



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	
ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO (AUTOR)		MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA (ADVOGADO)	
MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA (AUTOR)		MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27054322	13/12/2019 15:27	Petição Inicial	Petição Inicial
27054324	13/12/2019 15:27	1 PETIÇÃO INICIAL	Documento de Identificação
27054328	13/12/2019 15:27	2 PROCURAÇÕES	Procuração
27054331	13/12/2019 15:27	3 DOCS PESSOAIS	Documento de Identificação
27054332	13/12/2019 15:27	4 COMP DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
27054334	13/12/2019 15:27	5 CERTIDÃO DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
27054337	13/12/2019 15:27	6 DOC DO VEICULO	Documento de Comprovação
27054343	13/12/2019 15:27	7.1 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 1	Documento de Comprovação
27054347	13/12/2019 15:27	7.2 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 2	Documento de Comprovação
27054554	13/12/2019 15:27	7.3 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 3	Documento de Comprovação
27054556	13/12/2019 15:27	7.4 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 4	Documento de Comprovação
27054558	13/12/2019 15:27	7.5 DOCS COMPROBATORIOS PARTE 5	Documento de Comprovação
27054559	13/12/2019 15:27	8 GUIA DE CUSTAS	Documento de Comprovação
27507223	16/01/2020 17:23	Decisão	Decisão
28047785	06/02/2020 16:52	Expediente	Expediente
29252358	19/03/2020 14:31	Despacho	Despacho
31353825	08/06/2020 11:04	Expediente	Expediente

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, 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 INTERRUÇÃO 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 do 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

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, 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 INTERRUÇÃO 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



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 do 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 incontestado 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

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

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

www.marcosinacio.adv.br



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?
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
ESCREVER

PROCURAÇÃO

2º Ofício de Notas de Esperança-PB
CADASTRO / CNJ - 113327
ÔNIO EMMANUEL LYRA
Tabelião designado

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 Nº 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) Sitio São Tomé, s/n, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por 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 nº 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) Sitio 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) Sitio 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 nº. 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





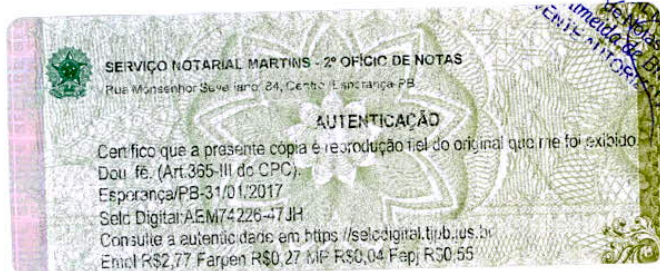
movimentar com cartão magnético, assinar, endossar e sacar cheques, requerer e receber talões de cheques, saldos e extratos bancários, receber salários, fazer retiradas, assinar formulários, guias, fazer requerimentos, apresentar, juntar e retirar documentos, receber quaisquer quantias de direito do(a)(s) 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 DECORRENTES 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. Traslada 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 -

SERVIÇO NOTARIAL MARTINS - 2º Ofício de Notas
2º Ofício de Notas



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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROCURAÇÃO

Livro: 15
Folha(s): 189 à 190

2º Ofício de Notas de Escrivão-PB
CADASTRO CNJ 13327
ÔNIO EMMANUEL LYRA
Tabelião designado

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 púbere TANELLE 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; o

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 alçada de 60 (sessenta) salários mínimos, teto destes órgãos da justiça, ou em qualquer outro Juízo, 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 às 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 CONDENÇÃO JUDICIAL, RENUNCIAR A QUAISQUER VALORES SUPERIORES AO TETO DOS JUIZADOS ESPECIAIS EM RAZÃO DE EVENTUAL AJUIZAMENTO NO PRECEDIMENTO 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, subscrevo 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. Traslada hoje. Lavrada em 31 de Janeiro de 2017, às fls. 189 a 190. Emolumentos: R\$ 44,32; Taxa FARPEN: 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: ADX66018-7EZ5 - 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





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.183.018 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 23/11/04

NOME MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA SOUZA

FILIAÇÃO João Severino de Oliveira
Elvira Vitória de Oliveira

NATURALIDADE Campina Grande PB DATA DE NASCIMENTO 06/04/1962

DOC. ORIGEM Cert. Cas. 2345.fls.18.liv.B/07A.
Cart. Esperança - PB

CPF 024.348.774-60

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

053.323.714-97

Nome

ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO

Nascimento

17/10/1970



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

Classe/Subcl: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Cristó Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro 9 - 77 - 695 - 5160
NP medidor: 00008558120

Referência: Mar / 2017
Emissão: 16/03/2017

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.923-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.690.827
Código para Débito Automático: 00019924610

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

OC (Unidade Consumidora) 571502461-5

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

16/03/2017

Data prevista da
próxima leitura

13/04/2017

CPF / CNPJ / RANI

78592863820

Isco-Ext

Fatura em anexo

20/02/2017 72,21

23/01/2017 93,02

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/16 219
Mai/16 226
Abr/16 276
Mar/16 234

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
13/02/17	10038	16/03/17	10268	1
				250
				31

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	250	0,30819	77,04
Adic. B / Amarela			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

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	121,08	1,2610	1,58
COFINS	121,08	5,9362	7,18

Média dos últimos meses
231

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Área

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,84	4,38	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,89		
DIC ANUAL	47,79		
FIC MENSAL	1,92	2,00	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	16,84		LIMITE INFERIOR 231
FIC ANUAL	31,28		
DMIC	6,53	1,03	LIMITE SUPERIOR
DICRI	16,80		

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	26,82	31,45
Compra de Energia	37,18	40,58
Serviço de Transmissão	1,98	2,16
Encargos Setoriais	11,33	12,37
Impostos Diretos e Encargos	12,30	13,43
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	91,62	100,00

Valor do EUSD (Ref. 1/2017) R\$ 28,15

ATENÇÃO

REAVISO: Caso a fatura(s) acima mencionada(s) em atraso o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/03/2017. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Subvenção DEC 7.881/13 R\$ 33,02 Isento ICMS

Energisa PARAIBA

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

23/03/2017

R\$ 91,62

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





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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, 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; **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 O. Souza

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



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

PRT DET 20090000044159-1° 6348252330

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM R.T.B. EXERCÍCIO

1 799346217 2009

NOME / ENDEREÇO

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO
58155000 SOLEDADE-PB

CPF / CGC PLACA

55035906787 MOU2912

PLACA ANT. I.D.E. CHASSI

NOVO PB 9C6KE044030011483

EST. E MODELO COMBUSTÍVEL

PAS/MOD. C. I.E./ GASOLINA

YAMAHA/YBR 125K 2003 2003

CATEGORIA CONT. RED. CANT. E

2 P/124 /CI PARTIC BEGE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

1ª *****
2ª *****
3ª *****

IPVA PAGO EM 26/02/2009

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

A *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 26/02/2009

OBSERVAÇÕES

A. F. BCO IABNTAMRO REAL S.A. TÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

DATA

SOLEDADE-PB 27/02/2009 5629

34663

Marcos Alberio Brasileiro Lima
Chefe do Divisão de Registro de Veículos

PB Nº 6348252330 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME / ENDEREÇO

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO
58155000 SOLEDADE-PB

CPF / CGC PLACA

55035906787 MOU2912

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PBNº 6348252330 EXERCÍCIO DATA EMISSA

2009 27/02/2009

NOME / ENDEREÇO

FRANCISCO DE ASSIS COUTO
RUA CARLOS ANDRE FRANCA 19
CENTRO

CPF / CGC PLACA

1 55035906787 MOU2912

COD. RENAVAM MARCHA / MODELO

799346217 YAMAHA/YBR 125K

ANO FAB. COTAS CHASSI

2003 9 9C6KE044030011483

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

***** SEGURO P A G O

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** 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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12814833

Pag. 01607/01608 - carta_16 - INVALIDEZ

00020804







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





**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): Adelson de Oliveira
Trasano

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE **INTERNADO(A)** NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 542 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

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dra. Jaylla Duarte
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PB 9233

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





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

Janecléide M. Costa Sampaio
ENFERMEIRA
COREN 110600

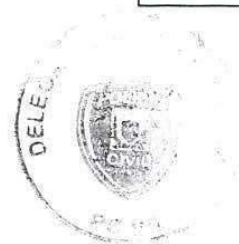
JANECLEIDE MARIA COSTA SAMPAIO
COORDENADORA SAMU 192 ALAGOA NOVA – PB
COREN 110600 PB





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

Página Nº _____
Rubrica _____



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 ____/____/____

Maria Auxiliadora de O. Souza
Assinatura e matrícula

PolOffice



Diagnóstico

fx de fêmur e periplaca

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP: 20/09

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12/09	1. Dieta livre		# Ortopedia #
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h		Paciente evolui clinicamente estável, sem queixas.
	3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h		Interesse em evacuações.
D	4. Cefazolina 01g, EV de 8/8h		Exame neurovascular sem alterações.
	5. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N		Em uso analgésico de forma leve e seca.
	6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N		#CD: 1) VIM - alta da ortopedia e orientações.
	7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia		
	8. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tilatil)		
	9. Nauseidron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos		
	10. SSVV + CCGG		
	11. Curativo diário		
	12. Alta hospitalar		



