 Nistagmo  Diplopia  Catarata  
 Deficiência visual. Qual?: \_\_\_\_\_

Ouroparinge:  Sem alterações  Uso de prótese  Succção  
 Disfagia  Disfalia  Afasia  
 Lesão tipo: \_\_\_\_\_  Gânglio local: \_\_\_\_\_

Mucosas:  Coradas  Hipocorada

Obs.: \_\_\_\_\_

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: \_\_\_\_\_ rpm

Tórax:  Sem alterações  Simétrico  Fratura

Expansibilidade torácica conservada

Cateter central: \_\_\_\_\_

Drenos: \_\_\_\_\_

Padrão respiratório:  Eupneico  Dispneico  Taquipneico  Bradipneico  
 Espontâneo  Traqueostomizado

Em uso:  Macroebulização

Suporrt Mecânico:  Sim  Não

Modo Ventilatório:  Máscara de Venturi: \_\_\_\_\_ %

LTV 1000 FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

BIPAP por TQT  BIPAP por máscara: \_\_\_\_\_

Tosse:  Seca  Expectorado - cor / aspecto da secreção: \_\_\_\_\_

Ausculta respiratória: Murmúrios vesiculares:  Presentes  Ausentes  Diminuídos

Local: \_\_\_\_\_

Ruidos adventícios  Roncos  Síhilos  Estertores

Creptantes local: \_\_\_\_\_

Mamas:  Sem alterações  Presença de nódulos  Mastectomia: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_



FC:  80pm P.A.:  120 mmHg PVC:  80 em H<sub>2</sub>O

Padrão Circulatório:  Normocárdico  Bradicárdico  Taquicárdico  
 Pseudo ritmico  Pseudo arritmico

Dor Torácica:  Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_

Pulso Periférico:  Presente  Cheio  Fíliforme  
 Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Rede venosa periférica:  Normal  Fragilidade Capilar

Acesso Venoso:  Periférico \_\_\_\_\_  Central \_\_\_\_\_  Dissecção \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdômen:  Flácido  Tenso  Distendido  Doloroso - Local: \_\_\_\_\_  
 Plano  Globoso  Ascítico

RHA:  Presente  Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Drenos: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

Alterações na Percussão:  Timpanismo  Maciez  SNG  SNE  Gavagem

Êmese:  Ausente  Presente dia. OBS: \_\_\_\_\_

Hábito Intestinal: Frequência \_\_\_\_\_ dia  Uso de medicação: \_\_\_\_\_

Estufência  Obstipação  Diarréia \_\_\_\_\_/dia  Melena

#### SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese:  Disúria  Hennúria  Nictúria  Palúria  Oligúria  Anúria  
 Polaciúria  Urgência miccional  Incontinência  Hemodialise  SVA  
 Bexiga neurogênica  SVD  Cistostomia  Diálise peritoneal

Genital Feminino:  Sem alterações  Leucoréias  Amenorréa  Menopausa  DST

Genital Masculino:  Sem alterações  Presença de secreção \_\_\_\_\_  
 Edema  DST

Períneo:  Sem alterações  Hiperemia  Lesão \_\_\_\_\_

Pescoco:  Sem alterações  Rigidiz na nuca  Ganglios

Obs.: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele:  Normocorada  Hipocorada  Ictericia  Cianótica  
 Turgor/elasticidade: \_\_\_\_\_  
 Edema: \_\_\_\_\_  Hematoma: \_\_\_\_\_  
 Úlcera de decibito: \_\_\_\_\_

Mobilidade:  Ativa  Passiva *Rushito no dorso*

MMSS:  Tração/Placas/Pinos

Edema

MMII:  Tração/Placas/Pinos *Rushito agudizado*

Edema

Alterações esqueléticas:  Sem alterações  Lordose  Cifose  Escoliose

#### AVALIAÇÃO MENTAL

Estado emocional:  Calmo  Tenso  Agressivo  Preocupado

Estado cognitivo:  Capaz de Atender quando solicitado  Capaz de aprender as orientações

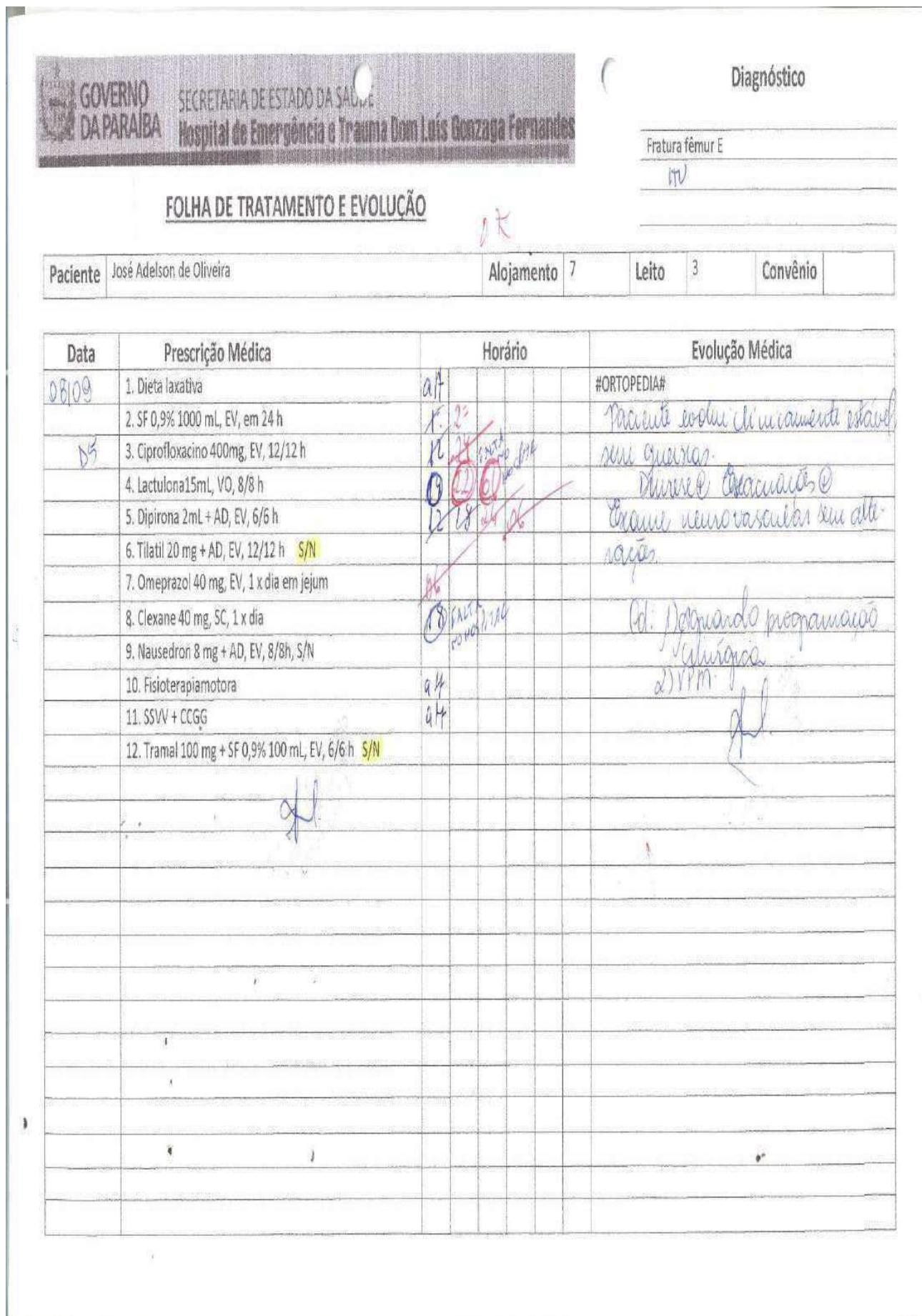
Deficiência cognitiva

Parecer do enfermeiro(a):

*Karoline Michely*  
*Cabral Lima Marques*  
*ENFERMEIRA*  
*07/09/19* Enfermeiro(a): *SLM*

Data: *07/09/19* Enfermeiro(a): *SLM*





18-09-14 15:00hrs

PA = 120x70

FC = 62

FR = 18

T = 36,8°C

PS = 0,9 HgH 30,0

PA = 120x80

T = 30 (selado)

08109112 - Paciente consciente, com humor de bala, agitado e desorientado, com alterações circulatórias.



