



Número: **0801578-27.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **23/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 26.325,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31769 732	23/06/2020 15:54	Petição Inicial	Petição Inicial
31769 733	23/06/2020 15:54	ATO DECLARATORIO	Documento de Comprovação
31769 734	23/06/2020 15:54	B.O	Documento de Comprovação
31769 735	23/06/2020 15:54	COMP. RESID. VÍTIMA	Documento de Comprovação
31769 737	23/06/2020 15:54	DOC. MEDICA	Documento de Comprovação
31769 738	23/06/2020 15:54	LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 01	Documento de Comprovação
31769 739	23/06/2020 15:54	LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 02	Documento de Comprovação
31769 740	23/06/2020 15:54	LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 03	Documento de Comprovação
31769 741	23/06/2020 15:54	LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 04	Documento de Comprovação
31769 744	23/06/2020 15:54	PETIÇÃO INICIAL ROBERTO DOS SANTOS	Documento de Comprovação
31769 745	23/06/2020 15:54	PROCURAÇÃO JUDICIAL E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
31769 746	23/06/2020 15:54	Receita Federal do Brasil 2018	Documento de Comprovação
31769 748	23/06/2020 15:54	Receita Federal do Brasil 2019	Documento de Comprovação
31769 949	23/06/2020 15:54	Receita Federal do Brasil 2020	Documento de Comprovação
31769 950	23/06/2020 15:54	RG E CPF VÍTIMA	Documento de Comprovação
31769 951	23/06/2020 15:54	SUBSTABELECIMENTO FELIPE X DAYANE	Documento de Comprovação
31769 954	23/06/2020 15:56	Outros Documentos	Outros Documentos
31769 955	23/06/2020 15:56	GuiaCustas	Documento de Comprovação

31796 411	26/06/2020 12:05	Despacho	Despacho
33034 735	08/08/2020 00:46	Expediente	Expediente

Em anexo.



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 12/08/2018	ID da Ocorrência 0048	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário ROBERTO DOS SANTOS				Idade 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro VIA PUBLICA				Bairro SORRILINDIA I	Médico Regulador JERFASON	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Thales Oliveira Médico CREMEC 16683		
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
CAUSAS EXTERNAS ▶ Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:				Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:				ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
Quais?				

1 - DADOS VITAIS

PA: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: _____ SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

paciente insubstituível, apresenta sangramento nasal e oral hematótico em olho D + corte contuso no folheto D e aderência a USA. realizado protocolo de RCP + ACP + O2.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal hematótico e irritabilidade respiratória, foi encaminhado a USA que conduziu o paciente ao HRS.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

13 NOV. 2018



2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilíco

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☒ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☒ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☒ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não

☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Raquel D. Silva

COREN: 225416

ENFERMEIRO(A): Ricardo Roberto de C. Silva

COREN: 705129

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____

RG. / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

Observação: _____

13 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:47

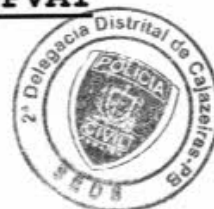
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534739800000030461198>

Número do documento: 20062315534739800000030461198



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 584/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: **18.08.2018** HORÁRIO: **18H00 MIN.**
Data de notícia do fato a Depol: **19.09.2018**
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA



NOTIFICANTE: ROBERTO DOS SANTOS, BRASILEIRO(A), NATURAL DE JARDIM/CE, SOLTEIRO, PINTOR, NASCIDO(A) EM 01.06.1989, FILHO DE FRANCISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

VÍTIMA: O PROPRIO DECLARANTE.

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE no dia e horário acima descritos a vítima, **ROBERTO DOS SANTOS**, ao conduzir uma MOTOCICLETA **HONDA NXR 160 BROS ESDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, PLACA QFF8584/PB, CHASSI 9C2KD0810FR438549, RENAVAL 01048428890, MATRICULADO EM NOME DE ROBERTO DOS SANTOS** quando trafegava em uma das ruas da cidade de Sousa-PB, quando ao passar sobre uma quebra molas (reductor de velocidade), em seguida a motocicleta derrapou, vindo a perder o controle e a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa - HRS; **QUE A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, COM FRATURA, TENDO SUBMETIDO-SE A INTERVENÇÃO CIRURGICA, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO;** QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 19 de setembro de 2018.



☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisângela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisângela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

13 NOV. 2018



FRANCISCA ANA DOS SANTOS
RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88 - SORRILÂNDIA
SOUZA / PB CEP: 58805-110 (AG: 177)
Emissão: 23/07/2018 Referência: Jul / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Córrego Resendeiro - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Roteiro: 12 - 177 - 195 - 386C NP medidor: 90209048789

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.086.162/0001-40 Insc. Est. 16.016.102-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 008 889 394
Cód. para Deb. Automático: 0000666994

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br
Conta referente a Jul / 2018 Apresentação 23/07/2018 Data prevista da próxima leitura 22/08/2018 CPF/ CNPJ/ RANI 489.114.342-8 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/846686-4 Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
Data	Leitura	Data	Leitura						
21/06/18	18575	23/07/18	18730						
Demonstrativo									
CCI - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cód. Atividade (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) Base Cód. Atividade (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) Base Cód. Atividade (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$)						
0601 Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,253290	7,59	7,59	27	2,06	38,59	0,33	1,63
0601 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,434210	30,39	30,39	27	8,20	38,59	0,33	1,63
0601 Consumo - 101 a 220kWh-BR	55,000	0,651500	35,82	35,82	27	9,57	38,59	0,33	1,63
0601 Adic. B Vermelha			7,80	7,80	27	2,05	7,80	0,08	0,38
0610 Subsidio			44,72	44,72	27	12,07	44,72	0,48	2,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607 CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0604 JUROS DE MORA 08/2018			0,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0605 MULTA 08/2018			2,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0606 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906 Devolução Subsidio			-29,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 109,80 126,12 34,05 126,12 1,36 6,30

VENCIMENTO 30/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 109,60

Média Últimos meses (kWh)	Histórico de Consumo (kWh)
193	
175 186 218 238 185 202 221 217 189 189 182 189	
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18	

RESERVADO f070.e6db.8656.c14b.a8a4.7c60.c2ab.bd8a.

Indicadores de Qualidade			5/2018 - Souza	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DIC MENSAL	12,57	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia PB	16,84
DIC TRIMESTRAL	34,50	CONTRATADA	Controle de Energia	2,37
DIC ANUAL	2,48	LIMITE INFERIOR	Serviço de Transmissão	2,37
FIC MENSAL	8,97	LIMITE SUPERIOR	Encargos Setoriais	8,11
FIC TRIMESTRAL	13,85		Impostos Civis e Encargos	0,00
FIC ANUAL	2,55		Outros Serviços	0,00
DICQ	12,22		Total	109,60

ATENÇÃO Sua unidade foi cancelada por não pagamento de fatura, sendo seu cadastro de ROTEIRO 33 Faturas em atraso

13 NOV. 2018



:(999) 0

NAME: HOSPITAL CENTER TEL: 06.779.257.0027-08

RUA JOSÉ MARQUES GONÇALVES DE ABRANTES
Nº 800 - RUA JOSÉ MARQUES DE LIMA S. CARLOS - SÃO PAULO - SP

MUNICIPIO: SOUSA
ESTADO: PARAGUAY

Reberto dos Santos

DOB: 00-00-1976 IDADE: 30 SEXO: M RACA: O

[illegible]

A. Guindardes

DOCUMENTO: PC.3.392.88c

COO. MUNICIPAL 95/690

Shane Thompson has the same

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

[illegible]

RESULTADOS

RESULTADOS

5000-10000

Discharge 12-1-22 511611, 12-1-22 511611

605714

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

NATUREZA DA CONSULTA

CONSTITUTIONALIZACIÓ

PROCEDIMENTO

TIP DE ATENDIMENTO:

- 01- ATENDIMENTO DE URGENCIA / EMERG
02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
04- ATENDIMENTO EM CONSULTA DE EMERG
05- VACINACAO DE ROTINA
06- VACINACAO DE OUTROS AGENTES PATO
07- VACINACAO DE CAMPAINHA
08- PREVENCAO
09- AVALIACAO DE RISCO
10- AVALIACAO DE RISCO

CODIGO PROYECTO: MENTCOCBC

PROFESSIONAL(S) ASSISTENTE(S) - CARIMAC/

AN DO PACIFIC E COMPAGNIEMENT DU RECONNAISSANCE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSISTANT DIRECTOR
ADMINISTRATIVE SERVICES

13 NOV. 2018

PACIENTE ROBERTO DOS SANTOS

Nº 87700

REQUISITANTE: DR THALES OLIVEIRA

DATA 12/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

Obs: Paciente inquieto degradando a aquisição de algumas imagens.

RELATÓRIO:

1. Descontinuidade da cortical óssea frontal, temporal, e do processo frontal do zigomático à esquerda.
2. Focos com densidade de gá na região frontotemporal esquerda.
3. Imagens amorfas, hiperdensas, esparsas pelo parênquima encefálico, e no mesênfalo à direita.
4. Hipertenuação espontânea preenchendo alguns sulcos entre os giros corticais.
5. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
6. Não há evidência de desvio da linha média.
7. Aumento de partes moles na região frontotemporal bilateral, e periorbitária esquerda com enfisema subcutâneo regional.
8. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente o seio maxilar direito, seio esfenoidal e células etmoidais.



13 NOV. 2018

Obs.:

As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica, através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Genésio Vargas, 21, Centro - Sousa PB - Fone: 83 3522.2766 - pericles.neves@uol.com.br

Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia nº 2917 - CRM 1933 PB

Dr. Marcello Corrêa Neves Júnior - CRM 6089 PB

Fone: 83-3522.1900





SUS
SISTEMA
UNICO
DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
SOUZA - PB.