12/09/14 Paciente insuportável com alça hospitalar

Karoline Michaly
Cabral Lima Marques
ENFERMEIRA
COREN 116.707-95

de
no dia 12/09/14 por
no hospital a partir de 12/09/14

de 12/09/14 até 12/09/14
por 12/09/14 até 12/09/14

12/09/14



Diagnóstico

Lx de fêmur E pruxplaca

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP: 10/10

Paciente	fox jodelson de Oliveira	Alojamento	7	Leito	3	Convênio	
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/09	1. Dieta livre	de	# Ortopedia #
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	18/18	Paciente evolui clinicamente
	3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h	12/18	estável, sem queixas
D	4. Cefazolina D1g, EV de 8/8h	12/18	durante observação.
	5. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N	12/18	Praxe neurovascular sem af-
	6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N	12/18	nações
	7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia	12/18	FO com curativo oculto
	8. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tilatil)	12/18	
	9. Nauseidron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos	12/18	#CD: 1/1PM
	10. SSVV + CCGG	12/18	
	11. Anático diário	12/18	
	12. Retirar dreno	12/18	





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: *Jose Adelson de Oliveira Teófilo*
 IDADE: *45 anos* SEXO: ☒ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO: *26.08.1969*
 SETOR: *ORTOPEDIA* LEITO: *7-3*
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: *fratura de fêmur, perfuro.*
 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: *Quirando-2 de dor no local da ferida.*

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:
 PRESENÇA DE ESCARA: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:
 PRESENÇA DE ÚLCERA: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:
 ALERGIAS: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: ☐ HIPOTENSO ☒ NORMOTENSO ☐ HIPERTENSO
 SISTEMA NEUROLÓGICO: ☐ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☒ ORIENTADO
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☐ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☒ EUPNEIA ☐ BRADIPNEIA
 SIST. GENTOURINÁRIO: ☐ NORMAL ☐ POLÚRIA ☐ OLIGURIA ☐ SUD
 (DIURESE) ☐ DISÚRIA ☐ DISTONIA ☐ ANÚRIA
 MOBILIDADE: ☐ DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA COM APOIO ☒ ACAMADO ☐ SÍ DEFICITE MOTOR
☐ TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO
 JT. GAS. PONTISTINAL: ☒ VO ☐ SNG ☐ SNE
 (DIETA)
 ESTADO NUTRICIONAL: ☒ NUTRIDO ☐ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO
 DADOS VITAIS: PA: T: FR: FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☒ RISCO DE QUEDA COFR
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO COFR
☒ RISCO DE INFECÇÃO COFR
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal COFR
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL COFR
☐ RISCO DE SANGRAMENTO COFR
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO COFR
☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO COFR
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA COFR
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ COFR
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA COFR
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA COFR
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA COFR
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR COFR
☐ COFR
☐ COFR
☐ COFR
☐ COFR

CO: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS	<i>12/12/16</i>	
<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 ASEPTICA SE HOUVER SUJIDADE		
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO 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 O2A ILUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		

MCO 028



Diagnóstico

fx de fêmur E peroneo

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Jose Jackson de Oliveira Alojamento) Leito) Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/09	1) Dieta livre, VO, após efeito anestésico		# (Fotopod) # 701
	2) SFO 97.3000uf, IV, em 24h	JF 2F 3F 4F 5F 6F	Paciente submetido à orquiectomia
POI	3) Cefazolina 1g, IV, 818h	22 06	de fx de fêmur com sucro-
DT	4) Cefepoxacina 400mg, IV, 1211h	12 24	no e sem intercorrências
	5) Dupirona 5ml + AD, IV, 616h	18 24 06	
	6) Metol 20mg + AD, IV, 1211h	18 24 06	Ed. 11/7M.
	7) Tramal 100mg + SFO 97.1000uf, IV, 616h, Med. interna		2) Solicito radiografia de controle.
	8) Quetiapina 40mg + AD, IV, pela manhã, seiso de Hlati		
	9) Plexane 40mg, SC, 1x dia (12 horas após procedimento cirúrgico)	29 24 06	
	10) Naloxon 01FA + AD, IV, 818h, se náuseas ou vômitos ou 20 min antes do tramal		
	11) SFA x raxano		
	12) Curativo diário		
	13) SIV + CCGQ	etc	

Dr. Jaylla Duarte Melo
Médico de Emergência
CRM: 29.923.23

MOD. 036





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

10/09/14

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <i>João Adilson da Silva</i>					
IDADE:	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	AS:	H:
SETOR:	LEITO: <i>4.3</i>				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESEÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESEÇA DE ÚLCERA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPO TENSÃO <input type="checkbox"/>	NORMOTENSÃO <input type="checkbox"/>	HIPO TENSÃO <input type="checkbox"/>	<i>med. quilo</i>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	<i>quilo</i>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEIA <input type="checkbox"/>	TACAPNEIA <input type="checkbox"/>	<i>SpO2: 96%</i> <input checked="" type="checkbox"/>	ELIPNEIA <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEIA <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO:	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLÚRIA <input type="checkbox"/>	SND <input type="checkbox"/>	
(DIURESE)	DUSURIA <input type="checkbox"/>	GISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÁMBULA <input type="checkbox"/>	DEÁMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARÊSIA <input type="checkbox"/>	RESTRIÇÃO NO PEITO <input checked="" type="checkbox"/>	
SIST. GAS. INTESTINAL:	<i>Apne</i> VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	<i>dieta de suco</i>	
(DIETA)	<i>anafilaxia</i>			<i>M.E</i>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC: <i>77 bpm</i>	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA					CO/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO					CO/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO					CO/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal					CO/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLUCEMIA INSTÁVEL					CO/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO					CO/FR:
<input type="checkbox"/> DEBITO CARDÍACO DIMINUÍDO					CO/FR:
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO					CO/FR:
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA					CO/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CO/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CO/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CO/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CO/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE TRAUMA VASCULAR					CO/FR:
<input type="checkbox"/>					CO/FR:
<input type="checkbox"/>					CO/FR:
<input type="checkbox"/>					CO/FR:
<i>Amely B. Almeida</i>					CO/FR:
<i>Allysa de Almeida Bastos</i>					CO/FR:
ASSINATURA					CO/FR:
COREN-PB: 411.028					CO/FR:
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					CO/FR:
PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA			
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS					
<input type="checkbox"/> REALIZAR BALANÇO HÍDRICO					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLUCEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE CURATIVO, COM TÉCNICA ASSEPTICA SE HOUVER SUJIDADE					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FISIOLÓGICO EM INJECÇÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES					
<input type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE					
<input type="checkbox"/> VERIFICAR PRESEÇA 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 12 A 20MM DU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA					

MCO 128





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

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

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

ALTA
SRPA

Assinatura do anestesiologista



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIS GONZAGA FERNANDES		ENFERMEIRA	LEITO	INFORMAÇÃO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME	DATA	IDADE	SEXO	COR
13/12/2019		2046 D. DE OLIVEIRA	19			
DATA	PRESSIONAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜEO	HEMOGLOBINA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	UREIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA BRONquite		
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO				DIÉTETAS	PRESCRIÇÃO	AP. URINÁRIO
ESTADO MENTAL				ATRAVANCOS	CORTICOIDES	ALERGIA HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO				RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRE-ANESTESIA				APLICADA	AS	EFEITO

ANESTESIA SILVA	LÍQUIDOS	CURSOS IL. O. - RESPIRAÇÃO VP. ART. - ANESTESIA O. - OPERAÇÃO	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	NOÇÃO
				Satisf. Excl. Tóse
				Laringo espasmo Lenta
				Náuseas Vômitos
				Outros
				MANUTENÇÃO
				ANESTESIA SATISF.: Sim Não
				Não, por quê?
				DESPERTAR
				Reflexos na SO
				Odeir. CO. Excl.
				Náuseas Vômitos
				Outros
				Com náusea
				Pare o quê? Sim Não
				CONDIÇÕES
				POSICÃO
				AGENTES
				TÉCNICA
				OPERAÇÃO
				QUIRÓTECO
				ANESTESISTAS
				OBSERVAÇÕES
ANOTAR, NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS				PERDA SANGÜÍNEA

MTO 04

FOLHA DE ANESTESIA - 9908



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



CEP:50060 - 050 Fone/ (81) 3431.4960

Cel: 819 452 1153 - 8815 0345

E-mail: tmcirurgica@hotmail.com

PEDIDO DE FATURAMENTO

NONE DO HOSPITAL

Hospital de trauma

CICADE •

Campina Grande

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Jose, Adelson de Oliveira

Nº DE PRONTUÁRIO:

MAH

CÓD. PROCEDIMIENTO

CONVENIO

1139 650

565

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DATA DA UTILIZAÇÃO	DATA DA COMUNICAÇÃO	MEIO DE RESPONSÁVEL - CRM
20.08.16		Dr. Wlaersom