Fratura fêmur E

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

09

Paciente	José Adelson de Oliveira	Alojamento	7	Leito	3	Convênio
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/10/14	1. Dieta laxativa	10/10/14	#ORTOPEDIA#
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	10/10/14	Paciente evolui estabilizado e sem intercorrências
	3. Ciprofloxacino 400mg, EV, 12/12 h	10/10/14	Dolor (++) / EVACU, S/ (++)
	4. Lactulona 15mL, VO, 8/8 h	10/10/14	desconforto eufônico
	5. Dipirona 2mL + AD, EV, 6/6 h	10/10/14	EXAME NEUROLOGICO NORMAL
	6. Tilatil 20 mg + AD, EV, 12/12 h S/N	10/10/14	#CD. VPM
	7. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum	10/10/14	
	8. Clexane 40 mg SC, 1 x dia	10/10/14	
	9. Nauseodron 8 mg + AD, EV, 8/8h, S/N	10/10/14	
	10. Fisioterapiamotora	10/10/14	
	11. SSVV + CCGG	10/10/14	

Assinatura

Agnaldo L. P. Junior

CRM-PB 9116

Agnaldo L. P. Junior

MEDICO

CRM-PB 9116



$\frac{67}{99}$  16.002 T 39°C P 1  $\frac{520}{90}$  80  
14  
07-09-14 20/20 T: 36°C P: 10980 P+



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Isa Odileide da Oliveira 7-3

Admissão: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Idade: 62 Sexo: ( )M ( )F

Procedência: Olhos Novo

Quênia atual: \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais:

- |  |   |                                    |                                      |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AVC                 | <input type="checkbox"/> Distúrbio Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> TBC       | <input type="checkbox"/> Asma        |
| <input type="checkbox"/> Doença Degenerativa | <input type="checkbox"/> TVP                    | <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Cardiopatia |
| <input type="checkbox"/> Obesidade           | <input type="checkbox"/> Neoplasia              | <input type="checkbox"/> Câncer    | <input type="checkbox"/> Tabagismo   |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo          |   |                                    |                                      |

Cirurgias anteriores: (X) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

Alergia: ( ) Sim (X) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

2. EXAME FÍSICO:

CABEÇA / PESCOÇO

- Couro cabeludo: (X) Sem alterações ( ) Alopecia  
( ) Cicatriz ( ) Lesão

Obs: \_\_\_\_\_

- Olhos: (X) Sem alterações ( ) Hiperemia ( ) Uso de óculos  
( ) Nistagmo ( ) Diplopia ( ) Catarata  
( ) Deficiência visual. Qual? \_\_\_\_\_

- Ouvidos: ( ) Sem alterações ( ) Uso de prótese ( ) Secção  
( ) Disfagia ( ) Disfalia ( ) Afasia  
( ) Lesão tópica ( ) Glânglio local: \_\_\_\_\_

Mucosas: (X) Coradas ( ) Hipocorada

Obs: \_\_\_\_\_

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: \_\_\_\_\_ rpm

- Tórax: (X) Sem alterações ( ) Simétrico ( ) Fratura  
( ) Expansibilidade torácica conservada  
( ) Caterer central  
( ) Drenos \_\_\_\_\_

- Padrão respiratório: (X) Espnéico ( ) Dispnéico ( ) Taquipnéico ( ) Bradipnéico  
( ) Espontâneo ( ) Traqueostomizado

Em uso: ( ) Macronebulização

Suporte Mecânico: ( ) Sim (X) Não

- Modo Ventilatório: ( ) Máscara de Venturi \_\_\_\_\_%  
( ) LTV 1000 Fio: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ Sat. O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
( ) BIPAP por TQT ( ) BIPAP por máscara \_\_\_\_\_

Tosse: ( ) Seca ( ) Expectorado - cor / aspecto da secreção \_\_\_\_\_

Auscultação respiratória: Murmúrios vesiculares ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

Local: \_\_\_\_\_

- ( ) Ruidos adventícios ( ) Roncos ( ) Siblos ( ) Estertores  
( ) Crepitantes local: \_\_\_\_\_

Mamas: ( ) Sem alterações ( ) Presença de nódulos ( ) Mastectomia \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

MOD: 09



Padrão Circulatório:  Normocárdico  Bradicárdico  Taquicárdico  
 Pausa ritmica  Pausa arritmica  
 Dor Torácica:  Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_  
 Pulso Periférico:  Presente  Cheio  Fíliforme  
 Ausente - Local: \_\_\_\_\_  
 Rede venosa periférica:  Normal  Fragilidade Capilar  
 Acesso Venoso:  Periférico \_\_\_\_\_  Central \_\_\_\_\_  Dissecção \_\_\_\_\_  
 Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA CASTROINTESTINAL

Abdômen:  Flácido  Tenso  Distendido  Doloroso - Local: \_\_\_\_\_  
 Plano  Globoso  Aséptico  
 RHA:  Presente  Ausente - Local: \_\_\_\_\_  
 Drenos: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_  
 Alterações na Percussão:  Timpanismo  Maciez  SNG  SNE  Gavagem  
 Êmese:  Ausente  Presente dia. OBS: \_\_\_\_\_  
 Hábito Intestinal: Frequência \_\_\_\_\_ dia  Uso de medicação:  
 Flatulência  Obstipação  Diarréia \_\_\_\_\_/dia  Melena

#### SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese:  Disúria  Hematuria  Nictúria  Poliúria  Oligúria  Anúria  
 Polaciúria  Urgência mictoral  Incontinência  Hemodialise  SVA  
 Bexiga neurogênica  SVD  Cistostomia  Diálise peritoneal  
 Genital Feminino:  Sem alterações  Leucorréias  Amenorrea  Menopausa  DST  
 Genital masculino:  Sem alterações  Presença de secreção \_\_\_\_\_  
 Edema  DST  
 Perineo:  Sem alterações  Hiperemia  Lesão \_\_\_\_\_  
 Pêsoço:  Sem alterações  Rigidez na nuca  Gânglios  
 Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele:  Normocorada  Hipocorada  Icterícia  Cianótica  
 Turgor/elasticidade \_\_\_\_\_  
 Edema \_\_\_\_\_  Hematoma \_\_\_\_\_  
 Úlcera de decúbito: \_\_\_\_\_

Mobilidade:  Ativa  Passiva \_\_\_\_\_  
 MMSS: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos \_\_\_\_\_  
 Edema \_\_\_\_\_  
 MMII: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos \_\_\_\_\_  
 Edema \_\_\_\_\_  
 Alterações esqueléticas:  Sem alterações  Lordose  Cifose  Escoliose

#### AVALIAÇÃO MENTAL

Estado emocional:  Calmo  Tenso  Agressivo  Preocupado  
 Estado cognitivo:  Capaz de Atender quando solicitado  Capaz de aprender as orientações  
 Deficiência cognitiva

Parecer do enfermeiro(a): *paciente desorientado, fala devagar*

Data: 06/09/2019 Enfermeiro(a): *W. S. G. S.*



### Fratura fêmur E

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente José Adelson de Oliveira Alojamento 7 Leito 3 Convênio



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

7-3

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Adelton de Oliveira

Admissão: / / Hora: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Procedência: \_\_\_\_\_

Queixa atual:

racineq apurada amigd

Antecedentes Pessoais:

- ( ) AVC ( ) Distúrbio Psiquiátrico ( ) Tuberculose ( ) Asma  
( ) Doença Degenerativa ( ) TVP ( ) Convulsão ( ) Cardiopatia  
( ) Obesidade ( ) Neoplasia ( ) Câncer ( ) Tabagismo  
( ) Alcoolismo

Cirurgias anteriores: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): pacas 3 mes

Alergia: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

2. EXAME FÍSICO:

CABEÇA / PESCOÇO

Couro cabeludo: ( ) Sem alterações ( ) Alopecia  
( ) Cicatriz ( ) Lesão

Obs: \_\_\_\_\_

Olhos: ( ) Sem alterações ( ) Hiperemia ( ) Uso de óculos  
( ) Nistagmo ( ) Diplopia ( ) Catarata  
( ) Deficiência visual. Qual?: \_\_\_\_\_

Orofaringe: ( ) Sem alterações ( ) Uso de prótese ( ) Sucção  
( ) Disfagia ( ) Disfalia ( ) Afasia  
( ) Lesão tipo: \_\_\_\_\_ ( ) Gangan local: \_\_\_\_\_

Mucosas: ( ) Coradas ( ) Hipocorada

Obs: \_\_\_\_\_

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: \_\_\_\_\_ rpm

Tórax: ( ) Sem alterações ( ) Simétrico ( ) Fratura

( ) Expansibilidade torácica conservada

( ) Cateter central \_\_\_\_\_

( ) Drenos \_\_\_\_\_

Padrão respiratório: ( ) Eupneico ( ) Dispnéico ( ) Taquipneico ( ) Bradipneico

( ) Espontâneo ( ) Traqueostomizado

Em uso: ( ) Macronebulização

Supporte Mecânico: ( ) Sim ( ) Não

Modo Ventilatório: ( ) Máscara de Venturi %

( ) LTV 1000 Fio2: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ Sat. O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

( ) BIPAP pur TQT ( ) BIPAP pur máscara \_\_\_\_\_

Tosse: ( ) Seca ( ) Expectorado - cor / aspecto da secreção \_\_\_\_\_

Auscultação respiratória: Murmúrios vesiculares ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

Local: \_\_\_\_\_

( ) Ruidos adventícios ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores

( ) Creptantes local: \_\_\_\_\_

Mamas: ( ) Sem alterações ( ) Presença de nódulos ( ) Mastectomia \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

MOD. 09

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ mmHg PVC: \_\_\_\_\_ em H.0  
Padrão Circulatório:  Normocárdico  Bradicárdico  Taquicárdico  
 Pulo rítmico  Pulo arrítmico

Dor Torácica:  Não  Sim - Tipo: \_\_\_\_\_

Pulso Periférico:  Presente  Cheio  Fisiiforme  
 Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Rede venosa periférica:  Normal  Fragilidade Capilar

Acesso Venoso:  Periférico \_\_\_\_\_  Central \_\_\_\_\_  Dissecção \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdômen:  Flácido  Tenso  Distendido  Doloroso - Local \_\_\_\_\_  
 Plano  Globoso  Aséptico

RHA:  Presente  Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Drenos: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

Alterações na Percussão:  Timpanismo  Maízvez  SNG  SNE  Gárgara

Êmese:  Ausente  Presente \_\_\_\_\_ dia. OBS: \_\_\_\_\_

Hábito Intestinal: Frequência \_\_\_\_\_ dia  Uso de medicação:  
 Flatulência  Obstrução  Diarréia \_\_\_\_\_ dia  Melema

#### SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese:  Disúria  Hematuria  Nictúria  Poliúria  Oligúria  Anúria  
 Polaciúria  Urgência miccional  Incontinência  Hemodialise  SVA  
 Bexiga neurogênica  SVD  Cistostomia  Diálise peritoneal

Genital Feminino:  Sem alterações  Leucorréias  Amenorréa  Menopausa  DST

Genital Masculino:  Sem alterações  Presença de secreção \_\_\_\_\_

Edema  DST

Períneo:  Sem alterações  Hiperemia  Lesão \_\_\_\_\_

Pescoço:  Sem alterações  Rigidex na nuca  Gângrios: \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele:  Normocorada  Hipocorada  Ictericia  Cianótica  
 Turgor/dasticidade \_\_\_\_\_  
 Edema \_\_\_\_\_  Hematoma \_\_\_\_\_  
 Úlcera de decúbito: \_\_\_\_\_

Mobilidade:  Ativa  Passiva \_\_\_\_\_

MMSS: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos

Edema

MMIII:  Tração/Placas/Pinos *Liquido*

Edema

Alterações esqueléticas:  Sem alterações  Lordose  Cifose  Escoliose

#### AVALIAÇÃO MENTAL

Estado emocional:  Calmo  Tenso  Agressivo  Preocupado

Estado cognitivo:  Capaz de Aprender quando solicitado  Capaz de aprender as orientações

Deficiência cognitiva

Parecer do enfermeiro(s):

*paciente desorientado, perdeu*  
*consciência*

Data: *05/09/14* Enfermeiro (s): \_\_\_\_\_

*Caroline Michely*  
*Caroline Lima Mota*  
*ENFERMEIRA*  
*05/09/14*



Fix de l'œil E.

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<u>José Albeno de Oliveira</u>	Alojamento	2	Leito	3	Convênio
----------	--------------------------------	------------	---	-------	---	----------



09/12/2019 T 36.7°C P21 100  
8.0

1

Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250591800000026116100>  
Número do documento: 19121315250591800000026116100

Num. 27054554 - Pág. 8

Ok

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

### Pré-OP:

۱۰۷

Paciente José Adelson de Oliveira Alojamento \_\_\_\_\_ Leito 7 Convênio 3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/09	1. Dieta livre laxativa		# Ortopedia #
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	200 500	
	3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h	12/18 24/06	Paciente evolui com história de
	4. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N		01 pico febril ( $\pm 39^{\circ}\text{C}$ ) e com
	5. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N		desmaio de canal após retinada
	6. Omeprazol 40 mg, EV, 1x dia em jejum (se fizer Tilatil)		durante o sono queimou em SVD.
	7. Clexane 40 mg, SC, 1x dia	18	Tratamento: Clexane reanava
	8. Nauseodron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos		cular seu alívio.
	9. SSVV + CCGG		#CD: 1) VPM.
21	10. Ciprofloxacin 400mg, IV, 12/12h	19/24	
	11. Icostibolone, 15ml, VO, 8/8h	19/22/06 F	
	12. Riluzol SPD		
	13. Resopatol proufusional da útima intubação		



04-09-14 20:45. PÁ = 120x80 T=37°C Result.

2100 ruína com 2 quadrados mortos, sem

minhas, KUN, não, todos são feras.

MAPA

2100 ruína com 2 quadrados mortos, sem

KUN

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Adolfo de Oliveira Sexo:  M  F  
Admissão: 26/08/2014 Hora: 22:13 Idade:

Procedência: Alagoas Data: 03

Queixa atual: Inflamação de Glândula Estercoanal, perinfeccional

#### Antecedentes Pessoais:

- AVC  Distúrbio Psiquiátrico  TBC  Asma  
 Doença Degenerativa  TVP  Convulsão  Cardiopatia  
 Obesidade  Neoplasia  Câncer  Tabagismo  
 Alcoolismo

Cirurgias anteriores:  Sim  Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

Alergia:  Sim  Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

#### 2. EXAME FÍSICO:

##### CABEÇA/PESCOÇO

Couro cabeludo:  Sem alterações  Alopecia  
 Cicatriz  Lesão

Obs:

Olhos:  Sem alterações  Hiperemia  Uso de óculos  
 Nistagmo  Diplopia  Catarata  
 Deficiência visual. Qual?