29 anos -
MAT.: 130915

Nome: Roberto dos Santos Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 01 / 06 / 1989 Est. Civil: 2011 Resp.: Francisca Ana dos Santos
Rua: Fco Paulino da Silva Cidade: Souza Est.: PB
Médico Assistente: Dr. J. J. Clínica: Cirúrgica Traumatológica
Data da Internação: 11 / 09 / 2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual: Suporte de 4 dias de febre
acidente de trânsito com
a produção de fraturas
esqueléticas

EXAME FÍSICO: 120 Kg. Sinais vitais normais
Grau IV

DIAGNÓSTICO: Lesões traumáticas do membro superior direito

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Antonio Enock da Silva
Médico - 1.2
RPP 140 1414-97

13 NOV. 2018





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

13 NOV. 2018

Liberto dos Santos

Idade:

Cor:

Enfermaria: 07

Leito: 02 Categoria:

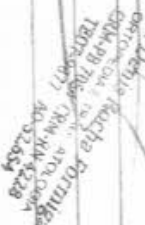
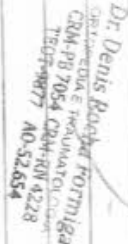
Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATORIO
12/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
04/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
05/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
06/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
07/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
08/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
09/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
10/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
11/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico
12/1	2 dias de 100mg	10:30	Spinal analgésico

Dr. Denis Rocha Formiga
CRM-RJ 7054 CRM-RN 4228
T807-9877 MO-52.654

Dr. Denis Rocha Formiga
CRM-RJ 7054 CRM-RN 4228
T807-9877 MO-52.654

Gráfica Bento Freire - Cedeja 1456



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Rafael do Santos			130915
Data Operação	Enf.	Leito	
12/09/18			
Operador	1.º Auxiliar		
In Graco			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de Anestesia		
In Benício	Bloqueio		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Luxação humeral direita e fratura			
Tipo de Operação			
Redução aberta e fixação			
Diagnóstico Pós Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Art. Bloqueio, redução e fixação de fratura de humerus direito com placa e parafusos. A fratura era de tipo torção, com fragmentos deslocados e com hematoma. Após a redução, a fratura ficou estável e a fixação foi realizada com uma placa e quatro parafusos. O aspecto visceral foi normal.

Dr. Antonio Ennes de Brito
MÉDICO - CRM 2122
CIC 05974134-07

13 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS
20180812-01-0031
M
Pelve
11/12/2018
18:43 PM

Initial Hospital Name
Operator eleva
- kV, - mAs
UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0,95 g:3,5 sb:2,5 eq:0 nr:0 dc:3,6 b...
Zoom 100%



13 NOV. 2018

SID mm

L 2047
W 4035



Not intended for official interpretation.



13 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.



13 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.



13 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS

20180812-01-0031

M

Tórax

11/12/2018

8:44 PM

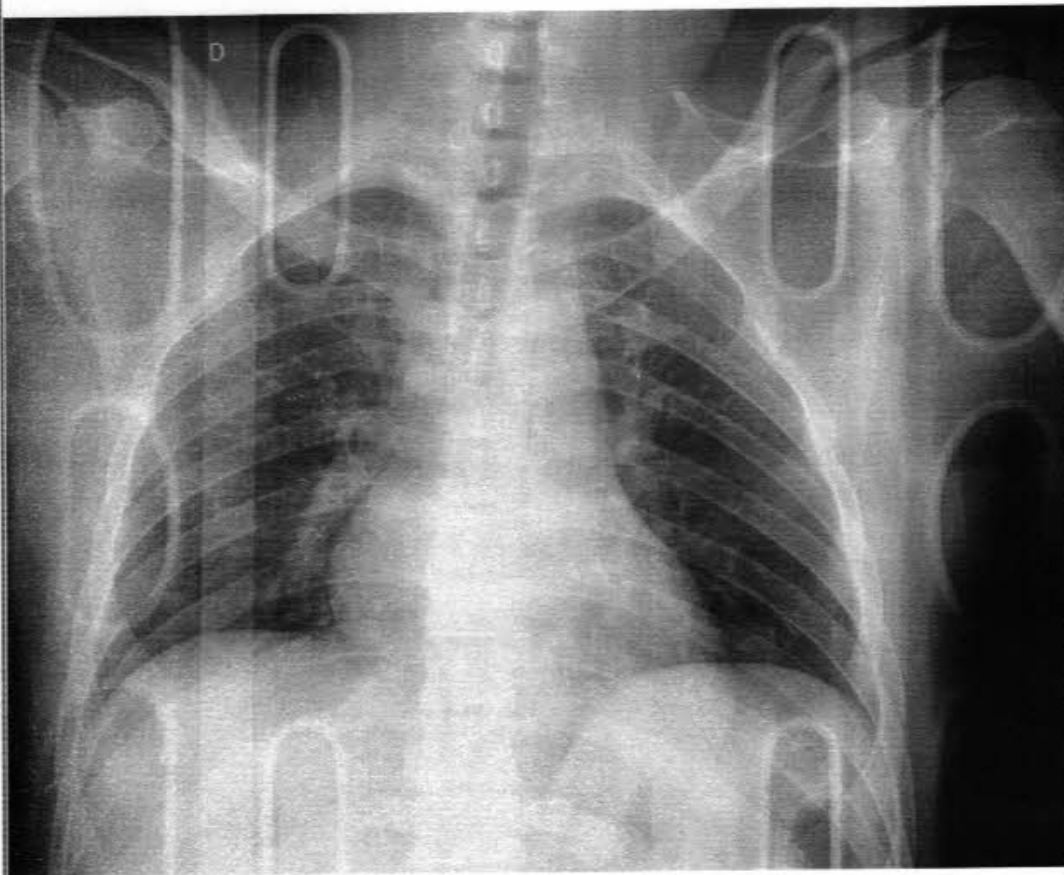
Initial Hospital Name

Operator eleva

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1,38 g:2,6 sb:6,01 eq:0,7 nr:0,65 dc...

Zoom 100%



13 NOV. 2018

510 mm

L 2047
W 4095



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>

Número do documento: 20062315534864200000030461202



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Roberto dos Santos		
End:	R. Francisco Paulino da Silva, 50, bairro: Solânea		
Data de Nascimento:	01-06-89	Documento de Identificação:	
Queixa:	Avaliação		
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	23:22
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fácels-de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 110

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Exatidão de F.C.N. Barbosa
Exatidão de temperatura 36,7°C

Assinatura e carimbo do profissional

13 NOV. 2018

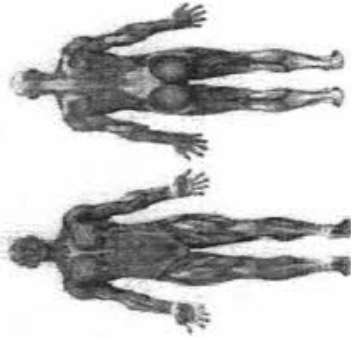




GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1712869 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/08/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Marcia Cristina De Melo Pereira
PACIENTE: ROBERTO DOS SANTOS CEP: 58225000 Nascimento: 01/06/1989
Endereço: FRANCISCO PAULINO DA SILVA
Sexo: M Telefone: 94002131
Cidade: Solânea Idade: 029
Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Bairro: JARDIM SONILANDIA
Responsável: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Nº: 68
CPF: 07906163435 Profissão:
Estado Civil: Solteiro(a) CNS: 700001452961500
Motivo: QUEDA DE MOTO CONVÊNIO: SUS
Médico: Hora: 23:26:58 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injúria de tecido mole
5. Crepitação 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendinosa
7. Edema 25. Luxação
8. Empalhamento 26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
10. Enjameamento 28. Objeto Encastrado
11. Equimose 29. Otorrágia
12. F. Arma branca 30. Paralisia
13. F. Arma de fogo 31. Paralisia
14. F. Cortante 32. Paratetania
15. F. Cortante 33. Queimadura
16. F. Corto-contuso 34. Rinorrágia
17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de isquemia
18. F. Perfuro-contuso 36.

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID:

Exame

EXAME PRIMÁRIO - D) CLÍNICOS

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow PA HGT: SatO2
EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: / às : Dia / /
Especialista: / às : Dia / /
MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

13 NOV. 2018



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

W. J. [Signature]

[illegible]

13 NOV. 2018



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>

Número do documento: 20062315534864200000030461202

18/08/18 ~ 08h30 ~ PA: 130x80 mmHg ~ aferido SVV; medicação conforme
na prescrição médica; realizados cuidados gerais

Camila Aguiar Volney
REC. ENFERMAGEM
COREN-PR 831.249

11/11/18
C3
16/11

18/11/18
16/11/18

13 NOV. 2018



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto dos Santos Registro: _____ Leito: 32 Setor Atual: Urneta

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

4EE

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausulta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chelo.