OBSERVAÇÕES:

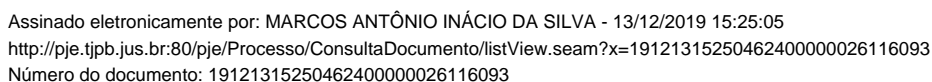
42-1 Haste de Amur - Bolívia: Su. 03.09.12

01 CX grande pag. 4,5 - Lot. Nc - Ev. 22.09.16

01. cy paral. 4,5. lot: n/c. Dv. 22.09.16

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Lidiane



Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	fori polímero de Clonaz	Alojamento)	Leito)	Convênio)
-----------	-------------------------	-------------	--------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/01	1) Difenidramina 10mg, IV, 8h		
	2) SFO 91300uf, IV, 8h		
10/01	3) Clonazepam 1mg, IV, 8h		
07	4) Clonazepam 1mg, IV, 8h		
	5) Dipirona 1000mg, IV, 6h		
	6) Ketorolac 30mg + AD, IV, 12h		
	7) Tramadol 100mg + SFO 91300uf, IV, 6h		
	8) Clonazepam 1mg + AD, IV, 8h		
	9) Paracetamol 400mg, SC, 1x dia		
	10) Paracetamol 400mg + AD, IV, 8h		
	11) SFO 91300uf, IV, 8h		
	12) Paracetamol 400mg, SC, 1x dia		
	13) SFO 91300uf, IV, 8h		

MOC 035





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
José Roberto de Oliveira			
Data da Operação	Enf.	Leito	
10/09/14			
Operador	1º Auxiliar		
Dr. Wilson	Dr. Palmarino		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Dr. Vitor	Dr. Fyfe		
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura por placa de feixe E			
Tipo de Operação			
Osteossíntese de feixe feixe E			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Quase normal			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Não			
Acidente Durante a Operação			
Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral
1) Paciente em decúbito dorsal, sob efeito da anestesia;
2) Anestesia e antissepsia;
3) Posicionamento de campos estéreis;
4) Acesso em face lateral de coxa E;
5) Direção por plano;
6) Retirada de material de fixação (placa longa xcp e parafusos corticais);
7) Redução manual + compressa do eixo da nova placa;
8) Redução exata da fratura;
9) Fixação das fraturas com placa xcp e parafusos corticais;
10) Lavagem exaustiva de 10 min com água;
11) Sutura por planos;
12) Curativo.

Mod 018



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

Sistema União da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2 3 6 2 8 5 6
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2 3 6 2 8 5 6
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
for. Adelson de Oliveira	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CDD - IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Paciente com fratura de fêmur por placa e há 15 dias	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Hx cirúrgica	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Exame físico Radiografias	
20 - DIAGNÓSTICO FINAL	21 - CID 10 PRINCIPAL
Hx de fêmur e	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Hx cirúrgica	
26 - CLÍNICA	27 - DATA DE INTERNAÇÃO
Ultrassom	
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CONS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE
() CNES () CPF	0159987474000
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Spencer & Duarte Neto	10/09/14
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO	36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAUMA
37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - CNPJ DA EMPRESA
41 - CATEGORIA DA EMPRESA	42 - CDD
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREENHADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> JAPRESTATO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - CDD - CDD ÓRGÃO EMISOR
46 - Nº DOCUMENTO (CONS/CP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Diagnóstico

Fratura fêmur E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-op OK

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09/09	1. Dieta laxativa <i>7h30 em estu</i>		#ORTOPEDIA#
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	12 24	Paciente evolui clinicamente
06	3. Ciprofloxacino 400mg, EV, 12/12 h	12 24	estável, sem queixas. Algo desconforto
	4. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N		durante avaliação
	5. Dipirona 2mL + AD, EV, 6/6 h	12 18 24 06	Exame neurovascular sem alte-
	6. Tilatil 20 mg + AD, EV, 12/12 h S/N		rações.
	7. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tilatil)		Deformidade em pé D e E - "pé
	8. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia	18 FALTA	caído"
	9. Nauseadron 8 mg + AD, EV, <i>corer 20 min antes do Tramal</i>		
	S/N ou se vômitos ou enjôos		Col: 1) oxigeno optima de satur
	10. Fisioterapia motora		no leito
	11. SSVV + CCGG	14 FALTA	2) Atentar p/ higiene do
	12. Lactulona 15mL, VO, 8/8 h	14 22 06	pti. equipe de enferma-
	13. Realizar pontuação de último		gem
	intimamente		3) VPM
	14. Ajeitar tração ligo		4) Solicitar resumo
	15. Atentar p/ higiene pessoal		

Dra. Janyla Oliveira M. MD
Ortopedia Traumatologia
CRM - RJ 9733

Dra. Janyla Oliveira M. MD
Ortopedia Traumatologia
CRM - RJ 9733



08/09 15:00

PA= 130x80

FC= 80

FR= 16

T= 37,5°C

Assinado eletronicamente por:
MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA
13/12/2019 15:25:05

09/09/14 21:50

Paciente consciente, acordado,
sem dor de cabeça, eliminação
segue com cuidados de enfermagem.

PA= 140 x 80 T= 36,6

Assinado eletronicamente por:
MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA
13/12/2019 15:25:05





HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Adilson de Oliveira
Admissão: 1 / 1 / 1 Hora: 1 Idade: 1 Sexo: (☒) M (☐) F
Procedência: 1

Queixa 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 (☐) Sucção
(☐) Disfagia (☐) Dislalia (☐) Afasia
(☐) Lesão tipo: (☐) Glânglio local:

Mucosas: (☒) Coradas (☐) Hipocorada

Obs.:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: 1 rpm

Tórax: (☒) Sem alterações (☐) Simétrico (☐) Fratura
(☐) Expansibilidade torácica conservada

(☐) Cateter central(☐) DrenosPadrão respiratório: (☒) Eupnéico (☐) Dispneico (☐) Taquipnéico (☐) Bradipnéico(☐) Espontâneo (☐) TraqueostomizadoEm uso: (☐) MacronebulizaçãoSuporte Mecânico: (☐) Sim (☐) NãoModo Ventilatório: (☐) Máscara de Venturi %(☐) LTV 1000 FiO₂: PEEP: Sat. O₂:(☐) BIPAP por TQT (☐) BIPAP por máscaraTosse: (☐) Seca (☐) Expectoração - cor / aspecto da secreção:Ausculta respiratória: Murmúrios vesiculares (☐) Presentes (☐) Ausentes (☐) Diminuídos

Local:

(☐) Ruídos adventícios (☐) Roncos (☐) Sibilos (☐) Estertores(☐) Crepantes local:Mamas: (☒) Sem alterações (☐) Presença de nódulos (☐) Mastectomia

Obs.:



FC: _____ bpm PA: _____ mmHg PVC: _____ em H₂O

Padrão Circulatório: (☒) Normocárdico (☐) Bradicárdico (☐) Taquicárdico
(☐) Pulso rítmico (☐) Pulso arritmico

Dor Torácica: (☒) Não (☐) Sim Tipo: _____

Pulso Periférico: (☒) Presente (☐) Cheio (☐) Filiforme
(☐) 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 (☐) Macídez (☐) SNG (☐) SNE (☐) Gavagem

Êmese: (☐) Ausente (☐) Presente _____ dia. OBS.: _____

Hábito Intestinal: Frequência _____ dia (☐) Uso de medicação: _____

(☐) Flatulência (☐) Obstipação (☐) Diarréia _____ dia (☐) Melena

SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese: (☐) Disúria (☐) Hematúria (☐) Nictúria (☐) Polúria (☐) Oligúria (☐) Anúria
(☐) Polaciúria (☐) Urgência miccional (☐) Incontinência (☐) Hemodíalise (☐) SVA
(☐) Bexiga neurogênica (☐) SVD (☐) Cistostomia (☐) Diálise peritoneal

Genital Feminino: (☐) Sem alterações (☐) Leucorreias (☐) Amenorreia (☐) Menopausa (☐) DST

Genital Masculino: (☐) Sem alterações (☐) Presença de secreção _____
(☐) Edema (☐) DST

Períneo: (☐) Sem alterações (☐) Hiperemia (☐) Lesão

Pescoço: (☐) Sem alterações (☐) Rigidez na nuca (☐) Gânglios

Obs.: _____

SISTEMA MÚSCULO-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): _____

Data: 09/10/14

Enfermeiro(a): *Janierete M. Ferreira*
Enfermeira
CREN 345.715





HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

7-3

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Odilson de Oliveira

Admissão: 1/1 Hora: 1 Idade: 60 Sexo: ☒ M () F

Procedência: Magasinário

Queixa atual: Paciente sem queixa.