Orofaringe:  Sem alterações  Uso de prótese  Sucção  
 Disfagia  Distalalia  Afasia  
 Lesão tipo: \_\_\_\_\_  Ganglio local: \_\_\_\_\_

Mucosas:  Coradas  Hipocoradas

Obs:

##### SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: \_\_\_\_\_ rpm

Tórax:  Sem alterações  Simétrico  Fratura  
 Expanibilidade torácica conservada  
 Cateter central: \_\_\_\_\_  
 Drenos: \_\_\_\_\_

Padrão respiratório:  Eupnélico  Dispneico  Taquipnéico  Bradipnéico  
 Espontâneo  Traqueostomizado

Em uso:  Macronebulização

Supporte Mecânico:  Sim  Não

Modo Ventilatório:  Máscara de Venturi: \_\_\_\_\_ %

LTV 1000 FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ Sat. O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

BIPAP por TQT  BIPAP por máscara: \_\_\_\_\_

Tosse:  Seca  Expectoração - cor / aspecto da secreção: \_\_\_\_\_

Auscultação respiratória: Murmúrios vesiculares:  Presentes  Ausentes  Diminuídos

Local:

Ruidos adventícios  Roncos  Sibilos  Estertores  
 Crepantes locais: \_\_\_\_\_

Mamas:  Sem alterações  Presença de nódulos  Mastectomia: \_\_\_\_\_

Obs:



FC: 100 bpm PA: 100 x 70 mmHg PVC: em H2O Taup: 37°C  
Padrão Circulatório: (  ) Normocárdico (  ) Bradicárdico (  ) Taquicárdico  
(  ) Pulso ritmico (  ) Pulso arritmico

Dor Torácica: (  ) Não (  ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_

Pulso Periférico: (  ) Presente (  ) Cheio (  ) Fluiiforme  
(  ) Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Rede venosa periférica: (  ) Normal (  ) Fragilidade Capilar

Acesso Venoso: (  ) Periférico \_\_\_\_\_ (  ) Central \_\_\_\_\_ (  ) Dissecção \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdômen: (  ) Flácido (  ) Tenso (  ) Distendido (  ) Doloroso - Local \_\_\_\_\_  
(  ) Plano (  ) Globoso (  ) Ascítico

RHA: (  ) Presente (  ) Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Dreoss: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

Alterações na Percussão: (  ) Timpanismo (  ) Maciez (  ) SNG (  ) SNE (  ) Gavagem

Êmese: (  ) Ausente (  ) Presente dia. OBS: \_\_\_\_\_

Hábito Intestinal: Frequência dia (  ) Uso de medicação: \_\_\_\_\_

      (  ) Flatulência (  ) Obstipação (  ) Diarréia dia (  ) Melena

#### SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese: (  ) Disúria (  ) Hematuria (  ) Nictúria (  ) Poliúria (  ) Oligúria (  ) Anúria  
(  ) Polaciúria (  ) Urgência miccional (  ) Incontinência (  ) Hemodialise (  ) SVA  
(  ) Bexiga neurogênica (  ) SVD (  ) Cistostomia (  ) Diálise peritoneal

Genital Feminino: (  ) Sem alterações (  ) Encorréias (  ) Amenorréa (  ) Menopausa (  ) DST

Genital Masculino: (  ) Sem alterações (  ) Presença de secreção \_\_\_\_\_  
(  ) Edema (  ) DST

Perineo: (  ) Sem alterações (  ) Hiperemia (  ) Lesão \_\_\_\_\_

Pescoço: (  ) Sem alterações (  ) Rigidex na nuca (  ) Ganglios

Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele: (  ) Normocorada (  ) Hipocorada (  ) Icterícia (  ) Crônótica  
(  ) Turgor/elasticidade \_\_\_\_\_  
(  ) Edema \_\_\_\_\_ (  ) Hematoma \_\_\_\_\_  
(  ) Úlcera de decubito: \_\_\_\_\_

Mobilidade: (  ) Ativa (  ) Passiva \_\_\_\_\_

MMSS: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos \_\_\_\_\_

(  ) Edema \_\_\_\_\_

MMII: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos \_\_\_\_\_

(  ) Edema \_\_\_\_\_

Alterações esqueléticas: (  ) Sem alterações (  ) Lordose (  ) Cifose (  ) Escoliose

#### AVALIAÇÃO MENTAL

Estado emocional: (  ) Calmo (  ) Tensso (  ) Agressivo (  ) Preocupado

Estado cognitivo: (  ) Capaz de Atender quando solicitado (  ) Capaz de aprender as orientações

(  ) Deficiência cognitiva

Parceria com enfermeira(a):  
*Parceria assumida com profissional*  
*Regular*

Data: 04/09/2016 Enfermeiro(a): Flávia



## Diagnóstico

fe de favor (E)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP: OK

Paciente José Adelson de Oliveira Alojamento  Leito  Convênio



03.09.14 PA | 120x90 mmHg  
14:30 + | 37.2 °C

2014-09-03 14:30  
120x90 mmHg  
37.2 °C

03/09/14 T = 36 120x90 mmHg  
solo 66 Reunião de  
aparelhos de ressuscitação  
de uso de ressuscitação  
afiliada ao Sefaz e os cuiado

SPF

10.10.2014 120x90 mmHg

04/09/14 PA = 120x90 mmHg  
07:40hs, gaveta: 228  
T: 39°C

04/09

120x90 mmHg

for. 120x90 mmHg



## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Adilson de Oliveira

Admissão: 11/11/2019 Hora: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

#### Procedência:

Lagoa Seca

#### Quinta atual:

202

#### Antecedentes Pessoais:

- ( ) AVC ( ) Distúrbio Psiquiátrico ( ) Tubercolose ( ) Asma  
( ) Doença Degenerativa ( ) TVP ( ) Convulsão ( ) Cardiopatia  
( ) Obesidade ( ) Neoplasia ( ) Câncer ( ) Tabagismo  
( ) Alcoolismo

Cirurgias anteriores: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

Alergia: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

### 2. EXAME FÍSICO:

#### CABEÇA / PESCOÇO

Couro cabeludo: ( ) Sem alterações ( ) Alopecia  
( ) Cicatriz ( ) Lesão

Obs: \_\_\_\_\_

Olhos: ( ) Sem alterações ( ) Hiperemia ( ) Uso de óculos  
( ) Nistagmo ( ) Diplopia ( ) Catarata  
( ) Deficiência visual. Qual?: \_\_\_\_\_

Orofaringe: ( ) Sem alterações ( ) Uso de prótese ( ) Sucção  
( ) Disfagia ( ) Disfalia ( ) Afasia  
( ) Lesão tópica: ( ) Ganglio local: \_\_\_\_\_

Mucosas: ( ) Coradas ( ) Hipocoradas

Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: 10 rpm

Tórax: ( ) Sem alterações ( ) Simétrico ( ) Fratura

( ) Expansibilidade torácica conservada

( ) Cateter central

( ) Drenos

Padrão respiratório: ( ) Eupnéxico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéxico ( ) Bradipnéxico  
( ) Espontâneo ( ) Traqueostomizado

Em uso: ( ) Macronebulização

Supporte Mecânico: ( ) Sim ( ) Não

Modo Ventilatório: ( ) Máscara de Venturi \_\_\_\_\_ %

( ) LTV 1000 Flô2: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ Sat. O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

( ) BIPAP por TQT ( ) BIPAP por máscara \_\_\_\_\_

Tosse: ( ) Seca ( ) Expectorado - cor / aspecto da secreção

Ausculta respiratória: Murmúrios vesiculares ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

Local: \_\_\_\_\_

( ) Ruidos adventícios ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores

( ) Creptantes local: \_\_\_\_\_

Mamas: ( ) Sem alterações ( ) Presença de nódulos ( ) Mastectomia

Obs: \_\_\_\_\_

0.097

FC: 76 bpm PA: 110 x 80 mmHg PVC: \_\_\_\_\_ em Hg

Padrão Circulatório: (  ) Normocárdico (  ) Bradicárdico (  ) Taquicárdico  
(  ) Pulso ritmico (  ) Pulso arritmico