13 NOV. 2018





APRESENTAÇÃO	RESULTADOS OBTIDOS
() Avaliar distensão abdominal.	() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.	() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).	() Manutenção da glicemia estável.
(X) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.	() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).	() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).	() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
(X) Observar e comunicar dificuldades alimentares.	() Melhora da integridade da pele.
(X) Encaminhar ao banho de chuveiro.	() Diminuição do risco de lesão.
() Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	() Melhora da perfusão tissular.
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	() Padrão respiratório eficaz.
() Avaliar características, intensidade e local da dor.	() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Avaliar alterações de sinais vitais.	() Diminuir o risco de infecção.
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	() Diminuir o risco de queda.
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	() Melhora do padrão do sono.
() Incentivar a ingestão de líquidos.	() Outros
() Observar reações de desorientação/confusão.	() Outros
(X) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	
(X) Analisar condições do curativo.	
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.	
() Orientar e estimular a movimentação no leito.	
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.	
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).	
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	
() Realizar balanço hídrico.	
(X) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos.	
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	
(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).	
(X) Manter as grades do leito elevadas.	
(X) Conter o paciente quando necessário.	
() Manter ambiente calmo e tranquilo.	
() Orientar repouso no leito.	
() Administrar medicação CPM.	
() Outros	
() Outros	

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): _____
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: _____

13 NOV 2018

14/08/2018

HTCG-Painel Administrativo

Data: 14/08/2018

Horas: 00:31:38

Médico (a) Diarista : Alfredo Daniel Sousa Neto

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1712873 Paciente: ROBERTO DOS SANTOS Idade: 029

Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/06/1989 Sexo: M

Clínica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 12 Diagnóstico: TCE

DIA 14/08/2018

MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	26 14 22 06
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	24 06 12 18 24 06
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V, 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	06 FF 06 FF
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	
6	GLICOSE A 50% 10 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT<70MG/DL	ct
7	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE PA>180X110MMHG	ct
8	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	ct
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct
10	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 6h/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	24 06

Dr. Alfredo Daniel

13 NOV. 2018





FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Roberto do Santos HD: 12 DATA: 15/08/18
SETOR: Urnalha LEITO: 12

HORARIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL																								
PULSO/FC																								
TEMPERATURA																								
RESPIRAÇÃO																								
SAT. O2																								
PVC																								
PIA																								
HGT																								
I N F U S O E S V E N O S A S																								
SF 0,9%																								
SRL																								
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDACÃO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
I N F U S O E S V E N O S A S																								
DIETA																								
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								
D R E N A G E N S																								
SNG/VÔMITOS																								
FESES																								
DIURESE																								
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								
GANHOS 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
GANHOS 12H NOITE=																								
PERDAS 12H NOITE=																								
BH DIA=																								
BH NOITE=																								
GANHOS 24H DIA=																								
PERDA 24H + 1000ML=																								
BH 24H=																								
ASSINATURA:																								
ASSINATURA:																								

13 NOV 2018

15/08/2018

HTCG-Painel Administrativo

Data: 15/08/2018

Horas: 09:40:05

Médico (a) Diarista : Alfredo Daniel Sousa Neto

GOVERNO
DA PARAÍBA

31

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1712873 Paciente: ROBERTO DOS SANTOS Idade: 029

Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/06/1989 Sexo: M

Clínica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 12 Diagnóstico: TCE

DIA 15/08/2018

MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	OK
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	OK
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	OK
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	OK
5	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	OK
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRACTÁRIA	OK
7	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT > 70MG/DL	OK
8	CAPTAPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE PA > 180X110MMHG	OK
9	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	OK
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK
11	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 6h/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	OK

HGT = 44 (115)

06 (119)

Dr. Alfredo Daniel
CURTO-CIRURGIÃO
CRM 112207-201-34.434-56

Paciente Segue Seguido B,
RTEA, Multitudo M. m. m.
cd: - Transfusi p/b/m. m.

Admitido na Área Amarela às 12:35hrs.

<http://10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2018-08-15&contar=1712873>

13 NOV. 2018

1/1



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>

Número do documento: 20062315534864200000030461202

Num. 31769737 - Pág. 20

507

caso, extraído do atestado

x 155

exemplos
de atestado
de doença
relacionada

16/08/18

paciente atende sem queixas
no momento segue aos
cuidados da enfermagem, medicado
conforme prescrição médica.

PA 130 x 80

17/08
20-00h
PA: 120 x 80

13 NOV. 2018

- 1) Exame físico
- 2) Exame de urina
- 3) Exame de sangue
- 4) Exame de fezes
- 5) Exame de secreções
- 6) Exame de imagem
- 7) Exame de laboratório
- 8) Exame de história
- 9) Exame de antecedentes
- 10) Exame de evolução



GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	
NOME	ENFERMARIA	LEITO:	HORA
IDADE	ADMISSÃO		
H. D.			

PROCEDÊNCIA: MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRpA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PHM <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:			
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia HDA:			
DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Edema. Regiões:			
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
CD:	<input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP _{passiva} <input type="checkbox"/> TEP _{ativa} <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2		
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> Decanulação	<input type="checkbox"/> Cinesioterapia
<input type="checkbox"/> Treino de Marcha	<input type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> MRP
<input type="checkbox"/> Ortoestatismo	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	<input type="checkbox"/> Sedestação
<input type="checkbox"/> Posicionamento:	<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação		
Outros:			
Observações:			

SV:	FC	FR	PA:	SpO2	T °C
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow					
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal Trofismo: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal					
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Normal Força Muscular (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
Bloqueios Articulares (Regiões)					
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR					
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Sem alterações					
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI					
O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi %					
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min					
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tiragens supraclaviculares <input type="checkbox"/> Tiragens intercostais <input type="checkbox"/> Tiragens subcostais					
<input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor ____ /4+					
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial					
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica					
Ausculta Pulmonar: Ralo X Tórax:					
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz					
SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.					
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta					
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha					

Campina Grande, _____ / ____ / ____	Fisioterapeuta/CREFTO
-------------------------------------	-----------------------





NOME: Roberto dos Santos		ENFERMARIA: 1		LEITO: 4	
IDADE: 29 a		ADMISSÃO: 20.08.18		HORA: 7	
H. D. 7-06					

PROCEDÊNCIA:	
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRPA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM	
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:	
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia	
HDA: Paciente eldêr em d.R. alcohólico crônico. Colapso agudo secundário à V.A. e S.A. de grau profundo. A.P. em AIT A.P.A.	
SV: FC bpm FR lpm PA: SpO2 % T %	
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow 15	
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal	
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input checked="" type="checkbox"/> Normal	
Bloqueios Articulares (Regiões): Força Muscular: (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR	
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Sem alterações	
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI	
O2 SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi %	
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório, Fluxo ____ l/min	
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tiragens supraclaviculares <input type="checkbox"/> Tiragens intercostais <input type="checkbox"/> Tiragens subcostais	
<input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor ____ /4+	
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input checked="" type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial	
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica	
Ausculta Pulmonar: <input checked="" type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Rato X Tórax:	
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz	
SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.	
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta	
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha	

GOVERNO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE		GOVERNO SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
DA PARAIBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes		DA PARAIBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS			
DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito			
Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente			
<input type="checkbox"/> Edema. Regiões: <input type="checkbox"/> Caxifos			
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2			
<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decanulação <input type="checkbox"/> Chinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP			
<input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sedestação			
<input type="checkbox"/> Ortoestatismo <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial			
<input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação			
Outros:			
Observações:			
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: TCE			
Campina Grande, 20.08.2018		Sebastião Cavalcanti Taveira FISIOTERAPEUTA CREFITO 15344-E	
		Fisioterapeuta/CREFITO	

13 NOV. 2018

Dra. Danyelle Dias Nobre Cartaxo

Graduada pela Faculdade Santa Maria.
Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas.

Atestado Fisioterapêutico

Trata-se do Paciente **Roberto dos Santos**, 29 anos, vítima de acidente com moto no município de Sousa- PB no dia 12/08/2018 com BO de número 584/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, luxação acrômio-clavicular do ombro esquerdo, trauma com fratura na região fronto-occipital do crânio (TCE moderado) e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a internação na UTI por um período de 15 dias, em seguida o mesmo foi submetido a imobilização no **MSE** com uso de tipoia por um período de 15 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da luxação acrômio clavicular esquerdo com redução + colocação de fixação com 02 fios de Kirschner por um período de 60 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada dos 02 fios de Kirschner e tratamento conservador para o TCE com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 10 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 27/11/2018.

Ao exame:

Observe presença de cicatrizes pelo o corpo.

Luxação acrômio clavicular esquerda apresenta, 01 cicatriz plana com cerca de 05cm localizado na face anterior do ombro esquerdo (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual muito importante, parestesia no **MSE**, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão, extensão, adução, abdução horizontal e rotação (externa e interna) e diminuição da ADM do **MSE** para as AVDs.

Dra Danyelle Cartaxo
Fisioterapeuta
COFFITO 491777-7

COFFITO, Resolução nº, 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

26 DEZ. 2018



Região fronto-occipital do crânio apresenta dor a palpação.

O mesmo relata presença de episódios de cefaleia com grande intensidade, vertigens frequentes, distúrbios do sono, distúrbios da memória remota e recente e parestesia.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funciona do **MSE** e que há sequelas de TCE, considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 18.12.2018



12 6 DEZ. 2018

COFFITO, Resolução nº, 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.



RESOLUÇÃO Nº. 381/2010

**CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO nº. 381, DE NOVEMBRO DE 2010.**

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições e regimentais, em sua 208ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;
CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987;
CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

Artigo 1º- O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado, ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus defeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentados por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativo ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

*** É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistenciais técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. **In casu**, o **Fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para atender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na biofísica, bioquímica, cinesiologia, biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências**, mediante promoção de movimento ativo ou passivo dos próprios doentes, usando recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.

26 DEZ. 2018

Atenciosamente, **Danyelle Dias Nobre Cartaxo**

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 191777-7
e-mail: danyfisiocz@hotmail.com





SAMU
192

REGIONAL SOUSA

PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



PREFEITURA DE
SOUSA
VENCENDO COM TRABALHO

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 12/08/2018	ID da Ocorrência 0048	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário ROBERTO DOS SANTOS				Idade 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro VIA PUBLICA				Bairro SERRILANDIA I	Médico Regulador JERRISON	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Thales Oliveira Médico CREMEC 16683		
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
<p>► CAUSAS EXTERNAS</p> <p>► Acidente de Trânsito</p> <p><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto</p> <p><input type="checkbox"/> Atropelamento por:</p> <p><input type="checkbox"/> Colisão carro x carro</p> <p><input type="checkbox"/> Capotamento</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> <p><input type="checkbox"/> F.A.F.</p> <p><input type="checkbox"/> F.A.B.</p> <p><input type="checkbox"/> Agressão Física</p> <p><input type="checkbox"/> Afogamento</p> <p><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:</p> <p><input type="checkbox"/> soterramento / Desabamento</p> <p><input type="checkbox"/> Choque Elétrico</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p>				<p>Hospital de Origem:</p> <p>Responsável:</p> <p>Hospital de Destino:</p> <p>Responsável:</p>
				<p>ANTECEDENTES</p> <p><input type="checkbox"/> AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoolismo</p> <p><input type="checkbox"/> AVC</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsões</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa</p> <p><input type="checkbox"/> Doença Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Doença Renal</p> <p><input type="checkbox"/> Droga</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial</p> <p><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo</p>
				Quais?