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 () Sucção
() Disfagia () Dislalia () Afasia
() Lesão tipo: () Glânglio local:

Mucosas: ☒ Coradas () Hipocorada

Obs.:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: 12 rpm

Tórax: () Sem alterações () Simétrico () Fratura
() Expansibilidade torácica conservada

() Cateter central

() Drenos

Padrão respiratório: ☒ Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico
() Espontâneo () Traqueostomizado

Em uso: () Macronebulização

Suporte Mecânico: () Sim ☒ Não

Modo Ventilatório: () Máscara de Venturi %

() LTV 1000 FiO₂: 0.21 PEEP: 5 Sat O₂: 95

() BIPAP por TQT () BIPAP por máscara

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

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

Local:

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

() Crepantes local:

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

Obs.:



FC: 72 bpm PA: 120 mmHg PVC: 70 em H₂O

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

Dor Torácica: () Não () Sim Tipo: _____

Pulso Periférico: (X) Presente () Cheio () Filiforme
() 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

Êmeses: () Ausente () Presente _____ dia. OBS: _____

Hábito Intestinal: Frequência _____ dia () Uso de medicação: _____

() Flatulência () Obstipação () Diarréia _____/dia () Melena

SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese: () Distúrbio () Hematuria () Nictúria () Poliúria () Oligúria () Anúria
() Polaciúria () Urgência miccional () Incontinência () Hemodilúse () SVA
() Bexiga neurogênica () SVD () Cistostomia () Dialise peritoneal

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

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

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

Pescoço: () Sem alterações () Rigidez na nuca () Gânglios

Obs.: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictericia () Cianótica

() Turgor/elasticidade _____

() Edema _____ () Hematoma _____

() Úlcera de decúbito _____

Mobilidade: () Ativa () Passiva Restrito no dextro

MMSS: Tracção/Placas/Pinos

() Edema Tracção/Placas/Pinos

MMII: Tracção/Placas/Pinos

() Edema

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

AVALIAÇÃO MENTAL

Estado emocional: (X) Calmo () Tenso () Agressivo () Preocupado

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

Parecer do enfermeiro(a): _____

Data: 07.09.19 Enfermeiro (a): Karoline Michely

Karoline Michely
Enfermeira
CRM 10.717-PS



Diagnóstico

Fratura fêmur E

IV

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/09	1. Dieta laxativa	at	#ORTOPEDIA#
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	12	Paciente evolui clinicamente estável
05	3. Ciprofloxacino 400mg, EV, 12/12 h	12	sem queixas.
	4. Lactulona 15mL, VO, 8/8 h	06	Diurético Omeprazol
	5. Dipirona 2mL + AD, EV, 6/6 h	12	Exame neurovascular sem alterações
	6. Tilatil 20 mg + AD, EV, 12/12 h S/N		
	7. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum	06	
	8. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia	08	Cl. Demandando programação cirúrgica
	9. Nauseidron 8 mg + AD, EV, 8/8h, S/N		2) VPM
	10. Fisioterapia motora	04	
	11. SSVV + CCGG	04	
	12. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N		



08-09-14 15:00hrs

PA = 120 x 70

FC = 62

FR = 18

T = 36,8°C

08/09/14 - Presidente Comendante
Clemente da Silva, apêndice
e supracitado, para que
seja assinado
Assinado eletronicamente por
MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA
em 13/12/2019 às 15:25:05

08-09 Hora 20:0

PA = 120 x 80

T = 36

(Signature)



Fratura fêmur E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/09/14	1. Dieta laxativa		#ORTOPEDIA#
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h		Paciente evolui estável e
	3. Ciprofloxacino 400mg, EV, 12/12 h		sem intercorrências.
	4. Lactulona 15mL, VO, 8/8 h		Divã (+) / EVACUAÇÃO (+)
	5. Dipirona 2mL + AD, EV, 6/6 h		ASSER, EUPHÓRICO
	6. Tilatil 20 mg + AD, EV, 12/12 h S/N		EXAME NEUROLÓGICO NORMAL
	7. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum		#CD. VPM
	8. Clexane 40 mg SC, 1 x dia		
	9. Nausebron 8 mg + AD, EV, 8/8h, S/N		
	10. Fisioterapia motora		
	11. SSVV + CCGG		



07 16.05 T 37°C 14 320 90 90
09 14 07-09-14 20/20 T- 96.00 11980.00



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Sr. Adelson de Oliveira 7-3

Admissão: 1/1 Hora: 12 Idade: 62 Sexo: (X) M () F

Procedência: Oleiros Nova

Queixa atual:

Antecedentes Pessoais:

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

Orofaringe: () Sem alterações () Uso de prótese () Sucção
() Disfagia () Dislalia () Afasia
() Lesão tipo: () Glânglio local:

Mucosas: (X) Coradas () Hipocoradas

Obs:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: rpm

Tórax: (X) Sem alterações () Simétrico () Fratura
() Expansibilidade torácica conservada

() Cateter central

() Drenos

Padrão respiratório: (X) Espontâneo () Dispneico () Taquipneico () Bradipneico
() Espontâneo () Traqueostomizado

Em uso: () Macronebulização

Suporte Mecânico: () Sim (X) Não

Modo Ventilatório: () Máscara de Venturi %

() LTV 1000 Fio2: PEEP: Sat. O₂

() BIPAP por TQT () BIPAP por máscara

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

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

Local:

() Ruídos adventícios () Roncos () Sibilos () Estertores

() Crepantes local:

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

Obs:

MOD 039



Padrão Circulatório: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
 () Pulso rítmico () Pulso arritmico
 Dor Torácica: (X) Não () Sim Tipo: _____
 Pulso Periférico: (X) Presente () Cheio () Filiforme
 () Ausente - Local: _____
 Rede venosa periférica: () Normal () Fragilidade Capilar
 Acesso Venoso: (X) Periférico () Central () Dissecção
 Obs.: _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdômen: (X) 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: _____
 () Flatulência () Obstipação () Diarréia _____ dia () Melena

SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese: () Disúria () Hematuria () Nictúria () Polúria () Oligúria () Anúria
 () Polaciúria () Urgência miccional () Incontinência () Hemodíalise () SVA
 () Bexiga neurogênica () SVD () Cistostomia () Dialise peritoneal
 Genital Feminino: () Sem alterações () Leucorréias () Amenorreia () Menopausa () DST
 Genital masculino: (X) Sem alterações () Presença de secreção _____
 () Edema () DST
 Períneo: () Sem alterações () Hiperemia () Lesão
 Pescoço: () Sem alterações () Rigidez na nuca () Gânglios
 Obs.: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictericia () Cianótica
 () Turgor/elasticidade _____
 () Edema _____ () Hematoma _____
 () Úlcera de decúbito: _____

Mobilidade: () Ativa (X) Passiva
 MMSS: () Tração/Placas/Pinos _____
 () Edema
 MMII: () Tração/Placas/Pinos _____
 () Edema
 Alterações esqueléticas: () Sem alterações () Lordose () Cifose () Escoliose

AValiação MENTAL

Estado emocional: (X) Calmo () Tenso () Agressivo () Preocupado
 Estado cognitivo: () Capaz de Atender quando solicitado () Capaz de aprender as orientações
 (X) Deficiência cognitiva
 Parecer do enfermeiro(a): *paciente desorientado, porém consciente*

Data: 08/09/2014 Enfermeiro(a): _____



Diagnóstico

Fratura fêmur E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

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

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/09/14	1. Dieta laxativa		#ORTOPEDIA#
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	15:20	Paciente suscit. 38,7°C
	3. Ciprofloxacino 400mg, EV, 12/12 h	12:20	3 sem intercorrências
	4. Lactulona 15mL, VO, 8/8 h	14:20	Duodis (+) / EVACUAÇÃO (+)
	5. Dipirona 2mL + AD, EV, 6/6 h	12:18	Exame neurológico
	6. Tilatil 20 mg + AD, EV, 12/12 h S/N		Normal.
	7. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum	18:00	#CD: VPM.
	8. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia		
	9. Nauseáron 8 mg + AD, EV, 8/8h, S/N		
	10. Fisioterapia motora		
	11. SSVV + CCGG		

Agnaldo L. P. Junior
MÉDICO
CRM-PB 9116

Agnaldo L. P. Junior
MÉDICO
CRM-PB 9116



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

7-3

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Adilson de Oliveira

Admissão: 1/1 Hora: 1 Idade: 1 Sexo: ☒ M ☐ F

Procedência: 1

Queixa atual: Paciente agitada ansioso

Antecedentes Pessoais:

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

Cirurgias anteriores: ☒ Sim ☐ Não

Qual(is): 3 meses

Alergia: ☐ Sim ☒ Não

Qual(is): 1

2. EXAME FÍSICO:

CABEÇA / PESCOÇO

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

Obs:

Olhos: ☒ Sem alterações () Hiperemia () Uso de óculos
() Nistagno () Diplopia () Catarata
() Deficiência visual: Qual?