Dor Torácica: (  ) Não (  ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_

Pulso Periférico: (  ) Presente (  ) Cheio (  ) Fíliforme  
(  ) Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Rede venosa periférica: (  ) Normal (  ) Fragilidade Capilar

Acesso Venoso: (  ) Periférico \_\_\_\_\_ (  ) Central \_\_\_\_\_ (  ) Dissecção \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

#### SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdômen: (  ) Plácido (  ) Tenso (  ) Distendido (  ) Doloroso - Local \_\_\_\_\_  
(  ) Plano (  ) Globoso (  ) Ascítico

RHA: (  ) Presente (  ) Ausente - Local: \_\_\_\_\_

Drenos: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

Alterações na Percussão: (  ) Timpanismo (  ) Maciez (  ) SNG (  ) SNE (  ) Garagem

Êmese: (  ) Ausente (  ) Presente \_\_\_\_\_ dia. OBS: \_\_\_\_\_

Hábito Intestinal: Frequência \_\_\_\_\_ dia (  ) Uso de medicação: \_\_\_\_\_

(  ) Flatulência (  ) Obstipação (  ) Diarréia \_\_\_\_\_/dia (  ) Melena

#### SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese: (  ) Diúria (  ) Hematuria (  ) Nicoturia (  ) Poliúria (  ) Oligúria (  ) Anúria  
(  ) Polaciúria (  ) Urgência miccional (  ) Incontinência (  ) Hemodiálise (  ) SVA  
(  ) Bexiga neurogênica (  ) SVD (  ) Cistostomia (  ) Dílise peritoneal

Genital Feminino: (  ) Sem alterações (  ) Leucorréias (  ) Amenorrea (  ) Menopausa (  ) DST

Genital Masculino: (  ) Sem alterações (  ) Presença de secreção \_\_\_\_\_  
(  ) Edema (  ) DST

Períneo: (  ) Sem alterações (  ) Hiperemia (  ) Lesão \_\_\_\_\_

Pescoco: (  ) Sem alterações (  ) Rigidiz na nuca (  ) Gânglios

Obs: \_\_\_\_\_ ( *verdade* )

#### SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele: (  ) Normocorada (  ) Hipocorada (  ) Icterícia (  ) Cianótica

(  ) Turgor/elasticidade \_\_\_\_\_

(  ) Edema \_\_\_\_\_ (  ) Hematoma \_\_\_\_\_

(  ) Úlcera de decúbito: \_\_\_\_\_

Mobilidade: (  ) Ativa (  ) Passiva \_\_\_\_\_

MMSS: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos \_\_\_\_\_

(  ) Edema \_\_\_\_\_

MMII: \_\_\_\_\_ Tração/Placas/Pinos \_\_\_\_\_

(  ) Edema \_\_\_\_\_

Alterações esqueléticas: (  ) Sem alterações (  ) Lordose (  ) Cifose (  ) Escoliose

#### AVALIAÇÃO MENTAL

Estado emocional: (  ) Calmô (  ) Tenso (  ) Agressivo (  ) Preocupado

Estado cognitivo: (  ) Capaz de Atender quando solicitado (  ) Capaz de aprender as orientações

(  ) Deficiência cognitiva

Parecer do enfermeiro(a):

*Timpulura 36.5*

Data: 02/09/14 Enfermeiro (a): Rosana Góes Ferreira





## Folha de Tratamento e Evolução

## Diagnóstico

## Fix de ferme (E)

11

OK

Paciente) Tonó Adelson de Oliveira      Alojamento) 4      Leito) 3      Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/09/14	1) Duta larotax		
	2) SE 0,9% 1000ml EV, 24h	12	12/09/14
	3) Dipyridona 2ml + AD EV, 6/6h	18	
	4) Ibutil 20mg, EV, 12/12h SN		
	5) Omeproxel 40mg + AD EV, 1x ao dia	06	
	u administrar Ibutil		
	6) Clexane 40mg, SC 1x ao dia	18	
	7) Lactulona 15ml, VO 8/8h	09	12/09/14
	8) SSSV 1 + CCCa.	12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	
		15	
		18	
		21	
		24	
		27	
		30	
		03	
		06	
		09	
		12	

1000





## Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) José Wilson da Olívica

## Algiamento)

4

Leito 3

Convênio )







SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

### Diagnóstico:

## Fratura Fêmur E

Folha de Tratamento e Evolução





**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes**

### Diagnóstico:

## Fratura Fêmur E

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente: José Adelson de Oliveira				Alojamento: 04 Leito: 01	
Data:	PRESCRIÇÃO MÉDICA		Horário		
31/08/14	Dieta oral livre	Larotiva			#Ortopedia:
	SEI 9% 1000mL EV 24h		18	22	
	Diprofona 02 mL + AD EV 5/6h		17	18	19/20
	Tilitil 20mg + AD EV 12/12h S/N				Pele roxa instável, or intercorrâm- cias: Diurese (2) Fecacções (2). Acute clim- laxação.
	Omeprazol 40mg + AD EV 1x/dia, se administrar Tilitil				
	Clexane 40mg SC 1x/dia		18		
	SSVV+CCGG		14	15/16	
	Locitulona 15mL VO 8/8h		22	16	Ao exame: F.G3, const. e or. intactos Ap. musc. - erg.: n/alterações.
	<i>Dr. José Adelson de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CNPJ: 08.9233</i>		<i>(Dol: 1) VPA</i>		
			<i>Dr. José Adelson de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CNPJ: 08.9233</i>		



3/03/14 22:00 T39<sup>00</sup> P30 L30 PA 20x20 prevent cálculo  
completar, em instalação  
em fundação, aparente  
remodelar a secção em SVD  
em beneficiar, fundação  
executiva e banheira de luta  
m. c. p. m. ~~lata~~





**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes**

### Diagnóstico:

## Fratura Fêmur E

## Folha de Tratamento e Evolução



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:08  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912131525071560000026116102>  
Número do documento: 1912131525071560000026116102

Num. 27054556 - Pág. 6

30.03.14

PT.120X80

P.82

R.18

Andréia Pantoja Lito

Tracado acervo Vinesco

~~SECRETARIA DE CULTURA  
TÉCNICO DE ARTE  
CAROLINA VIANA~~

30.03.14

PT.120X80

P.80

R.18





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

MISTO

### Diagnóstico:

FMJ-10A FCWNR(1)

4-1

6

Folha de Tratamento e Evolução

José Adelison de Oliveira



29/08/14 ~ 22:00m ~ P.s. 130/80mmHg ~ Bruscă evoluconcent, scrisă  
abrupție, vomite cu emfază vom fecal, și într-o etapă mai târziu  
renso peritoneal multă în MSE, scăzută atenție, văzută CCO, 10 cm ~

64km

What is the difference between the two types of *heterotrophs*?



## Diagnóstico

Fracture per planum  
frons (E).

## Folha de Tratamento e Evolução

Paciente )	Zeni Piedron de Alvaro Trefjans	Alojamento )	Leito )	Convênio )
------------	---------------------------------	--------------	---------	------------

100-095



## Folha de Tratamento e Evolução

FRACTURE FEMUR (E)

9 10

Paciente) ~~JOSE ALEXANDER DE ALVAREZ TRUJILLO~~

## Alloggiamento

Leito ) Convênio )





Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Sara Adilton de Oliveira

Alojamento )  | Leito )

Convênio )

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/08	① Nicata livre	5 TT	Origem: 3/9/2011.
	② SRL 1500 ml CV 24h	8 2 <sup>o</sup> 3 <sup>o</sup>	Diagnóstico estabelecido, com sintomas sempre mais agudos que os anteriormente.
	③ Piperaiva tampa + AD CV	82 18 90 00	Resposta. Recuperação.
	④ filatil 20mg AD CV 6h	17/1h	Evolução favorável, com alterações transitorias.
	⑤ Omeprazol 40mg cl 1/1d	06	Uso hospitalar.
	⑥ Ocloxane 100mg SC 1/1d	10	
	⑦ Cefo + SSW	07	







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

Se(a): JOSE ABELSON DE OLIVEIRA TRAJANO  
 Dri(a): SCHUBERT COSTA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES  
 Protocolo: 0000163427  
 Data: 27/08/2014 15:28  
 Idade: 45 anos  
 RG: 30164-AM-000  
 Orgão: 0000163427

POLYMER

## HEMIGRAMA

Page 11

#### **Referências**

卷之三

SELEÇÃO VERMELHA		5,27 milhões/mm <sup>3</sup>	5,27 a 5,6 milhões/mm <sup>3</sup>
Eritrócitos		14,8 g/dL	12,5 a 16,7 g/dL
Hemoglobina		44 g	38,3 a 51,3 g
Sedimento		83 fL	80,9 a 92,1 fL
V.C.M.		28 pg	27,4 a 31,3 pg
H.C.M.		34 g/dL	32,3 a 36,7 g/dL
C.G.C.V.			