1 - DADOS VITAIS

PA: _____	FC: _____	FR: _____	HGT: _____	SpO2 - S/O2: _____	SpO2 - C/O2: _____
-----------	-----------	-----------	------------	--------------------	--------------------

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hematoma periorbital esquerda, foi encaminhado a UVA
e a UVA realizou protocolo de RCP + ACP + O2.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro: _____

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hematoma periorbital esquerda, foi encaminhado a UVA
que conduziu o paciente ao HRS

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

26 DEZ. 2018





HOSPITAL REGIONAL DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
SOUSA - PB.

39 anos -

MAT.: 1300915

Nome: Roberto dos Santos Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 01 / 06 / 1989 Est. Civil: Solteiro Resp.: Francisca Ana dos Santos
Rua: Fco Paulino da Silva Cidade: Sousa Estado: PB
Médico Assistente: Dr. [assinatura] Clínica: Cirúrgica Traumatológica
Data da Intervenção: 11 / 09 / 2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

Suporte de 7 dias após
acidente de trânsito, sendo
a produção de fratura
esférica

EXAME FÍSICO:

120 Kg. Sinais vitais normais
Grau IV

DIAGNÓSTICO:

Supracondilares de humero

Procedimento:

C.L.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Antonio Ennes da Silva
Médico
RPP 000715/2018-97

26 DEZ. 2018





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Roberto dos Santos Idade: Cor: Enfermaria: 09 Leito: 02 Categoria:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

12/12/2018

20h 58m 07s

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

12/12/2018

10h 00m 00s

10h 00m 00s

Dr. Denis Rocha Formiga
CRM-PB 7054 CRM-AM 4228
Término 07/10/2018
AO-52.654

Dr. Denis Rocha Formiga
CRM-PB 7054 CRM-AM 4228
Término 07/10/2018
AO-52.654

Dr. Antonio Carlos M. Silva
CRM-PB 2122
CRM-AM 4228
CIC 000.71.11.11.11

Dr. Antonio Carlos M. Silva
CRM-PB 2122
CRM-AM 4228
CIC 000.71.11.11.11

26 DEZ 2018



Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS

20180112-01-0031

M

Pelvis

11/12/2018

8:43 PM

Initial Hospital Name

Operator eleva

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0,95 g:3,6 sb:2,5 eq:0 nr:0 dc:3,6 b...

Zoom 100%



26 DEZ. 2018

SR0 mm

L 2047
W 4095



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534924100000030461203>

Número do documento: 20062315534924100000030461203

Not intended for official interpretation.



26 dez 2018



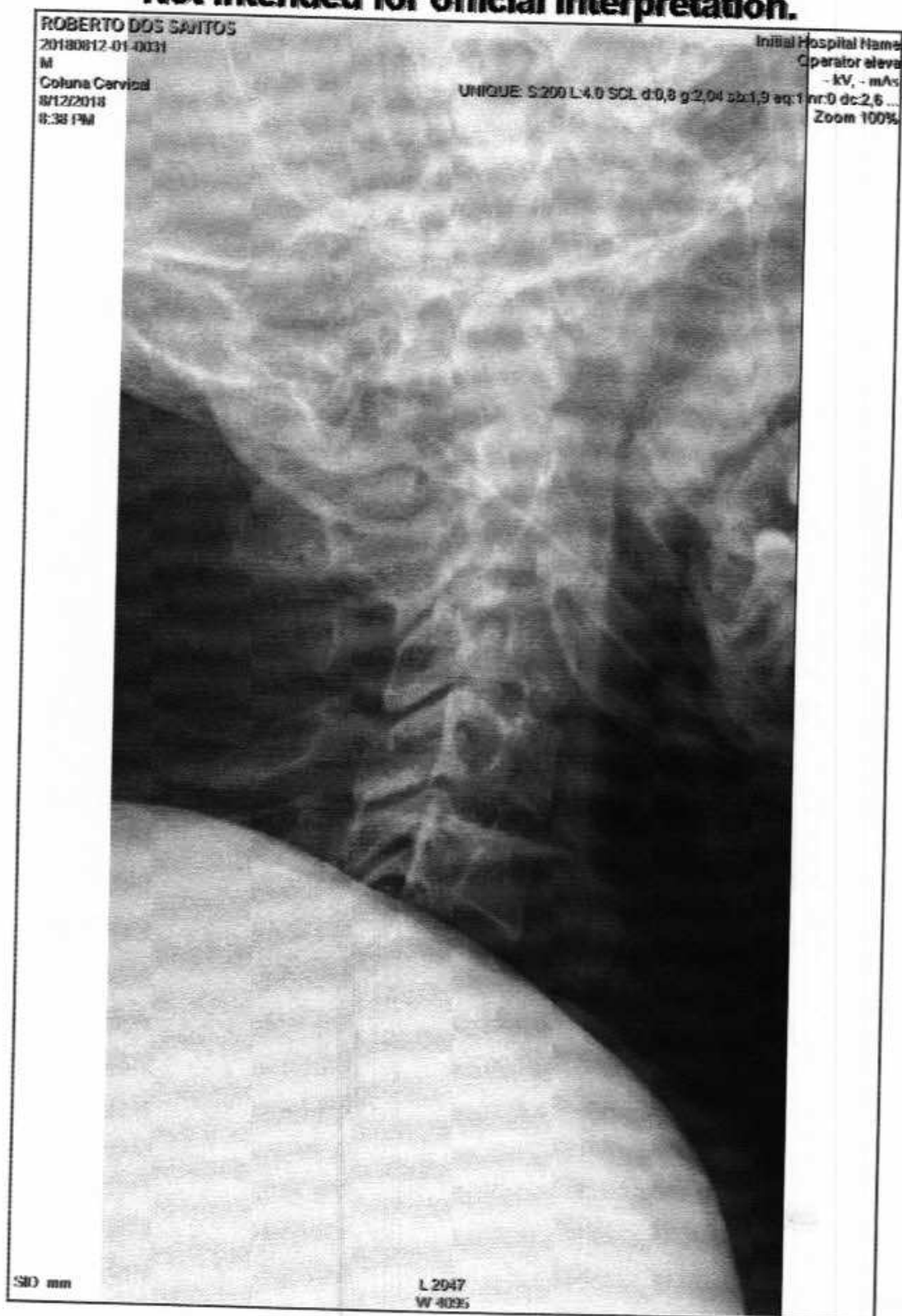
Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS

20180812-01-0031

M

Tórax

08/12/2018

8:44 PM

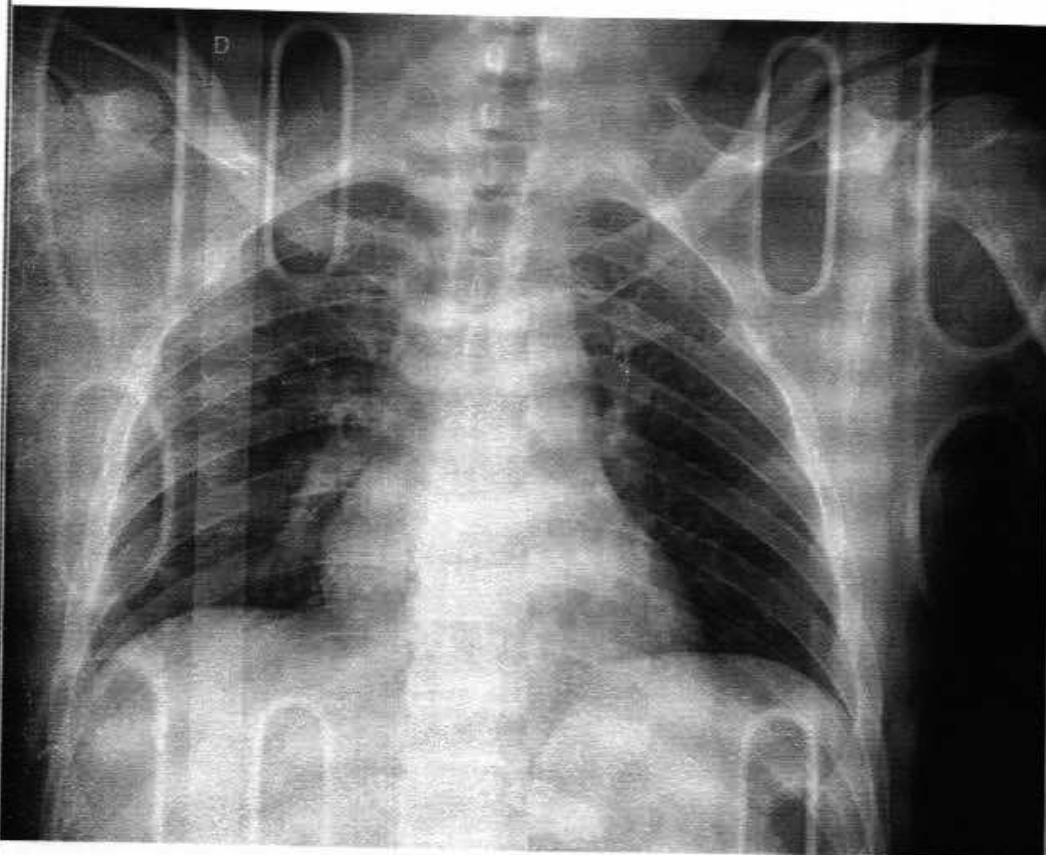
Initial Hospital Name

Operator eleva

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1,38 g:2,6 sb:6,01 eq:0,7 nr:0,65 dc...