Orofaringe: ☒ Sem alterações () Uso de prótese () Sucção
() Disfagia () Dislalia () Afasia
() Lesão tipo: () Glânglio local:

Mucosas: ☐ Coradas () Hipocorada

Obs:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: 1 rpm

Tórax: ☒ Sem alterações () Simétrico () Fratura
() Expansibilidade torácica conservada

() Cateter central

() Drenos

Padrão respiratório: ☒ Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico
() Espontâneo () Traqueostomizado

Em uso: () Macronebulização

Suporte Mecânico: ☐ Sim ☐ Não

Modo Ventilatório: () Máscara de Venturi %

() LTV 1000 FiO2: PEEP: Sat. O2:

() BIPAP por TQT () BIPAP por máscara

Tosse: ☐ Seca () Expectoração - cor / aspecto da secreção

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

Local:

() Ruídos adventícios () Roncos () Sibilos () Estertores

() Crepantes local:

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

Obs:

MOD. 097



FC: _____ bpm PA: _____ mmHg PVC: _____ em H₂O
 Padrão Circulatório: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
 () Pulso rítmico () Pulso arritmico
 Dor Torácica: () Não () Sim Tipo: _____
 Pulso Periférico: () Presente () Cheio () Filiforme
 () Ausente - Local: _____
 Rede venosa periférica: () Normal () Fragilidade Capilar
 Acesso Venoso: (X) Periférico () Central () Dissecção
 Obs: _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdômen: () Flácido () Tenso () Distendido () Doloroso - Local _____
 () Plano () Globoso () Aestético
 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 () Diarreia _____ dia () Melenas

SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese: () Disúria () Hematúria () Nictúria () Poliúria () Oligúria () Anúria
 () Polaciúria () Urgência miccional () Incontinência () Hemodíalise () SVA
 () Bexiga neurogênica () SVD () Cistostomia () Diálise peritoneal
 Genital Feminino: () Sem alterações () Leucorréias () Amenorreia () Menopausa () DST
 Genital Masculino: (X) Sem alterações () Presença de secreção
 () Edema () DST
 Períneo: () Sem alterações () Hiperemia () Lesão
 Pescoço: () Sem alterações () Rigidez na nuca () Gânglios
 Obs: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele: () Normocrada () Hipocrada () Icterícia () Cianótica
 () Turgor/elasticidade _____
 () Edema _____ () Hematoma _____
 () Úlcera de decúbito: _____

Mobilidade: () Ativa () Passiva _____

MMSS: Tração/Placas/Pinos _____

() Edema _____

MMII: Tração/Placas/Pinos equilíbrio

() Edema _____

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

AValiação MENTAL

Estado emocional: (X) Calmo () Tenso () Agressivo () Preocupado

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

(X) Deficiência cognitiva

Parecer do enfermeiro(a):

paciente desorientado por um
momento

Data: 05/09/14 Enfermeiro(a): _____

Keceline Micheli
 Gabriel Lima Marques
 ENFERMEIRO
 05/09/2014 08

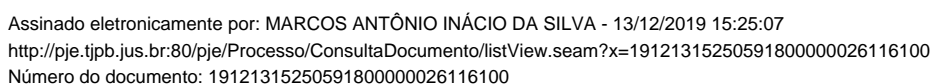


1x de papier E.

Pré-OP:

Paciente	João Roberto de Oliveira	Alojamento	7	Leito	3	Convênio	
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
05/09	1. Dieta livre, VO, laxativa		# Ortopedia #
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h		Paciente evolui clinicamente
	3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h		estável, sem queixas
	4. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N		Dores? @ Traumas? @
	5. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N		Exame neurovascular sem
	6. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tilatil)		alterações.
	7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia		
	8. Nausebron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos		
	9. SSVV + CCGG		#CD: 11VPM
	10. Ibuprofeno 400 mg, VO, 8/12h		
	11. Paracetamol 500 mg, VO, 8/8h		
	12. Fio trapez. motor		



02
09
14

20:45

T 36.7°C

12A

100
80

12A

12A

Atestado de saúde
para o trabalho

Atestado de saúde

para o

Atestado de saúde





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

OK

Ex de febre (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP:

OK

Paciente	<i>José Adelson de Oliveira</i>	Alojamento		Leito	7	Convênio	3
----------	---------------------------------	------------	--	-------	---	----------	---

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/09	1. Dieta livre <i>laxativa</i>		# Ortopedia #
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	<i>18:00</i>	<i>Paciente evolui com história de</i>
	3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h	<i>18:00</i>	<i>01 mês febre (38,5°C) e com</i>
	4. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N	<i>18:00</i>	<i>laqueação de canal após retirada</i>
	5. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N		<i>de FVD.</i>
	6. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tilatil)		<i>diurese e com grumos em FVD.</i>
	7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia	<i>18:00</i>	<i>traumático. Exame neurológico</i>
	8. Nauseadron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjoos		<i>sem alterações.</i>
	9. SSVV + CCGG		#CD: 1) VPM.
01	10. Ciprofloxacino 400mg, IV, 12/12h	<i>18:00</i>	
	11. Acetaminofeno 1500mg, VO, 8/8h	<i>18:00</i>	
	12. Retirar SVD		
	13. Realizar manutenção da úlcera		
	Intubação		



04-09-14 20:45 PA= 120x80 T=37°C Resol.

21:00 - fui até um quarteiro montado para
analisar KUP, não deu certo. De fato
não deu.

Segunda-feira 04-09-14

21:00

Segunda-feira 04-09-14
21:00

21:00





HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: JOÃO ROBERTSON DE OLIVEIRA
Admissão: 26/08/2014 Hora: 22:13 Idade: _____ Sexo: ☒ M ☐ F
Procedência: Fl. Novo - PB

Queixa atual: Fratura de fêmur exposto, sentindo dor local.

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 ☐ Sucção
☐ Disfagia ☐ Dislalia ☐ Afasia
☐ Lesão tipo: _____ ☐ Glânglio local: _____

Mucosas: ☐ Coradas ☐ Hipocorada

Obs.: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fv: _____ rpm

Tórax: ☒ Sem alterações ☐ Simétrico ☐ Fratura
☐ Expansibilidade torácica conservada

☐ Cateter central _____

☐ Drenos _____

Padrão respiratório: ☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico
☒ Espontâneo ☐ Traqueostomizado

Em uso: ☐ Macronebulização

Suporte Mecânico: ☐ Sim ☐ Não

Modo Ventilatório: ☐ Máscara de Venturi _____ %

☐ LTV 1000 Fio2: _____ PEEP: _____ Sat. O₂ _____

☐ BIPAP por TQT ☐ BIPAP por máscara _____

Tosse: ☐ Seca ☐ Expectoração - cor / aspecto da secreção _____

Ausculta respiratória: Murmúrios vesiculares ☐ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos

Local: _____

☐ Ruídos adventícios ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

☐ Crepítantes local: _____

Mamas: ☐ Sem alterações ☐ Presença de nódulos ☐ Mastectomia _____

Obs.: _____



FC: 110 bpm PA: 110 x 70 mmHg PVC: 70 em H₂O Temp: 37°C
Padrão Circulatório: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso rítmico () Pulso arritmico

Dor Torácica: () Não () Sim Tipo: _____

Pulso Periférico: () Presente () Cheio () Filiforme
() 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: _____

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

SISTEMA GENITURINÁRIO

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

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

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

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

Pescoço: () Sem alterações () Rigidez na nuca () Gânglios

Obs.: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

Pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () 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 evoluindo com quadro clínico regular

Data: 04/09/2014 Enfermeiro(a): *[Assinatura]*



Diagnóstico

fr. de fratura (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP: OK

Paciente	<i>José Adilson de Oliveira</i>	Alojamento		Leito	4	Convênio	3
----------	---------------------------------	------------	--	-------	---	----------	---

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/09	1. Dieta livre, <i>laxativa</i>		# Ortopedia #
	2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h	<i>18</i>	<i>Paciente evolui sem queixas, clí-</i>
	3. Dipirona 2 mL, EV, 6/6 h	<i>18</i>	<i>casos estável.</i>
	4. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N	<i>07:40</i>	<i>Diurese @ evacuações</i>
	5. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N		<i>Exame neurológico sem alte-</i>
	6. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em jejum (se fizer Tilatil)		<i>rações.</i>
	7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia	<i>18</i>	
	8. Nauseidron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos		
	9. SSVV + CCGG		#CD: 1) VPM.
	10. <i>lorazepam 15ml, VO, 8/8h</i>	<i>14</i>	



Handwritten signature and stamp: *[Signature]* **SECRET** 294135

0310914 T=36' 930x90 metri 66 Raccordi caricato
attorno ad un nastro con felle
di due uomini, il cui peso
affieva 8 piedi con cinghia

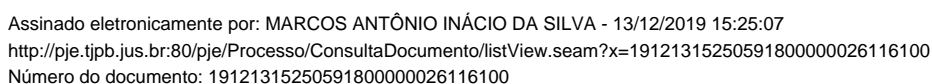
NR 18, CV, Just Voucher - 10

04/09/14 PA = 120 x 80 mm Hg
 97/40s g.p.m.m. = 228
 T = 39.0.