SÉRIE BRANCA

Leucocytes 5.200 /mm<sup>3</sup> 5.000 à 10.700 /mm<sup>3</sup>  
(%) ( /mm<sup>3</sup> )

Nombre	Unidad	Media	Desv. Est.	Min.	Max.
Promielocitos		0	0		
Mielocitos		0	0		
Metamielocitos		0	0		
Bastonetes	4,0	208	13,3 ± 1,1	180	240
Segmentados	75,0	3.900	63,8 ± 6,0	3.800	4.000
Esosmafílos	4,0	208	13,3 ± 1,1	180	240
Basófilos	0	0	9,3 ± 3,1	0	70
 Mielocitos					
Tipicos	10,0	520	23,3 ± 5,5	3.000	3.400
Atípicos	0	0	0		
Márcocitos	7,0	364	1,9 ± 1,2	0	1.000
CONTARTE DE PLACAS	162.000 mm <sup>3</sup>			10.000	100.000 mm <sup>3</sup>

## DETERMINES

### Contagens repetidas e confirmadas

*Albertus*  
Ute Marianne L. M. Marins  
CRF-PR-1463



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:08  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250715600000026116102>  
Número do documento: 19121315250715600000026116102

Num. 27054556 - Pág. 15

Sra: JOSE ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO Protocolo 000010347 RG: 10000000000000000000  
Dr(a): SCHUBERT COSTA Data: 27-08-2014 15:28 Cidade: MELAÇÔNA  
Conselho: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 45 anos Data: 02/09/2014

PROVAS DE COAGULAÇÃO

PROVA DE COAGULAÇÃO 27/08/2014 15:28

Material: SANGUE

	Resultado	Valor de Referência
TEMPO DE KARLSON (TT)	1'30"	13 a 17 segundos
TEMPO DE COAGULAÇÃO (ACTT-Quick)	9'00"	5 a 11 segundos

*Marcos Antônio Inácio da Silva*  
Dr. Marcos Antônio Inácio da Silva  
CRF-PB 1063

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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Pr(a): JOSE ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO Protocolo: 0000161427 RG: 240321  
Dr(a): SCHUBERT COSTA Data: 27-08-2014 15:28 Onger: 4022.MH1212  
Comunio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 45 anos Dónde: 4022.MH1212

GLICOSE (JEJUM) 109 mg/dl

Valores de Referência:  
Adulto-gesta: 70 a 100 mg/dl - Crianças.....(1 a 10) a 100 mg/dl  
Adulto..... 70 a 99 mg/dl - Adolescentes..... 70 a 109 mg/dl  
1 a 5 dias..... 10 a 99 mg/dl - > 60 anos > 100 mg/dl a 119 mg/dl  
Nº 100 mg/dl - 100 mg/dl - 100 mg/dl a 109 mg/dl  
Sobrepeso: Valores iguais ou iguais que 125 mg/dl  
NOTA: Este resultado só pode ser considerado para 2009/2010  
NOTA: Este resultado só pode ser considerado para 2009/2010  
NOTA: Este resultado só pode ser considerado para 2009/2010  
NOTA: Este resultado só pode ser considerado para 2009/2010

*Liliane*  
Liliane Mariana L. M. Mariano  
CRF-PB 1163



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250715600000026116102>  
Número do documento: 19121315250715600000026116102

Num. 27054556 - Pág. 17



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



Sra(a): JOSE ADILSON DE OLIVEIRA TRAJANO  
Protocolo: 0000163271  
RG: 24.111.000-1  
Dr(a): PALMIERINDO MENDONÇA  
Data: 27/09/2014 08:24  
Órgão: AGUINAVELA  
Convenio: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIZ G. FERNANDES  
Idade: 45 anos  
Peso: 66,310000

HEMOCRAMA

(DATA DA COLETA: 27/09/2014 08:22 )

Resultados Valores de referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.75 milhões/mm <sup>3</sup>	4.1 ± 0.3 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	14,1 g/dL	13,3 a 15,3 g/dL
hematócrito	42 %	39,0 a 47,5 %
V.T.C.	88 fL	81,0 a 91,0 fL
E.T.C.	30 pg	21,0 a 31,0 pg
G.C.C.M.	34 g/dL	32,4 a 36,2 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	6.300 /mm <sup>3</sup>	3.100 a 10.000/mm <sup>3</sup>
(%)	(/mm <sup>3</sup> )	
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	4,0	252
Segmentados	84,0	5.292 11 ± 79 fL = 1.430 a 4.500 fL/mm <sup>3</sup>
Eosinófilos	1,0	63 2,0 a 6,0 % = 63 ± 337/mm <sup>3</sup>
Basófilos	0	0 1,0 a 3,0 = 104.100 a 306.100/mm <sup>3</sup>
Linfócitos		
Tipicos	10,0	630 20 a 45 % = 1.400 a 3.300 /mm <sup>3</sup>
Atípicos	0	0
Monócitos	1,0	63 2,0 a 10 % = 468 a 3.000/mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS	170.000/mm <sup>3</sup>	140.000 a 300.000/mm <sup>3</sup>

OBSEVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

  
Carola R. Matos  
CPF: 888-148



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250715600000026116102>  
Número do documento: 19121315250715600000026116102

Num. 27054556 - Pág. 18

Seq: JOSE ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO Protocolo: 0000163271 RG: 00000000000000000000  
Dado: PALMERINO MENDONCA Data: 27-05-2014 08:24 Ofcer: 00000000000000000000  
Conselho: HOSPITAL DE TRAUMAS D LUIZ G FERNANDES Idade: 45 anos Detal: 00000000000000000000

**PROVAS DE COAGULAÇÃO**

DATA DA COLETA: 27/05/2014 08:24  
PROVIMENTO SANGUE:

	Resultado	Valor de Referência
TEMPO DE KARL-FISCHER	1'00"	1 a 3 minutos
TEMPO DE SANGRAMENTO (KPT)	6'00"	3 a 11 minutos



Carlos A. S. Andrade  
CR 699 144

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



Sejor: JOSE ADELSON DE OLIVEIRA TRAVANO Protocolo: 0000163271  
Data: SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA Data: 27-08-2014 (08:24) RG: 00000000000000000000  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 45 anos  
Sexo: MASCULINA

GLICOSE (JEJUM) 118 mg/dl

Intervalo de referência:  
Homens: 80 a 100 mg/dl - Mulheres: 90 a 100 mg/dl  
Menos de 100 mg/dl - Normal: 100 a 120 mg/dl  
1 a 3 dias: 80 a 100 mg/dl - (1 a 3 dias e mais: 80 a 110 mg/dl)  
Mais de 120 mg/dl - Olhos: Glicose urinária: 110 a 120 mg/dl  
Síndrome de intolerância a glicose: 140 a 160 mg/dl  
Nota: Pode haver variação de glicose no sangue para diferentes  
níveis de atividade. Recomenda-se fazer o exame de jejum - normal, 8 a 12 horas. Deve ser confirmado por seu médico.