Zoom 100%



26 DEZ. 2018

SID mm

L 2047
W 4095



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:50

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534974500000030461204>

Número do documento: 20062315534974500000030461204

$\frac{19}{08}$
18

There
8:45

$\frac{120}{80}$ f.d.

[illegible]

Uso: 100 mg 3 vezes ao dia
Técnico de Enfermagem
DORÊN PB 810735

20 hr

PA 180/180m medium, 300

Paciente comumente e
bacterias 1 sem aqueiras
segue mpm, que aos
mudado da seguinte

I received

July

26 DEZ. 2018



PACIENTE ROBERTO DOS SANTOS

Nº 87700

REQUISITANTE DR THALES OLIVEIRA

DATA: 12/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

Obs: Paciente inquieto degradando a aquisição de algumas imagens.

RELATÓRIO:

1. Descontinuidade da cortical óssea frontal, temporal, e do processo frontal do zigomático à esquerda.
2. Focos com densidade de gá na região frontotemporal esquerda.
3. Imagens amorfas, hiperdensas, esparsas pelo parênquima encefálico, e no mesênfalo à direita.
4. Hipertenuação espontânea preenchendo alguns sulcos entre os giros corticais.
5. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
6. Não há evidência de desvio da linha média.
7. Aumento de partes moles na região frontotemporal bilateral, e periorbitária esquerda com enfisema subcutâneo regional.
8. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente o seio maxilar direito, seio esfenoidal e células etmoidais.



26 DEZ. 2018

Obs.:

As informações contidas neste resultado representam a expressão diagnóstica derivada da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são dinâmica e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Pericles Neves - R. Getúlio Vargas, 24 - Centro - Sousa - PB - Fone: 83 3572.2766 - pericles.neves@uol.com.br
Dr. Jose Pericles Rodrigues Neves - Rua Manoel Tavares de Araújo, 100 - Centro - Sousa - PB - Fone: 83 3572.2766 - CRM 1933 PB
Cec. Marceli Cortina Neves (Cec) - Fone: 83 6089.1111

Fone: 83 3572.1900



PACIENTE: ROBERTO DOS SANTOS

Nº: 87700

REQUISITANTE: DR THALES OLIVEIRA

DATA: 12/08/2018

Conclusão:

- Fratura frontal, temporal, e do processo frontal do zigomático à esquerda.
- Focos de pneumocéfalo, focos hemorrágicos intraparenquimatosos, e hemorragia subaracnoide.
- Edema/hematoma subgaleal frontotemporal bilateral, e edema de partes moles periorbitário esquerdo.
- Hemossinas.

26 DEZ 2018

SOUZA-PB, 12 de agosto de 2018

Dr(a) MARCELLI CARTAXO NEVES

Medico(a) Radiologista

CRM Nº 8089

As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. General Osório, 111 - Centro - João Pessoa - PB - Fone: 83 3522 2766 - pericles.neves@uol.com.br
Dr. José Péricles Rodrigues - CRM 1933 PB - Fone: 83 3522 2917 - CRN 1933 PB
Dr. Marceli Cartaxo - CRM 8089 PB - Fone: 83 3522 1900



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

NOME: Roberto dos Santos

IDADE: 30 anos

DATA: 12/08/2018

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL

Fígado de dimensões, contornos e ecotextura normais. Distribuição vascular preservada, com calibre normal da veia porta e supra-hepáticas. Vesícula biliar com boa distensão, de dimensões normais, paredes finas e sem imagens calculosas.

Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Baço de dimensões e textura normais. Veia esplênica de calibre normal.

Pâncreas de dimensões, contornos e padrão ecogênico normais.

Não há dilatação do Wirsung.

Aorta e cava inferior de calibre e topografia normais.

Não se observa adenomegalia parietal ou visceral.

Não há líquido livre na cavidade peritoneal.

Rins de topografia habitual, contornos regulares e dimensões simétricas dentro dos limites normais.

Relação e delimitação córtico-medular normais, com textura do parênquima renal preservada.

Não há hidronefrose ou imagens calculosas.

Bexiga em boa fase de repleção, de paredes finas e conteúdo anecóide.

CONCLUSÃO:

Aspecto ecográfico normal.

► Ao retornar, trazer exame anterior.

Dr. Domingos Sávio Antunes Rocha
CRM - 4505/PB

26 DEZ. 2018



Ficha de Acolhimento

Nome:	Roberto das Santos		
End:	R. Francisco Paulino da Silva 503		
Data de Nascimento:	01-06-89	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente de trabalho		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Exatidão de F.C.N. Barbaça
Emergência
Data: 23/07/20

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

26 DEZ. 2018





GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		EXAME PRIMÁRIO - DE CLÍNICOS	
ATENDIMENTO URGÊNCIA PRONT (B.E) Nº: 1712869 CLASS. DE RISCO: VERMELHO		TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 16/08/18	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/08/2018 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Marcia Cristina De Melo Pereira Nascimento: 01/06/1989		ALERGIA:	
PACIENTE: ROBERTO DOS SANTOS CEP: 58225000		MEDICAMENTOS:	
Endereço: FRANCISCO PAULINO DA SILVA		PATOLOGIAS:	
Cidade: Solânea		EXAME FÍSICO	
Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS		PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()	
Responsável: FRANCISCA ANA DOS SANTOS		Glasgow PA HGT: Sat02	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Motivo: QUEDA DE MOTO			
Médico:			
CRM:			
Data de Atend: 13/08/2018			
Hora: 23:26:58			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			
CNS: 700001452961500			
CONVÊNIO: SUS			
Especialidade:			
Profissão:			
Bairro: JARDIM SONILANDIA			
Telefone: 94002131			
Sexo: M			
Idade: 029			
RG: 3392885			
CPF: 07906163435			



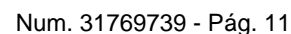
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Ferr

20

[illegible]

26 DEZ. 2018



26 DEZ. 2018

Diagnóstico

১৭৮৮

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

314

[illegible]

1000 010



und nicht + Christ ... 31 f
Christ

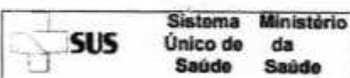
30 f
31 f
32 f
33 f
34 f
35 f
36 f
37 f
38 f
39 f
40 f
41 f
42 f
43 f
44 f
45 f
46 f
47 f
48 f
49 f
50 f
51 f
52 f
53 f
54 f
55 f
56 f
57 f
58 f
59 f
60 f
61 f
62 f
63 f
64 f
65 f
66 f
67 f
68 f
69 f
70 f
71 f
72 f
73 f
74 f
75 f
76 f
77 f
78 f
79 f
80 f
81 f
82 f
83 f
84 f
85 f
86 f
87 f
88 f
89 f
90 f
91 f
92 f
93 f
94 f
95 f
96 f
97 f
98 f
99 f
100 f

26

26 DEZ. 2018



Data da internação: 13/08/2018 Hora: 23:51:26



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ROBERTO DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1712873

7 - CARTÃO DO SUS
700001452961500

8 - DATA DE NASCIMENTO
01/06/1989

9 - SEXO
Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
FRANCISCA ANA DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO
83 94002131

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 68, JARDIM SONILANDIA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Solânea

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 251600 15 - UF PB 16 - CEP 58225000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

+ ICE + Miculúrgia Frenil + Fratura hum
Frenil

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

+ ICE 7 ICE

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

+ IC de (mimic + Kx, p/ice

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

+ ICE

21 - CID-10 PRINCIPAL J. 06

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016288022859

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ALFREDO DANIEL DE SOUSA NETO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
13/08/2018

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 TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

26 DEZ. 2018



Data: 15/08/2018

Horas: 09:40:05

Médico (a) Diarista : Alfredo Daniel Sousa Neto ✓



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

OK

③

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1712873 Paciente: ROBERTO DOS SANTOS Idade: 029

Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/06/1989 Sexo: M

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 12 Diagnóstico: TCE

DIA 15/08/2018

MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA BRANDA	12-18 15-18 21-06
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	12-18 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12-18 24-06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	06 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	06 06
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	06
7	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT<70MG/DL	06
8	CAPTÓPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE PA>180X110MMHG	06
9	DECÚBITO ELEVADO DECÚBITO ELEVADO A 30 GRAUS	06
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06
11	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 6h/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	06

$$H_{6T} = 44 \text{ (NMS)}$$
~~06~~ (M9)

Polenta Segur Slegun 13,
RTEA, Mubungu 4 mubun.

cd:- Transpore P/L-former.

(119)
 R
 F. B. I. - New York
 TELETYPE UNIT
 MAY 14 1964

Admitido na Área Amarela às 12:35hrs.



ENT

paciente, estado de saúde

20/08

21 de Junho de 2018
Estado de saúde do paciente

16/08/18

paciente estável sem queixas
no momento segue aos
cuidados da enfermagem, medicado
conforme prescrição médica.