03/03

Hydrocarbon

for Japan to America



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: for Adilson de Oliveira

Admissão: 11/1 Hora: 1 Idade: 1 Sexo: ☒ M ☐ F

Procedência: Laço Novo

Queixa atual: no

Antecedentes Pessoais:

☐ AVC ☐ Distúrbio Psiquiátrico ☐ Tuberculose ☐ Asma
☐ Doença Degenerativa ☐ TVP ☐ Convulsão ☐ Cardiopatia
☐ Obesidade ☐ Neoplasia ☐ Câncer ☐ Tabagismo
☐ Alcoolismo

Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☒ Não

Quil(s): 1

Alergia: ☐ Sim ☒ Não

Qual(is): 1

2. EXAME FÍSICO:

CABEÇA / PESCOÇO

Couro cabeludo: ☒ Sem alterações ☐ Alopecia
☐ Cicatriz ☐ Lesão

Obs.: 1

Olhos: ☐ Sem alterações ☐ Hiperemia ☐ Uso de óculos
☐ Nistagmo ☐ Diplopia ☐ Catarata
☐ Deficiência visual. Qual? 1

Orofaringe: ☒ Sem alterações ☐ Uso de prótese ☐ Sucção
☐ Disfagia ☐ Dislalia ☐ Afasia
☐ Lesão tipo: 1 ☐ Glânglio local: 1

Mucosas: ☒ Coradas ☐ Hipocorada

Obs.: 1

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Fr: 20 rpm

Tórax: ☒ Sem alterações ☐ Simétrico ☐ Fratura

☐ Expansibilidade torácica conservada

☐ Cateter central 1

☐ Drenos 1

Padrão respiratório: ☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico

☐ Espontâneo ☐ Traqueostomizado

Em uso: ☐ Macronebulização

Suporte Mecânico: ☐ Sim ☒ Não

Modo Ventilatório: ☐ Máscara de Venturi 1%

☐ LTV 1000 Fio2: 1 PEEP: 1 Sat. O₂: 1

☐ BIPAP por TQT ☐ BIPAP por máscara 1

Tosse: ☐ Seca ☐ Expectoração - cor / aspecto da secreção 1

Ausculta respiratória: Murmúrios vesiculares ☐ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos

Local: 1

☐ Ruidos adventícios ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

☐ Crepantes local: 1

Mamas: ☐ Sem alterações ☐ Presença de nódulos ☐ Mastectomia 1

Obs.: 1



FC: 76 bpm PA: 120 x 80 mmHg PVC: _____ em H₂O

Padrão Circulatório: (☒) Normocárdico (☐) Bradicárdico (☐) Taquicárdico
(☐) Pulso rítmico (☐) Pulso arritmico

Dor Torácica: (☐) Não (☐) Sim Tipo: _____

Pulso Periférico: (☐) Presente (☐) Cheio (☐) Filiforme
(☐) 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 2 _____ dia (☐) Uso de medicação: _____

(☐) Flatulência (☐) Obstipação (☐) Diarréia _____/dia (☐) Melena

SISTEMA GENITURINÁRIO

Diurese: (☐) Disúria (☐) Hematúria (☐) Nictúria (☐) Polúria (☐) Oligúria (☐) Anúria
(☐) Polaciúria (☐) Urgência miccional (☐) Incontinência (☐) Hemodilúse (☐) SVA
(☐) Bexiga neurogênica (☐) SVD (☐) Cistostomia (☐) Dálise peritoneal

Genital Feminino: (☐) Sem alterações (☐) Leucorréias (☐) Amenorreia (☐) Menopausa (☐) DST

Genital Masculino: (☐) Sem alterações (☐) Presença de secreção _____
(☐) Edema (☐) DST

Períneo: (☐) Sem alterações (☐) Hiperemia (☐) Lesão

Pescoco: (☒) Sem alterações (☐) Rigidez na nuca (☐) Gânglios

Obs.: nenhuma

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E TEGUMENTAR

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

(☐) Turgor/elasticidade _____

(☐) Edema _____ (☐) Hematoma _____

(☐) Úlcera de decúbito: _____

Mobilidade: (☐) Ativa (☐) Passiva

MNISS: _____ Tração/Placas/Pinos _____

(☐) Edema

MNIH: _____ 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

Parceiro do enfermeiro(a):

Temperatura 36.5

Data: 02/09/14 Enfermeiro(a): _____

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

Folha de Tratamento e Evolução

OK

Paciente)	Tom Wilson de Oliveira	Alojamento)	4	Leito)	33	Convênio)	
-----------	------------------------	-------------	---	--------	----	-----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/09/14	<p>Ruta larval</p> <p>2) SF 0,9% 1000ml EV, 24h</p> <p>3) Duponox 2ml + AD EV, 6/6h</p> <p>4) Tiletal 2mg, EV, 12/12h SN</p> <p>5) Omeprazol 40mg, FAD EV, 1x ao dia na administração Tiletal</p> <p>6) Claxone 40mg, SC 1x ao dia</p> <p>7) Lactulose 15ml, VO, 8/8h</p> <p>8) SSVI + CCGG.</p>	<p>X 2i</p> <p>12 18 24 30</p> <p>06</p> <p>18 22 26</p> <p>Falta na instituição</p>	<p># Odontologia</p> <p>Paciente evolui sem queixas. Riqueza melhora da dentição. Dentes presentes e preservados consolidados</p> <p>Exame : EGR, LOE</p> <p>Ap. mucoso exclusivo: sem alterações.</p> <p>Exame intraoral sem alterações</p> <p>ED: VPH</p> <p>Aguarda cirurgia.</p>



Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) José Adilson de Oliveira Alojamento) 7 Leito) 3 Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/09/14	1) Dieta laxativa	Ciente	# Ortopedia
	2) SF 0,9% 500ml EV, 24h		Pct evolui sem queixas atuais
	3) Dipirona 2ml + AD EV 6/6h	12 18 24 6	sem sinais de desidratação, nega dor
	4) Talatol 20mg + AD EV 12/12h SN	12 18 24 6	na garganta, e vômito. Apetite preservado
	5) Omeprazol 40mg + AD EV 1x/d, sc		transmissão (E).
	Admissiones Talatol.		As exames: ECG, IOT.
	6) Clorazepato 30mg, SC, 1x/d	(B) Em Falta	Ap-mus: Exame neurológico
	7) Lorazepam 15ml VO, 8/8h	(14) (22) (6)	sem alterações.
	8) SSV + CC00	Ciente	CD: EXAME OK.

MOO.085

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

Folha de Tratamento e Evolução

[illegible]

3/08/14 208.00 T39 P80 R20 PA 200x80

presente: arduo
conceder, orientando
emquadramento, apurando
alternativa de compra em SVD
em Beneditina, Bacia de
Santana e bairro no lote
m. c. p. 14 g. 100x80



30.03.14

PA 170X80

P. 82

R. 18

Problema Banco no luto

Trocado grupo Viroso



30.03.14

PA 170X80

PA 80

R. 18



Diagnóstico:

FBI-WA FEMUR(L)

Folha de Tratamento e Evolução

Jose Adilson de Oliveira

Paciente:	PRESCRIÇÃO MÉDICA			Horário	Ortopedia:
Data:					437.I.H.
28/06/2014	Dieta Livre;				
	SF 0.9% 1000ml EV 24h;			08:00	
	Tilatil 20mg EV 12/12hrs;			12:00	
	Dipirone 2ml + AD EV 6/6hrs;			16:00	
	Omeprazol 40mg EV 1x/dia;			20:00	
	SSW + CCGG.				
	Cibixine 40mg SL 1x/dia				



Dissect into MT

CTE 110 250
- 2 1/2 hrs.

NOTE: V₂ + 20% IN. W. 20% IN. 20% IN. 20% IN.

Diagnóstico

Fratura por impacto do
fêmur (E).