Carlos A. R. Marques  
(06-PB146)



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250715600000026116102>  
Número do documento: 19121315250715600000026116102

Num. 27054556 - Pág. 20

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: José Nelson de Oliveira IDADE: 51 SEXO: M  
IMC: 24.03.14 PROCEDEDÊNCIA: PROFISSÃO:

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

( Assintomática) ( Sintomática) ( Oligosintomática)

SINTOMAS: N/A

- |   |  |   |
|---|--|---|
| ( <input type="checkbox"/> Cefaléia             | ( <input type="checkbox"/> Tontura     | ( <input type="checkbox"/> Síncope      |
| ( <input type="checkbox"/> Disnéia de esforço   | ( <input type="checkbox"/> Grande      | ( <input type="checkbox"/> Pequena      |
|   | ( <input type="checkbox"/> Média       | ( <input type="checkbox"/> Orthopnéia   |
| ( <input type="checkbox"/> Palpitações          | ( <input type="checkbox"/> Tosses Seca | ( <input type="checkbox"/> Expectoração |
| ( <input type="checkbox"/> Dor Precordial       | ( <input type="checkbox"/> Tipica      | ( <input type="checkbox"/> Atípica      |
| Relacionada: ( <input type="checkbox"/> Esforço | ( <input type="checkbox"/> Emoções     | ( <input type="checkbox"/> Frio         |
|   |  | ( <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO: N/A

- |   |   |  |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|
| ( <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | ( <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar       | ( <input type="checkbox"/> DPOC                      | ( <input type="checkbox"/> Outros  |
| ( <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus              | ( <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva | ( <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana |                                    |
| ( <input type="checkbox"/> Arritmias                      | ( <input type="checkbox"/> Insuf. Renal               | ( <input type="checkbox"/> Aguda                     | ( <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS: N/A

- |  |   |
|--|---|
| ( <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: | ( <input type="checkbox"/> Tabagismo    |
| ( <input type="checkbox"/> Etilismo                | ( <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| ( <input type="checkbox"/> Dislipidemia            | ( <input type="checkbox"/> Cirúrgico    |
|  | ( <input type="checkbox"/> Outros       |

Medicamentos em uso: ( Não) ( Sim)

4 - EXAME FÍSICO:

( Estado Geral ( Bom) ( Regular) ( Comprometido) ( Precário) ( Altura) ( Peso)

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR 27, BNF, anam.

FC: 72 b.p.m P.A.: 130x87 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: L & V4

Abdômen - Comentários: NDN

Membros Inferiores - Comentários: Fratura a ord.

5 - E.C.G.: Normal

Ex. Laboratoriais:

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

- |  |   |
|--|---|
| ( <input checked="" type="checkbox"/> Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)                        | ( <input type="checkbox"/> Risco elevado) |
| ( <input type="checkbox"/> Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)                                 | ( <input type="checkbox"/> Risco elevado) |
| ( <input type="checkbox"/> Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)                       | ( <input type="checkbox"/> Risco elevado) |
| ( <input type="checkbox"/> Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar) | ( <input type="checkbox"/> Risco elevado) |

Obs.:

Ass. do Médico



GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO  
DA PARAÍBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	José Alves				PRONTUÁRIO:		
IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENE:	LEITO:
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A					

DADOS CLÍNICOS:

100 60 80

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

100 60 80

Carimbo e Assinatura do Médico

URGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA <input type="checkbox"/>	
DATA: 13/12/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Med. 002



GOVERNO DA PARAÍBA	SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	REQUISIÇÃO DE EXAMES
-----------------------	---	----------------------

NOME:	<i>José Pedro de Oliveira</i>				PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A			ENF: LEITO:

DADOS CLÍNICOS:
-----------------

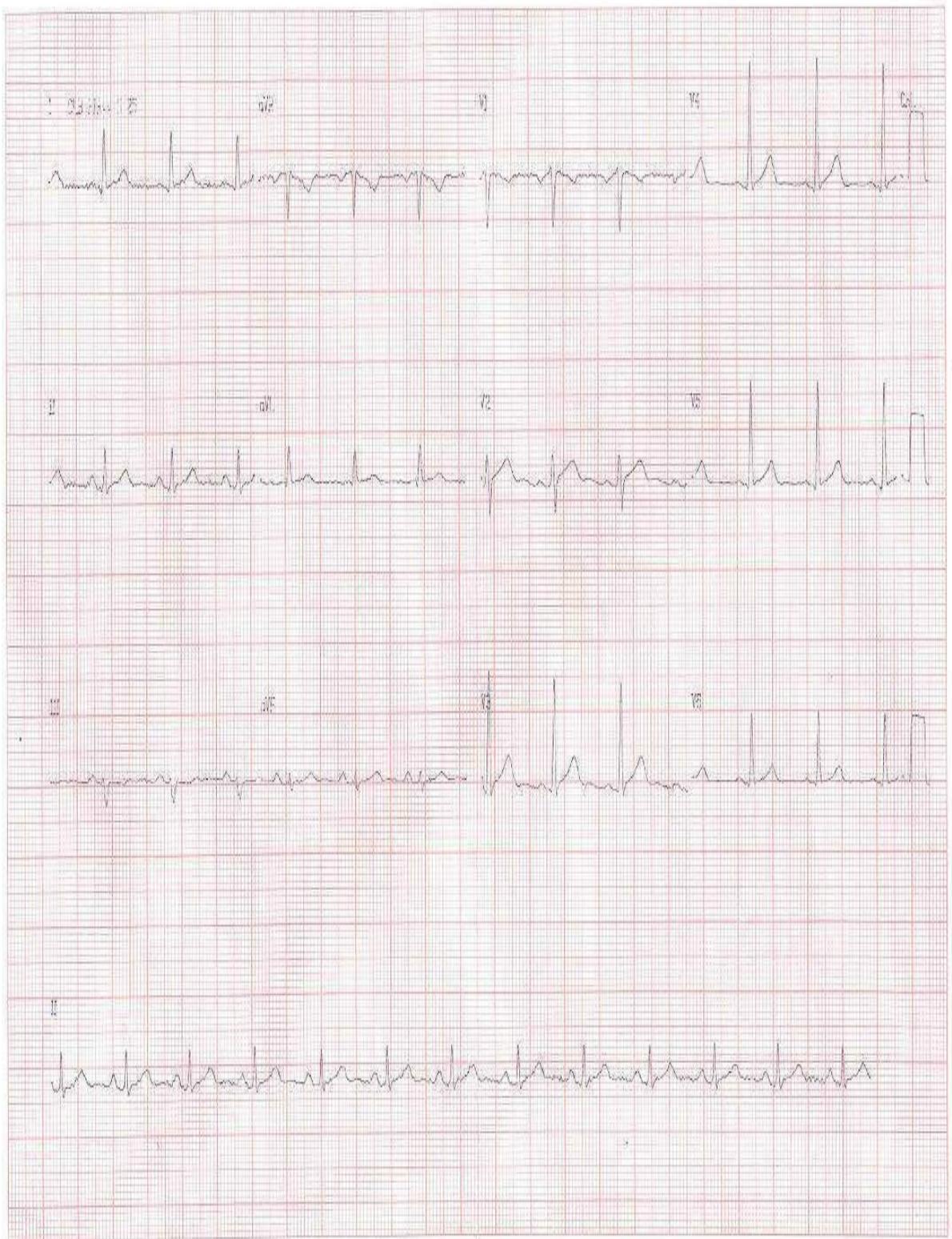
MATERIAL A EXAMINAR:
----------------------

EXAMES SOLICITADOS:	<i>Ec e laudo.</i>	
URGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico <i>[Assinatura]</i>
DATA: <i>26/08/14</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO?	
Med. 002		



José Adelson de Oliveira

21.08.14 158m/s





À Tento para os devils fobs  
que o pacote Adelou de  
Oliven trojano e por fader  
de material de scuter em  
femur (E) devils a accidente  
ocorreu em 2014, confirmado  
em exame radiografico,  
apresentando o menor grau  
de dor anormal e descolorido.