PA 130x80

17/08

20-00h

PA: 120x80

26 DEZ. 2018

- 1) Dieta geral
- 2) 200ml de água
- 3) 200ml de leite
- 4) 200ml de suco
- 5) 200ml de chá
- 6) 200ml de café
- 7) 200ml de leite
- 8) 200ml de suco
- 9) 200ml de chá
- 10) 200ml de café
- 11) 200ml de leite
- 12) 200ml de suco
- 13) 200ml de chá
- 14) 200ml de café
- 15) 200ml de leite
- 16) 200ml de suco
- 17) 200ml de chá
- 18) 200ml de café
- 19) 200ml de leite
- 20) 200ml de suco
- 21) 200ml de chá
- 22) 200ml de café
- 23) 200ml de leite
- 24) 200ml de suco
- 25) 200ml de chá
- 26) 200ml de café
- 27) 200ml de leite
- 28) 200ml de suco
- 29) 200ml de chá
- 30) 200ml de café
- 31) 200ml de leite
- 32) 200ml de suco
- 33) 200ml de chá
- 34) 200ml de café
- 35) 200ml de leite
- 36) 200ml de suco
- 37) 200ml de chá
- 38) 200ml de café
- 39) 200ml de leite
- 40) 200ml de suco
- 41) 200ml de chá
- 42) 200ml de café
- 43) 200ml de leite
- 44) 200ml de suco
- 45) 200ml de chá
- 46) 200ml de café
- 47) 200ml de leite
- 48) 200ml de suco
- 49) 200ml de chá
- 50) 200ml de café
- 51) 200ml de leite
- 52) 200ml de suco
- 53) 200ml de chá
- 54) 200ml de café
- 55) 200ml de leite
- 56) 200ml de suco
- 57) 200ml de chá
- 58) 200ml de café
- 59) 200ml de leite
- 60) 200ml de suco
- 61) 200ml de chá
- 62) 200ml de café
- 63) 200ml de leite
- 64) 200ml de suco
- 65) 200ml de chá
- 66) 200ml de café
- 67) 200ml de leite
- 68) 200ml de suco
- 69) 200ml de chá
- 70) 200ml de café
- 71) 200ml de leite
- 72) 200ml de suco
- 73) 200ml de chá
- 74) 200ml de café
- 75) 200ml de leite
- 76) 200ml de suco
- 77) 200ml de chá
- 78) 200ml de café
- 79) 200ml de leite
- 80) 200ml de suco
- 81) 200ml de chá
- 82) 200ml de café
- 83) 200ml de leite
- 84) 200ml de suco
- 85) 200ml de chá
- 86) 200ml de café
- 87) 200ml de leite
- 88) 200ml de suco
- 89) 200ml de chá
- 90) 200ml de café
- 91) 200ml de leite
- 92) 200ml de suco
- 93) 200ml de chá
- 94) 200ml de café
- 95) 200ml de leite
- 96) 200ml de suco
- 97) 200ml de chá
- 98) 200ml de café
- 99) 200ml de leite
- 100) 200ml de suco



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS			
NOME	LEITO:	HORA	
IDADE	ENFERMARIA	ADMISSÃO	
H. D.			
PROCEDÊNCIA:			
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRpA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM			
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:			
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia			
HDA:			
DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante, Débito			
Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente			
<input type="checkbox"/> Edema, Regiões:			
<input type="checkbox"/> Calfos			
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O2
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> Decanulação	<input type="checkbox"/> MRP
<input type="checkbox"/> Treino de Marcha	<input type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> Sedestação
<input type="checkbox"/> Ortoatletismo	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	
<input type="checkbox"/> Posicionamento:	<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação		
Outros:			
Observações:			
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:			
Campina Grande, _____/_____/_____ Fisioterapia/CREFITO			

SV: FC	bp	FR	bp	PA:	SpO2	% T	°C
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow							
Tônus: <input type="checkbox"/> Hípo <input type="checkbox"/> Híper <input type="checkbox"/> Normal							
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentos <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Normal							
Força Muscular (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5							
Bloqueios Articulares (Regiões)							
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR							
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Sem alterações							
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI							
O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi %							
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min							
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tiragens supraclaviculares <input type="checkbox"/> Tiragens intercostais <input type="checkbox"/> Tiragens subcostais							
<input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor ____ /4+							
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial							
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica							
Ausculta Pulmonar: Ralo X Tórax: _____							
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz							
SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.							
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta							
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha							

76 DEZ 2019

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Roberto dos Santos HD: 12 DATA: 15.08.18
LEITO: 12 SETOR: Unidade

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50	80/50
PULSO/FC	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
TEMPERATURA	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5
RESPIRAÇÃO	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
SAT. O2	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
PVC																								
PIA																								
HGT																								
SF 0,9%																								
SRL																								
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDACÃO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
DIETA																								
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								
SNG/VÔMITOS																								
FESES																								
DIURESE																								
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUCÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								
GANHOS 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
GANHOS 24H DIA=																								
PERDA 24H + 1000ML=																								
ASSINATURA:																								
ASSINATURA:																								

26 DEZ. 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Gouveia de Lima Registro: _____ Leito: 08 Setor Atual: Urenel

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso (X) Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia (X) Afasia () Disfasia () Disartria.

bs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea (X) Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia (X) Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: ____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável (X) Filiforme () Cheio.

26 DEZ. 2018



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

APRESENTAÇÃO	RESULTADOS OBTIDOS
() Avaliar distensão abdominal.	() Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.	() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).	() Manutenção da glicemia estável.
(X) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.	() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).	() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).	() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
(X) Observar e comunicar dificuldades alimentares.	() Melhora da integridade da pele.
(X) Encaminhar ao banho de chuveiro.	() Diminuição do risco de lesão.
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	() Melhora da perfusão tissular.
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	() Padrão respiratório eficaz.
() Avaliar características, intensidade e local da dor.	() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Avaliar alterações de sinais vitais.	() Diminuir o risco de infecção.
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	() Diminuir o risco de queda.
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	() Melhora do padrão do sono.
() Observar reações de desorientação/confusão.	() Outros
(X) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	() Outros
(X) Analisar condições do curativo.	
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.	
() Auxiliar o paciente a movimentação no leito.	
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.	
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).	
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	
(X) Realizar balanço hídrico.	
(X) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	
(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	
(X) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).	
(X) Manter as grades do leito elevadas.	
(X) Conter o paciente quando necessário.	
() Manter ambiente calmo e tranquilo.	
() Orientar repouso no leito.	
() Administrar medicação CPM.	
() Outros	
() Outros	

26 DEZ 2019

Carimbo e Assinatura de Enfermeiro(a):
Carimbo e Assinatura de Médico de Enfermagem

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Roberto dos Santos

HD: TCE

SETOR: A-VERMELHA LEITO: 12

DATA: 14/08/18

HORARIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL	100/70					150x100				140x100					160x120			130/70						147/83
PULSO/FC	91					50				88					111			77						81
TEMPERATURA	36,8					36				36,5					36			36,5						37
RESPIRAÇÃO	18					17				17					18			17						17
SAT. O2																								
PVC																								
PIA																								
HGT						118				100								136						112
SF 0,9%																								
SRL										500								500						
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDAÇÃO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA						10						10												
DORA																								
HOMODERIVADOS																								
NPT																								
DIETA																								
ÁGUA						300				300					300									
MEDICAÇÕES						50				50					50									
DIURESE																								
FESES																								
SNG/VÔMITOS																								
DIURESE																								
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								
GANHOS 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
GANHOS 12H NOITE=																								
PERDAS 12H NOITE=																								
BH DIA=																								
BH NOITE=																								
GANHOS 24H DIA=																								
PERDA 24H + 1000ML=																								
ASSINATURA:																								

26 DEZ 2018



VERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Roberto dos Santos HD: _____ DATA: 13/08/18
SETOR: Urnemilha LEITO: 12

HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL																								
PULSO/FC																								
TEMPERATURA																								
RESPIRAÇÃO																								
SAT. O2																								
PVC																								
PIA																								
HGT																								
SF 0,9%																								
SRL																								
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDAÇÃO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
DIETA																								
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								
DRENOS																								
FESES																								
DIURESE																								
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								
GANHOS 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
BH DIA=																								
GANHOS 12H NOITE=																								
PERDAS 12H NOITE=																								
BH NOITE=																								
GANHOS 24H DIA=																								
PERDA 24H + 1000ML=																								
BH 24H=																								
ASSINATURA:																								

26 DEZ. 2018

14/08/2018

HTCG-Painel Administrativo

Data: 14/08/2018

Horas: 00:31:38

Médico (a) Diarista : Alfredo Daniel Sousa Neto

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1712873 Paciente: ROBERTO DOS SANTOS Idade: 029
 Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/06/1989 Sexo: M
 Clínica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 12 Diagnóstico: TCE

DIA 14/08/2018

MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	26 14 26 06
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	24 26 12 18 24 06
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	26 FF 26 FF
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	
6	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT<70MG/DL	cte
7	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE PA>180X110MMHG	cte
8	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	cte
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte
10	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 6h/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	24 26

Dr. Alfredo Daniel
 SOUSA NETO

26 DEZ 2018

<http://10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2018-08-14&contar=1712873>

1/1



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315535092100000030461206>

Número do documento: 20062315535092100000030461206

Num. 31769741 - Pág. 2

[illegible]



DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Joné Joviana de Lima		Enfermária:	Janelle	Leito:	08	Data:	15/08/18
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro (X)	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
		Ansiiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo (X)		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele (X)	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física (X)	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia (X)	
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Balimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos (X)	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada (X)	Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

26 DEZ. 2018



FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto dos Santos Registro: _____ Leito: 32 Setor Atual: Neurologia

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

4EE

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Abs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo, () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

26 DEZ. 2018



26 DEZ. 2018

INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO	ANEXO 1 - HISTÓRICO	ANEXO 2 - OBSERVAÇÕES
() Avaliar distensão o abdominal.		() Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
(x) Avaliar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).	9.12.18 18.24h	(x) Melhora a aceitação alimentar.
(x) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urínaria (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
() Encaminhar ao banho de chuveiro.	21.02.18	
(x) Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		(x) Manutenção da glicemia estável.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	21.02.18	() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		
(x) Avaliar alterações de sinais vitais.		
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	9.12.18 15.13h	(x) Controle da dor (melhorada / aumente).
() Após administrar medicamentos antitêmicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		
() Observar reações de desorientação/confusão.		
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
(x) Analisar condições do curativo.		(x) Melhora da integridade da pele.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.	21.02.18	() Diminuição do risco de lesão.
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Melhora da perfusão tissular.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		() Padrão respiratório eficaz.
(x) Realizar balanço hídrico.	18.02.18	() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		(x) Diminuir o risco de infecção.
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
(x) Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.	21.02.18	(x) Diminuir o risco de queda.
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		() Melhora do padrão do sono.
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro(a):



554491

18/08/18 ~ 08hs. ~ PA: 130x80 mmHg ~ aferido SSV; medicações conforme
na prescrição médica; reavaliado sinais vitais gerais

Camila Adelaide Volney
REC. ENFERMAGEM
COREN-PR 531.249

11/11/18
C. S. S. R.
18/08/18

11/11/18
C. S. S. R.
18/08/18

26 DEZ. 2018





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

we've
1-2 1+12
1-2 1+23

[illegible]

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

; 26 DEZ 2018

Marcos Máquer de S. Porto
 NEUROCIÊNCIA
 CRM 5852

AO JUÍZO DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

ROBERTO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, inscrito no RG nº 3.392.885 e CPF nº 079.061.634-35, com endereço na Rua Francisco Paulino da Silva, 88, Sorrilândia, Sousa, Paraíba, não possui endereço eletrônico, vem, por intermédio de seus advogados infra-assinados, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT
PELO PROCEDIMENTO COMUM (Art. 318 CPC)

Em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, localizada na Avenida Treze de Maio, nº 23, 2º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20031-902, portal <https://www.seguradoralider.com.br/> pelas razões de fato e de direito que passa a expor:

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, a parte autora solicita a Vossa Excelência se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma dos artigos 98 e 99 e seus parágrafos do CPC bem como, da Lei 1060/50, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência, nos termos da declaração acostada nos autos.