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) José Adriano de Oliveira Trujano Alojamento) Leito) Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
26.08.14	1) Tíbia Lixa	11h	14h	17h	20h	Admitido para tratamento cirúrgico.
	2) SRL-1500ml @ 2got/min	11h	14h	17h	20h	Cl: Analgesia
	3) Dipirona Comp. + AD (E) 6/6h					Indicada T.V.P.
	4) Tíbia Lixa + AD (E) 12/12h					Solicitar prótese
	5) Analgesia + AD (E) 12/12h					
	6) CEB 6/6h					
	7) Clorazepato 10mg 3x/dia					
	8) Solicitar prótese					

V00 035



FRACTURA FÊMUR (E)

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) JOSÉ APOLÔNIO DE OLIVEIRA TRAVASSOS Alojamento) Leito) Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/08/14	1- DIETA LIVRE; 2- SGL 1500ml EV 24hrs; 3- PAINEL 1mg + AP EV 6/6hrs; 4- TILTIL 20mg + AP EV 12/12hrs; 5- OMEPRAZOL 40mg + AP EV 12/12hrs; 6- CLOMID 10mg 1x; 7- SIVV+CL66	1- 12h 2- 18h 3- 24h 4- 06h 5- 09h 6- 12h	OTORRÉIA: 2º P.I.H. Paciente evolui bem em fute comum, regime de conforto. Não há sintomas que exija. Pulso e temperatura sem alterações sem desconfortos W. Após procedimento iniciado.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2000
 1999
 1998
 1997
 1996
 1995
 1994
 1993
 1992
 1991
 1990
 1989
 1988
 1987
 1986
 1985
 1984
 1983
 1982
 1981
 1980
 1979
 1978
 1977
 1976
 1975
 1974
 1973
 1972
 1971
 1970
 1969
 1968
 1967
 1966
 1965
 1964
 1963
 1962
 1961
 1960
 1959
 1958
 1957
 1956
 1955
 1954
 1953
 1952
 1951
 1950
 1949
 1948
 1947
 1946
 1945
 1944
 1943
 1942
 1941
 1940
 1939
 1938
 1937
 1936
 1935
 1934
 1933
 1932
 1931
 1930
 1929
 1928
 1927
 1926
 1925
 1924
 1923
 1922
 1921
 1920
 1919
 1918
 1917
 1916
 1915
 1914
 1913
 1912
 1911
 1910
 1909
 1908
 1907
 1906
 1905
 1904
 1903
 1902
 1901
 1900
 1899
 1898
 1897
 1896
 1895
 1894
 1893
 1892
 1891
 1890
 1889
 1888
 1887
 1886
 1885
 1884
 1883
 1882
 1881
 1880
 1879
 1878
 1877
 1876
 1875
 1874
 1873
 1872
 1871
 1870
 1869
 1868
 1867
 1866
 1865
 1864
 1863
 1862
 1861
 1860
 1859
 1858
 1857
 1856
 1855
 1854
 1853
 1852
 1851
 1850
 1849
 1848
 1847
 1846
 1845
 1844
 1843
 1842
 1841
 1840
 1839
 1838
 1837
 1836
 1835
 1834
 1833
 1832
 1831
 1830
 1829
 1828
 1827
 1826
 1825
 1824
 1823
 1822
 1821
 1820
 1819
 1818
 1817
 1816
 1815
 1814
 1813
 1812
 1811
 1810
 1809
 1808
 1807
 1806
 1805
 1804
 1803
 1802
 1801
 1800
 1799
 1798
 1797
 1796
 1795
 1794
 1793
 1792
 1791
 1790
 1789
 1788
 1787
 1786
 1785
 1784
 1783
 1782
 1781
 1780
 1779
 1778
 1777
 1776
 1775
 1774
 1773
 1772
 1771
 1770
 1769
 1768
 1767
 1766
 1765
 1764
 1763
 1762
 1761
 1760
 1759
 1758
 1757
 1756
 1755
 1754
 1753
 1752
 1751
 1750
 1749
 1748
 1747
 1746
 1745
 1744
 1743
 1742
 1741
 1740
 1739
 1738
 1737
 1736
 1735
 1734
 1733
 1732
 1731
 1730
 1729
 1728
 1727
 1726
 1725
 1724
 1723
 1722
 1721
 1720
 1719
 1718
 1717
 1716
 1715
 1714
 1713
 1712
 1711
 1710
 1709
 1708
 1707
 1706
 1705
 1704
 1703
 1702
 1701
 1700
 1699
 1698
 1697
 1696
 1695
 1694
 1693
 1692
 1691
 1690
 1689
 1688
 1687
 1686
 1685
 1684
 1683
 1682
 1681
 1680
 1679
 1678
 1677
 1676
 1675
 1674
 1673
 1672
 1671
 1670
 1669
 1668
 1667
 1666
 1665
 1664
 1663
 1662
 1661
 1660
 1659
 1658
 1657
 1656
 1655
 1654
 1653
 1652
 1651
 1650
 1649
 1648
 1647
 1646
 1645
 1644
 1643
 1642
 1641
 1640
 1639
 1638
 1637
 1636
 1635
 1634
 1633
 1632
 1631
 1630
 1629
 1628
 1627
 1626
 1625
 1624
 1623
 1622
 1621
 1620
 1619
 1618
 1617
 1616
 1615
 1614
 1613
 1612
 1611
 1610
 1609
 1608
 1607
 1606
 1605
 1604
 1603
 1602
 1601
 1600
 1599
 1598
 1597
 1596
 1595
 1594
 1593
 1592
 1591
 1590
 1589
 1588
 1587
 1586
 1585
 1584
 1583
 1582
 1581
 1580
 1579
 1578
 1577
 1576
 1575
 1574
 1573
 1572
 1571
 1570
 1569
 1568
 1567
 1566
 1565
 1564
 1563
 1562
 1561
 1560
 1559
 1558
 1557
 1556
 1555
 1554
 1553
 1552
 1551
 1550
 1549
 1548
 1547
 1546

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente Jose Addison de Oliveira Alojamento 11516 Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/08	Oficina livre	RTT	OTIO PERIT: 3.7.1.11.
	② SRI 1500ml EV 24h	8: 2: 3:	Tratamento sintomático com hidratação
	③ Piprona 1amp + AD EV	8: 8: 8: 8:	Tratamento sintomático com hidratação
	④ Filatel 20mg 1AD EV	8: 8: 8: 8:	Tratamento sintomático com hidratação
	⑤ Omeprazol 40mg EV 1/d	8: 8: 8: 8:	Tratamento sintomático com hidratação
	⑥ Dexame 40mg SC 1/d	8: 8: 8: 8:	Tratamento sintomático com hidratação
	⑦ Oclado + SSV	CT	Tratamento sintomático com hidratação

MD0.035





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Ser: JOSÉ ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO Protocolo: 0000163427 RG: ANÁLISES
Dir: SCHUBERT COSTA Data: 27-08-2014 15:28 Origem: HPA/ANÁLISES
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 45 anos Data: 27/08/2014

HEMOGRAMA

DATA DE COLETA: 27/08/2014 15:27

Resultados

Unidades de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	5.27 milhões/mm ³	4.7 - 6.4 milhões/mm ³
Hemoglobina	14.8 g/dL	13.5 - 16.2 g/dL
Hematócrito	44 %	38.5 - 51.5 %
V.C.M.	83 fL	80.0 - 101.0 fL
H.C.M.	28 pg	27.0 - 31.0 pg
C.H.C.M.	34 g/dL	32.0 - 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	5.200 /mm ³	5.000 - 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)

Diferencial

Neutrófilos	0	0
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	4.0	208
Segmentados	75.0	3.900
Eosinófilos	4.0	208
Basófilos	0	0
Linfócitos	10.0	520
Atípicos	0	0
Monócitos	7.0	364
CONTAGEM DE PLAQUETAS	182.000 mm ³	130.000 - 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES:

Contagens repetidas e confirmadas.

Quatius
Liliane Marianne L. M. Martins
CRP-PS 1493



Sr(a): JOSÉ ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO Protocolo: 0000163427 RG: AMARELA
Dr(a): SCHIBERT COSTA Data: 27-08-2014 15:28 Orgão: AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 45 anos Reside: AMARELA

PROVAS DE COAGULAÇÃO

Data de Coleta: 27/08/2014 15:28

Materiais: SÍNDIPE

	Resultado	Valor de Referência
Resultado: REAL-LITO		
TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	1'30"	1 a 3 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO (LEE-WHITE)	9'00"	5 a 11 minutos

Quatius
Liliane Mardônio L. M. Mendes
CRF-PB 1863





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: JOSÉ ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO Protocolo: 0000163417 RG: 4040320
Data: 27-08-2014 15:28
Convenio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 45 anos
Origem: ABRILIANA
Destino: ABRILIANA

GLICOSE (JEJUM)

109 mg/dl

Nome do Paciente: JOSÉ ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO
Método: Fasting
Método: Automático CH-100 VETCO

Valores de Referência:
Pré-natal: 70 a 85 mg/dL - Crianças: 80 a 100 mg/dL
Gestante: 70 a 85 mg/dL - Adultos: 70 a 100 mg/dL
1 a 5 dias: 70 a 85 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL
NORMA GLOBAIS - Glicose jejum: 70 a 100 mg/dL
Diabetes Mellitus: maior ou igual a 126 mg/dL
ACR: Entre 5,7 e 6,4 mmol/L (103 a 116 mg/dL) para Diabetes
Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Junho 1997, e
se alterações bioquímicas confirmadas com uma nova amostra.