T84.9

184.9

16.05.19.

Dr. B. Wong-Jila, J.M.D.  
Orthopaedic Traumatologist  
C.M.H. 507-3 P.R.  
C.M.H. 507-3 P.R.

Av. Floriano Peixoto, 151 - Centro | Campina Grande - PB  
(83) 3099-1400



 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>(Via da parte)</p> <p><b>Número do boleto:</b> 003.2.19.01969/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 13/12/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Grande	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p><b>Data de vencimento:</b> 31/12/2019</p>
<p><b>Número da guia:</b> 003.2019.601969      <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias</p> <p><b>Detalhamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Custas Processuais: R\$ 506,60</li> <li>- Taxa Judiciária: R\$ 141,75</li> <li>- Despesas processuais postais: R\$ 39,03</li> <li>- Taxa bancária: R\$ 1,35</li> </ul> <p><b>Promovente:</b> ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO E MARIA</p> <p><b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO</p> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.</li> <li>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.</li> </ul>			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,66</p> <p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p> <p><b>Parcela:</b> 1/1</p> <p><b>Valor total:</b> R\$ 688,73</p> <p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p>
<p>866300000068 887309283182 520191231007 321901969014</p> 			<p><b>Valor final:</b> R\$ 688,73</p>

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>(Via do processo)</p> <p><b>Número do boleto:</b> 003.2.19.01969/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 13/12/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Grande	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p><b>Data de vencimento:</b> 31/12/2019</p>
<p><b>Número da guia:</b> 003.2019.601969      <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias</p> <p><b>Promovente:</b> ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO E <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</p> <p><b>Detalhamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despesas processuais postais: - Cartas R\$ 39,03</li> </ul>			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,66</p> <p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p> <p><b>Parcela:</b> 1/1</p> <p><b>Valor total:</b> R\$ 688,73</p> <p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p>
			<p><b>Valor final:</b> R\$ 688,73</p>

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>(Via do banco)</p> <p><b>Número do boleto:</b> 003.2.19.01969/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 13/12/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Grande	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7	<p><b>Data de vencimento:</b> 31/12/2019</p>
<p><b>Número da guia:</b> 003.2019.601969      <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias</p> <p><b>Detalhamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Custas Processuais: R\$ 506,60</li> <li>- Taxa Judiciária: R\$ 141,75</li> <li>- Despesas processuais postais: R\$ 39,03</li> <li>- Taxa bancária: R\$ 1,35</li> </ul> <p><b>Promovente:</b> ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO E MARIA</p> <p><b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO</p> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.</li> <li>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.</li> </ul>			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,66</p> <p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p> <p><b>Parcela:</b> 1/1</p> <p><b>Valor total:</b> R\$ 688,73</p> <p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p>
<p>866300000068 887309283182 520191231007 321901969014</p> 			<p><b>Valor final:</b> R\$ 688,73</p>





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 003.2019.601969      **Data Vencimento:** 31/12/2019      **Data Emissão:** 13/12/2019

**Comarca:** Alagoa Grande

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO E MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

**Valor da Causa:** R\$ 9.450,00

**Despesas Processuais:** R\$ 39,03      **Custas:** R\$ 506,60      **Taxa:** R\$ 141,75

**Total da Guia:** R\$ 687,38

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

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA - 13/12/2019 15:25:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121315250951100000026116105>  
Número do documento: 19121315250951100000026116105

Num. 27054559 - Pág. 2

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
COMARCA DE ALAGOA GRANDE  
Juízo do(a) Vara Única de Alagoa Grande  
Residencial Ernesto Cavalcante, S/N, Centro, ALAGOA GRANDE - PB - CEP: 58388-000  
Tel.: ( ) ; e-mail:  
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

---

v.1.00

## DECISÃO

Nº do Processo: 0802178-35.2019.8.15.0031

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [SEGURO]

AUTOR: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO, MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Vistos, etc.

**Adelson de Oliveira Trajano**, qualificado nos autos, residente no município de Alagoa Nova-PB, ingressou com uma ação cobrança de seguro DPVAT em face do Líder Seguradora S/A, também qualificado, pelos motivos expostos na petição inicial.

No caso dos autos a parte autora reside no município de Alagoa Nova, cuja Comarca é na cidade de Alagoa Nova—PB, conforme cópia do seu endereço residencial, id n, acostado no evento inicial.

Sendo assim, **declaro a incompetência absoluta do Juízo da Comarca de Alagoa Grande para processar e julgar o presente feito**, determinando, por conseguinte, a **remessa** dos autos para uma das Varas da Comarca de Alagoa Nova-PB, **mediante remessa eletrônica**, o que faço com esteio nas disposições do art. 45 c/c art. 64, ambos do Código de Processo Civil.

Decorrido o prazo recursal, **proceda-se** com baixa na distribuição e demais cautelas de estilo.

Publique-se. Intimem-se as partes desta decisão.

Cumpra-se. Diligências necessárias.

Publique-se. Intime-se.

ALAGOA GRANDE-PB, em 16 de janeiro de 2020

JOSE JACKSON GUIMARAES

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 16/01/2020 17:23:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011617234109100000026543809>  
Número do documento: 20011617234109100000026543809

Num. 27507223 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0802178-35.2019.8.15.0031

PARTE A SER INTIMADA: (X ) Promovente ( )Promovido(a)

Fica Vossa Senhoria intimado de todo o teor do(a):

( ) despacho ID:

(X ) decisão ID: **27507223**

( ) sentença ID:

Alagoa Grande/PB, 6 de fevereiro de 2020

IVONALDO FARIAS MONTENEGRO  
Técnico(a) Judiciário(a)

PARA VISUALIZAR O(A) DESPACHO OU DECISÃO OU SENTENÇA ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>. NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 20011617234109100000026543809



Assinado eletronicamente por: IVONALDO FARIAS MONTENEGRO - 06/02/2020 16:52:08  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020616520833900000027054404](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020616520833900000027054404)  
Número do documento: 20020616520833900000027054404

Num. 28047785 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE ALAGOA NOVA

0802178-35.2019.8.15.0031

AUTOR: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO, MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA

PROMOVIDO: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Endereço: Edifício Citibank\_\*\*, 100, Rua da Assembleia, Edifício Citytower, 17 andar, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

**DESPACHO**

Visto etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita em favor da parte autora.

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

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

4. Apresentada contestação, a parte autora deve ser **intimada** para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, conforme os arts. 350 e 351 do NCPC, podendo, inclusive, corrigir eventual irregularidade ou vício sanável no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do art. 352 do NCPC.

5. Após a apresentação da impugnação, ou esgotado o prazo, as partes devem **especificar as provas** que pretendem produzir, nos termos do art. 370 do NCPC, justificando-as, sob pena de indeferimento, conforme o art. 370, parágrafo único, do NCPC. Na mesma oportunidade, as partes deverão informar se existe interesse na tentativa de conciliação. **Assinalo o prazo de 05 (cinco) dias.**

Diligências necessárias.

Alagoa Nova, data eletrônica.

**Francilene Lucena Melo Jordão**  
**Juíza de Direito**



Assinado eletronicamente por: FRANCILENE LUCENA MELO - 19/03/2020 14:31:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031914314104100000028181693>  
Número do documento: 20031914314104100000028181693

Num. 29252358 - Pág. 1

CITAÇÃO À PARTE PROMOVIDA PARA CUMPRIMENTO DO DESPACHO DESTE JUÍZO, NO PRAZO DE 15 DIAS, CUJO DESPACHO SEGUE ANEXO.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO MARCOS BEZERRA DE MELO - 08/06/2020 11:04:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060811040516200000030079412>  
Número do documento: 20060811040516200000030079412

Num. 31353825 - Pág. 1