Junta para tanto, a guia de custas do processo, conforme determinação do E. Tribunal de Justiça da Paraíba, para fins de gratuidade processual.

Junta também extrato dos três últimos anos do IRPF.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim em cumprimento ao art. 39, I, do CPC, a parte autora requer que todas as intimações referentes a este processo sejam endereçadas a Av. João Machado, 553, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP. 58013-520, requerendo, ainda, **que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome dos advogados Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/RJ sob o nº 57069, endereço eletrônico josebritoadvogados@hotmail.com e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, endereço eletrônico fariasdesousaadv@gmail.com** sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA MEDIAÇÃO

Muito embora a parte autora tenha sempre interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou o que sempre tornou inócua as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º. Do Artigo 334, do novo CPC, o autor, declara seu **desinteresse** na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

DOS FATOS

Na data de **12 de agosto de 2018**, o autor foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu **LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, TRAUMA COM FRATURA NA REGIÃO FRONTO-OCCIPITAL DO CRÂNIO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO**.

Em virtude das lesões sofridas pelo autor, conforme relatado acima, culminou com a sua debilidade permanente, apresentando assim, **no ombro esquerdo**, edema residual muito importante, parestesia no MSE, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativos dos movimentos de elevação e abdução, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão, extensão, adução, abdução horizontal e rotação (externa e interna) e diminuição da ADM do MSE para AVDs; **na região fronto-occipital** do crânio apresenta dor a palpação, apresentando cefaléia de grande intensidade, vertigens frequentes, distrúrbios do sono, distrúrbios da memória remota e recente e parestesia. Há, portanto, debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do MSE e que há sequelas de TCE, com

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou vida diária, tudo conforme comprova o Boletim de Ocorrência nº 584/2018 e Boletim de Atendimento Médico e documentação médica hospitalar anexa.

Conforme lesão e debilidade citada acima, a lei vigente rege que tal sequela em tela (perda completa da mobilidade de um dos ombros) seja indenizada no percentual de **195% da tabela (100%+70%+25%)**, ou seja, **R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**.

A parte autora sofre com as sequelas permanentes provenientes do acidente, sentindo fortes dores na região do ombro, braço e cabeça e outras patologias que serão comprovadas mediante perícia médica.

Ao vermos os documentos presentes nos autos, a seguradora ré não levou em consideração, de forma arbitrária que a promovente não possui direito ao valor devido do valor indenizatório, em seus cálculos, contrariando a lei em vigência, conforme documento comprobatório.

No caso em tela, há de se pagar o percentual de **195%**, perfazendo a indenização de até **R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**, deduzindo-se o valor já pago administrativamente, sendo informado através de perícia médica o percentual de diferença a ser seguido e pago.

Assim, na qualidade de vítima de acidente de trânsito, ciente de sua inequívoca invalidez e munido da documentação necessária, protocolizou o pedido de pagamento do **SEGURO**

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DPVAT, tendo a seguradora ré **RECONHECIDO O ACIDENTE, ATRAVÉS DO SINISTRO Nº 3180534056**, todavia, não pagou nenhum valor, contrariando desta forma, o previsto na Lei nº. 6194/74 com as atualizações da lei nº 11945/09.

Ressalte-se que, após o acidente sofrido, adquiriu **INVALIDEZ DE NATUREZA PERMANENTE**, não lhe restando, dessa forma, alternativa, senão a propositura da presente ação, para o recebimento do seu direito.

DO DIREITO

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo **INVALIDEZ PERMANENTE** em membro superior (ombro) com outros traumas, o valor da indenização deve ser de 195% do Seguro DPVAT, que corresponde a **R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**, a ser paga de acordo com o real grau de invalidez de que é portadora a vítima, devendo o grau ser aferido por ocasião da perícia médica.

Dessa forma, restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a autora ao recebimento do complemento do **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DO PEDIDO

Face ao exposto, requer a Vossa Excelência, seja determinada, desde logo, a citação da seguradora ré, para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia e confissão, pedindo e esperando a inteira **PROCEDÊNCIA DO PEDIDO**, com a consequente condenação da ré ao pagamento de uma indenização que tenha como base as seguintes verbas:

- a) O deferimento do pedido de gratuidade de justiça;
- b) Que todas as publicações na Imprensa Oficial sejam feitas **exclusivamente em nome do Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, OAB/RJ 57069 e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, OAB/PB 25.251**, bem como para fins do art. 39, inciso I do CPC, que sejam remetidas todas as futuras intimações para seu endereço profissional constantes no timbre da presente peça;
- c) **Pagamento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de **R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**, na forma do artigo 3º, alínea b, da Lei nº 6194/74, com as atualizações da Lei nº 11945/09, **corrigido monetariamente desde a data do acidente, acrescido de juros desde a citação;**
- d) Honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% sobre o valor da condenação, custas judiciais, juros e correção monetária onde couber.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DAS PROVAS

Finalmente, protesta pela produção de provas, especialmente a documentação superveniente e a pericial médica, acostando, para tanto, os quesitos.

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais).

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Sousa, data da assinatura digital.

Felipe Eduardo Farias de Sousa

OAB/PB 25.251

Jose Orisvaldo Brito da Silva

OAB/RJ 57069

Dayane Nunes Ramos

OAB/PB 27.489

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Queira o Ilustre Perito responder o seguinte:

1. Foi o periciado vítima de acidente automobilístico? Em que data?
2. Foi internado? Qual nosocômio?
3. Qual o diagnóstico médico?
4. Necessitou de intervenção cirúrgica? Qual a indicação nosológica?
5. Necessita ainda o periciado de tratamento?
6. São definitivas as sequelas?
7. A lesão é permanente?
8. Ficou com incapacidade permanente? Se positivo indicar o (s) membro (s) e/ou sentido (s) e/ou função(ões) e o percentual, por parte afetada, separadamente, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, informando, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.
9. Suporta deformidade e debilidade permanente? Esclarecer, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, percentual, **por parte afetada**, separadamente, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



10. Se a(s) parte(s) atingida(s), compromete parte e/ou todo o movimento e/ou funcionalidade do Membro ou órgão afetado? Caso positivo, qual o percentual a ser atribuído, levando em conta o comprometimento do membro ou órgão afetado?
11. Tendo como base o teto máximo do seguro DPVAT (100%), informar qual o somatório final dos percentuais apurados.
12. Esclareça todo o mais que entender necessário ao bom trabalho a que foi nomeado.
13. No caso de a sequela da qual é portadora a vítima, não fazer parte das sequelas indenizáveis pela tabela do SEGURO DPVAT, qual o percentual de invalidez o expert atribuiria ao periciado, considerando o comprometimento da sequela na vida diária e laborativa da vítima.
14. Se a lesão sofrida pela autora, prejudicou o seu desempenho profissional, a ponto de ter de ser readaptada a nova função?

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

OUTORGANTE: Roberto de Santa, RG 3.392885-2ª Via: SSP/PB
CPE: 079.061.634-35, tel: 99178-6768, brasileiro,
solteiro, agricultor, residente e domiciliado na Rua Fran-
cisco Paulino da Silva, 88, Searalandia, Sousa - PB

OUTORGADOS: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251 e JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, Advogado inscrita na OAB/PB sob o nº 25.251/A ambos com escritório profissional localizado na Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-520.

PODERES: Para o foro em geral, nos termos do art. 105, e seus incisos do CPC/2015, inclusive, como CLÁUSULA ESPECIAL, CONFERINDO PODERES DE CONFESSAR, TRANSIGIR, DESISTIR, RECEBER ALVARÁ JUDICIAL PERANTE O CARTÓRIO QUE TRAMITA O PROCESSO BEM COMO, LEVANTAMENTO DE VALORES EM INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, DAR QUITAÇÃO A CRÉDITOS EM FAVOR DO (A) OUTORGANTE decorrente da atuação do outorgado, firmar compromisso de inventariante, bem como, de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventário ou arrolamento, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, reconhecer a procedência do pedido, retirar alvará em cartório, dar e receber quitação, renunciar no todo ou em parte do direito sobre o qual funda a ação, representando-o (os) perante o Juízo, Instância ou Tribunal, repartições Públicas, Federais e/ou Municipais, na resolução de demandas administrativas, ainda, receber e dar quitação de alvarás em estabelecimentos financeiros e bancários seja eles quais forem separadamente, representar o (a) outorgante em delegacias, procedimentos criminais e administrativos criminais, delegacia do idoso, atuar em representações criminais, atuar em ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT, representar o (a) outorgante em estabelecimentos hospitalares, requerer vistas e cópias de prontuários médico, bem como, substabelecer com ou sem reservas de poderes, receber valores depositados mediante alvará nas instituições bancárias conveniadas com o Tribunal de Justiça da Paraíba, representar o outorgante em ações de cobrança contra instituições de crédito, seguradoras, cobranças de seguro de vida e previdência, representar de forma administrativa nas esferas Estadual e Municipal, acompanhar e praticar atos em processos administrativos, bem como, perante o INSS, realizando-se todo e qualquer ato que seja necessário.