Quartus
Liliana Marinho L. M. Martins
CRF-PB 1463





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOSÉ ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO Protocolo: 0000163271 RG: 334614
Dr(a): PALMERINDO MENDONÇA Data: 27-08-2014 08:24 Idade: 45 anos
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Sexo: MASCULINO

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: 27/08/2014 08:02

Resultados

Valores de referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.75 milhões/mm ³	4.2 a 5.8 milhões/mm ³
Hemoglobina	14.1 g/dL	13.8 a 16.5 g/dL
Hematócrito	42 %	40.0 a 50.0 %
V.C.M.	88 fL	87.0 a 91.0 fL
H.C.M.	30 pg	27.0 a 31.0 pg
H.C.H.	34 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	6.300 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)

Neutrófilos

Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	4.0	252
Segmentados	84.0	5.292
Eosinófilos	1.0	63
Basófilos	0	0
Linfócitos	10.0	630
Atípicos	0	0
Monócitos	1.0	63
CONTAGEM DE PLAQUETAS	170.000 mm ³	140.000 a 400.000 /mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos A. R. Mendes
CRF-PS 1424



Sr(a): JOSE ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO Protocolo: 0000163271 RG: 2038611
Dr(a): PALMERINDO MENDONÇA Data: 27-06-2014 06:24 Cxex: 0000040314
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 45 anos Sexo: 0000040314

PROVAS DE COAGULAÇÃO

DATA DA COLITA: 27/06/2014 06:24

PROVA DE SANGUE

	Resultado	Valor de Referência
PROVA DE BELL-ELTON		
TEMPO DE SANGRAMENTO (COSE)	1'00"	1 a 2 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO (LEE-WHITE)	6'00"	3 a 12 minutos


Carlos A. R. Mendes
CRM-PS 1424





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Série: JOSÉ ADELSON DE OLIVEIRA TRAIANO Protocolo: 0000163271 RG: 00000000
Data: SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA Data: 27-08-2014 08:24 Uppex: 00000000
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 45 anos Denex: 00000000

GLICOSE (JEJUM)

118 mg/dl

DATA DA ORDEM: 27/08/2014 11:05
MATERIAL: plasma
Método: Autoanalisador CM 200 RIEDEL

Valores de Referência:
Pré-natal: 20 a 90 mg/dL - Grávida: 30 a 100 mg/dL
Neonatal: 20 a 60 mg/dL - Adultos: 70 a 100 mg/dL
1 a 3 dias: 40 a 80 mg/dL - 4 a 60 dias e mais: 60 a 115 mg/dL
MMA 021250001 - Glicose (Jejum de Jeom): 70 a 100 mg/dL
Módulo de Referência: Valor de Jeom de 115 mg/dL
Nota: Para melhor controle de qualidade para laboratório
Biolabs de Trevisson, Brasil, do Estado de Minas Gerais, o
diagnóstico deve ser confirmado por outro laboratório.

Carlos A. R. Martins
CRP-PS 1494





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AValiação CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: José Nelson de Oliveira IDADE: 61 SEXO: M
IMC: 27.2 PROCEDÊNCIA: Urgência PROFISSÃO: Trabalhador DATA: 27.02.14

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS: Nega

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO: Nega

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS: Nega

() Alergia a Medicamentos () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico () Outros

Medicamentos em uso: () Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: R.R. 25, B.N.F. sem s3

FC: 72 b.p.m P.A.: 130x80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: Leve

Abdômen - Comentários: N.D.N.

Membros Inferiores - Comentários: Fratura a abd.

5 - E.C.G.: Normal

Ex. Laboratoriais: _____

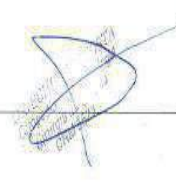
6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

(x) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____



Ass. do Médico



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes				REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME:		JOSE ALCANTARA				PRONTUÁRIO:			
IDADE:	SEXO:	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENE:	LEITO:	
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>							
DADOS CLÍNICOS:									
TUBO 1100 - 1100									
MATERIAL A EXAMINAR:									
EXAMES SOLICITADOS:									
TUBO 1100 - 1100									
URGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA <input type="checkbox"/>							
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:							
11/12/19				Carimbo e Assinatura do Médico					

Mod. 002



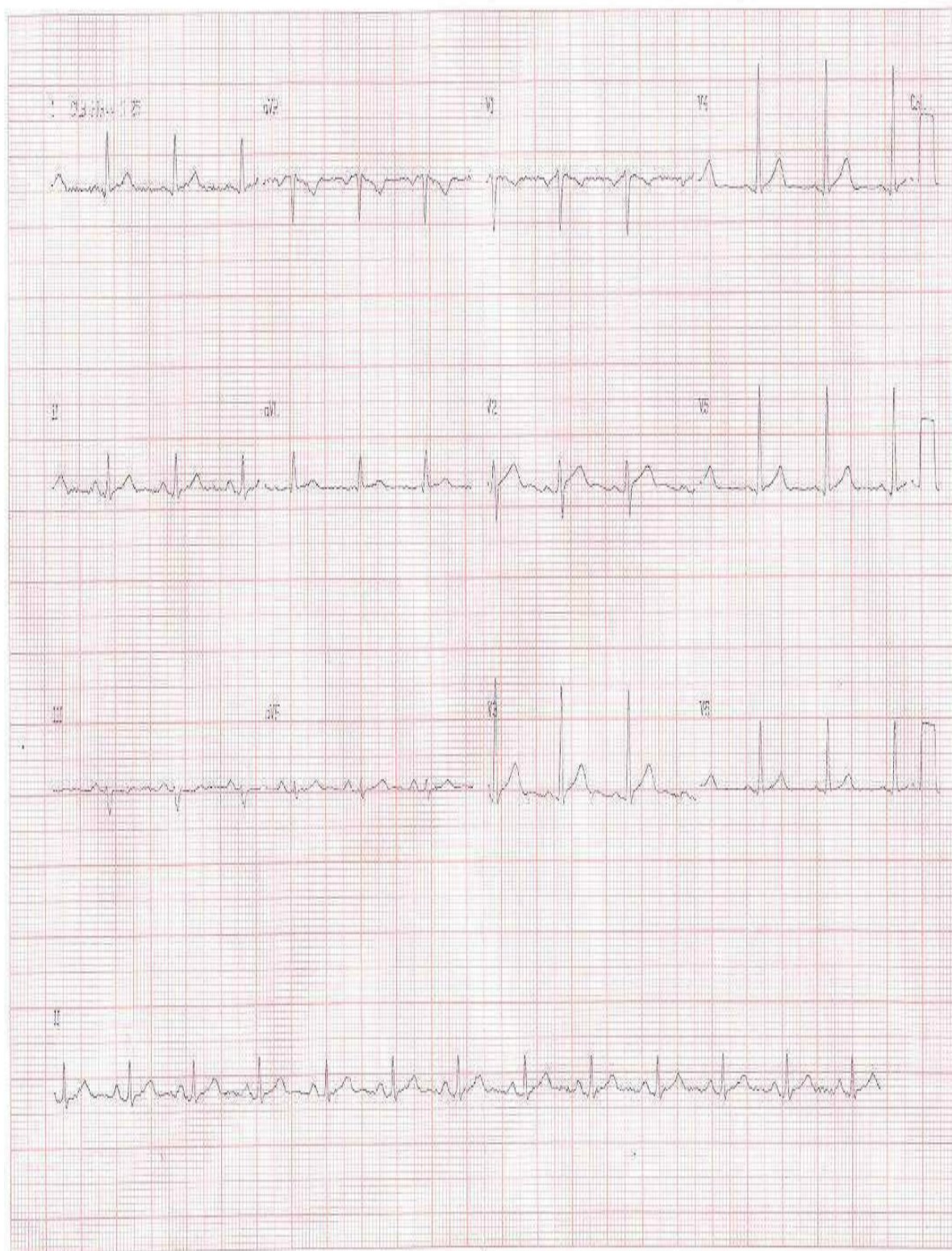
 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME: <i>Jonilson de Jesus</i>						PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENE:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS:							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS: <i>ECG e hemato.</i>							
URGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA <input type="checkbox"/>		 <i>[Assinatura]</i> Carimbo e Assinatura do Médico			
DATA: <i>26.08.14</i>		HORA DA SOLICITAÇÃO?					
Med: 002							



José Adelson de Oliveira

21.08.14

USomes



Atento para os devidos fatos
que o paciente Adelson de
Oliveira Freixo é portador
de material de sutura em
punho (E) devido a acidente
ocorrido em 2014, conforme
em exame radiográfico,
apresentando o mesmo quadro
de dor anormal e decubitos.
T84.9



16.05.19.


Dr. Emanoel da Costa Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 57.338 PB
C.M.O. 12.125





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



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 003.2.19.01969/01
			Data de emissão: 13/12/2019
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/12/2019
Número da guia: 003.2019.601969 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,66
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 506,60 Promovente: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO E MARIA - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Despesas processuais postais: R\$ 39,03 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 688,73
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 887309283182 520191231007 321901969014 			Valor final: R\$ 688,73

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 003.2.19.01969/01
			Data de emissão: 13/12/2019
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/12/2019
Número da guia: 003.2019.601969 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,66
Promovente: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO E MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 39,03 - Cartas: R\$ 39,03			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 688,73
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 688,73

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 003.2.19.01969/01
			Data de emissão: 13/12/2019
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/12/2019
Número da guia: 003.2019.601969 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,66
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 506,60 Promovente: ADELSON DE OLIVEIRA TRAJANO E MARIA - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Despesas processuais postais: R\$ 39,03 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 688,73
			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 887309283182 520191231007 321901969014 			Valor final: R\$ 688,73





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 PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



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



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 ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO

"Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 20011617234109100000026543809





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



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