Sousa, 07 DE MAIO DE 2019

Roberto de Santa
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE: Roberto dos Santos, RG 3.392.885,- 2ª Via
SSDF/PB, CPF: 049.061.634-35, brasileiro, solteiro, agricultor,
residente e domiciliado na Rua Francisco Paulino da Silva, 88
Sociedade, Santa - PB

DECLARO com base na Lei n.º 7.115 de 29/01/1993 (Lei da Desburocratização) e Lei 1.060/50, que: "Não disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, da demanda, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família, não percebo verba suficiente para o custeio antecipado de custas".

DECLARO ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeito (a), caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

João Pessoa, 07 DE MAIO DE 2019.

Roberto dos Santos
DECLARANTE



Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 079.061.634-35),

ROBERTO DOS SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

22/06/2020

13:46

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 079.061.634-35),

ROBERTO DOS SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

22/06/2020

13:45

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 079.061.634-35),

ROBERTO DOS SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

22/06/2020

13:45

versão 01.20180815

Voltar

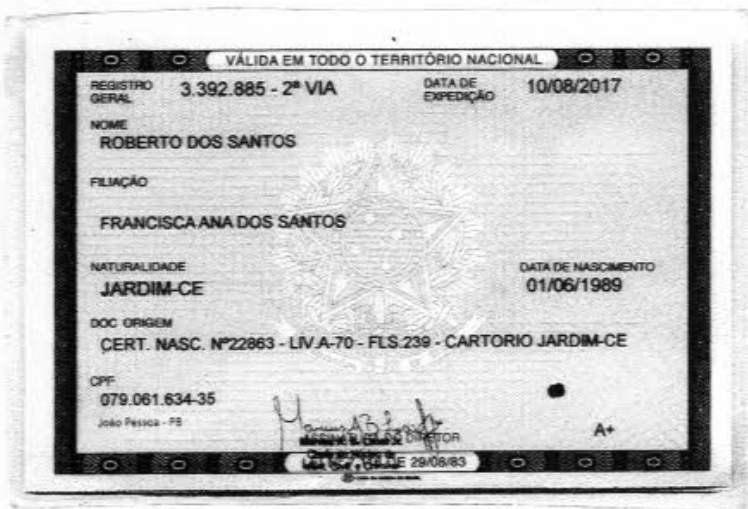


(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R





13 NOV. 2018



SUBSTABELECIMENTO

Por este instrumento particular de substabelecimento, **FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, substabeleço **COM RESERVAS** de poderes a **DAYANE NUNES RAMOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/PB sob o nº. 27.489, os poderes que me foram outorgados pela parte promovente para atuar nos autos do presente processo, tudo conforme instrumento de procuração outorgada.

João Pessoa, 18 de junho de 2020.





FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA


OAB/PB 25.251



Em anexo.



 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: 037.9.20.01661/01
Nº do Processo: 0801578-27.2020.815.0371	Comarca: Sousa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/06/2020
Número da guia: 037.2020.601661 Tipo da Guia: Custas Iniciais			Data de vencimento: 30/06/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.553,40 Promovente: DAYANE NUNES RAMOS; - Taxa Judiciária: R\$ 394,87 ROBERTO DOS SANTOS; - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 26.325,00			UFR vigente: R\$ 51,78
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
866600000198 496209283183 520200630033 792001661018 			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.949,62
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.949,62

 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: 037.9.20.01661/01
Nº do Processo: 0801578-27.2020.815.0371	Comarca: Sousa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/06/2020
Número da guia: 037.2020.601661 Tipo de Guia: Custas Iniciais			Data de vencimento: 30/06/2020
Promovente: DAYANE NUNES RAMOS; ROBERTO DOS SANTOS; FELIPE EDUARDO Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.; Valor da causa: R\$ 26.325,00			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.553,40 - Taxa Judiciária: R\$ 394,87 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.949,62
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.949,62

 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: 037.9.20.01661/01
Nº do Processo: 0801578-27.2020.815.0371	Comarca: Sousa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 23/06/2020
Número da guia: 037.2020.601661 Tipo de Guia: Custas Iniciais			Data de vencimento: 30/06/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.553,40 Promovente: DAYANE NUNES RAMOS; - Taxa Judiciária: R\$ 394,87 ROBERTO DOS SANTOS; - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 26.325,00			UFR vigente: R\$ 51,78
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
866600000198 496209283183 520200630033 792001661018 			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.949,62
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.949,62





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail sza.7vara@tjpb.jus.br; telefone (83)35226602

PROCESSO	0801578-27.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
AUTOR	ROBERTO DOS SANTOS
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
	Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Endereço: Edifício Darke_**, 2 andar, Avenida Treze de Maio 23, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-902

DESPACHO

Defiro a gratuidade processual, por presumir a insuficiência financeira do autor, dada a documentação anexada à inicial, em especial a prova da dispensa de apresentação de declaração de imposto de renda.

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, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do NCPC.

Cite(m)-se a(s) parte(s) ré(s) para oferecer(em) contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e de presunção de veracidade das alegações de fato formuladas na petição inicial (NCPC, art. 344).

E ainda, tratando-se de ação de cobrança de seguro DPVAT, é imprescindível a realização de perícia. Nesse sentido, nomeio a



DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO. Fica autorizada a intimação por meio dos canais indicados pelo perito no sítio eletrônico do TJPB (diegosantiago_medicina@hotmail.com; 83-996814345, desde que ele acuse o recebimento. Frustrada a comunicação, notifique-se por carta com AR (Rua José Anacleto, 271, Uiraúna-PB), **sem prejuízo de sua substituição por outro expert pela serventia**, arbitrando seus honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), em face da complexidade da prova e do local de sua realização, a serem custeados pela Seguradora Líder, nos termos do Convênio 015/2014, facultada às partes a indicação de assistente técnico. Intime-se a seguradora acionada para efetuar o depósito dos honorários em cinco dias, salvo se já efetuado o depósito.

No prazo para contestação o réu deverá oferecer seus quesitos e indicar assistente técnico. Quanto ao autor, se os quesitos ainda não tiverem sido apresentados na inicial, intime-se para que, no prazo de cinco dias, apresentem os seus quesitos e indique assistente técnico.

Por outro lado, formulo os seguintes quesitos a serem respondidos pelo Perito:

1 – O autor é portador de invalidez permanente?

2 – Em caso positivo, em que consiste essa invalidez?

3 – A invalidez permanente é total ou parcial?

4 – Em sendo a invalidez permanente parcial, ela é completa ou incompleta?

5 – Sendo a invalidez permanente parcial incompleta as sequelas são de repercussão intensa, média, leve ou residual?

6 – Levando-se em consideração a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, qual o grau da invalidez?

7 – Juntado aos autos o laudo pericial, expeça-se alvará para liberação dos valores do perito e intemem-se as partes para, no prazo sucessivo de 05 (cinco) dias se manifestarem e requererem o que entenderem de direito.

Sousa-PB, data e assinatura eletrônicas.

VINICIUS SILVA COELHO

Juiz de Direito

Código de Normas da CGJPB, art. 108. Fica autorizado o uso do despacho como carta citação/notificação/intimação/precatória/ofício pelos magistrados do primeiro grau de jurisdição, o qual consiste na prolação de ato decisório cujo teor sirva, automaticamente, de instrumento para citação, intimação, notificação, depreciação ou ofício.

Os documentos associados a esse processo podem ser acessados por meio do seguinte endereço eletrônico:

<<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>>



Ao acessar o link, o interessado deverá indicar a respectiva chave de acesso no campo "número de documento", conforme relação que segue abaixo.

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20062315534654100000030461197
ATO DECLARATORIO	Documento de Comprovação	20062315534739800000030461198
B.O	Documento de Comprovação	20062315534785800000030461199
COMP. RESID. VÍTIMA	Documento de Comprovação	20062315534830800000030461200
DOC. MEDICA	Documento de Comprovação	20062315534864200000030461202
LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 01	Documento de Comprovação	20062315534924100000030461203
LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 02	Documento de Comprovação	20062315534974500000030461204
LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 03	Documento de Comprovação	20062315535038200000030461205
LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 04	Documento de Comprovação	20062315535092100000030461206
PETIÇÃO INICIAL ROBERTO DOS SANTOS	Documento de Comprovação	20062315535146600000030461209
PROCURAÇÃO JUDICIAL E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação	20062315535193300000030461210
Receita Federal do Brasil 2018	Documento de Comprovação	20062315535243600000030461211
Receita Federal do Brasil 2019	Documento de Comprovação	20062315535289900000030461213
Receita Federal do Brasil 2020	Documento de Comprovação	20062315535335700000030461214
RG E CPF VÍTIMA	Documento de Comprovação	20062315535381200000030461215
SUBSTABELECIMENTO FELIPE X DAYANE	Documento de Comprovação	20062315535426100000030461216
Outros Documentos	Outros Documentos	20062315561589900000030461218
GuiaCustas	Documento de Comprovação	20062315561670100000030461219





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SOUSA
7ª VARA

0801578-27.2020.8.15.0371

AUTOR: ROBERTO DOS SANTOS

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) CITADO para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar contestação, sob pena de revelia sobre a parte disponível da pretensão (art. 344 do CPC), nos termos do despacho com força de mandado de citação, anexo.

Sousa(PB), 8 de agosto de 2020

ANA CLAUDIA RODRIGUES SOARES ABRANTES

assinatura eletrônicas



