



Número: **0800475-39.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS WAGNER DE MEDEIROS (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24262007	09/09/2019 19:23	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
24262041	09/09/2019 19:23	<a href="#">CERTIDÃO DE OCORRENCIA POLICIAL</a>	Outros Documentos
24262044	09/09/2019 19:23	<a href="#">DECLARAÇÃO DO SAMU</a>	Outros Documentos
24262045	09/09/2019 19:23	<a href="#">GuiaCustas</a>	Outros Documentos
24262046	09/09/2019 19:23	<a href="#">PROCESSO ADM - CARTA_NEGADO</a>	Outros Documentos
24262048	09/09/2019 19:23	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (1)</a>	Outros Documentos
24262050	09/09/2019 19:23	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (2)</a>	Outros Documentos
24262051	09/09/2019 19:23	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (3)</a>	Outros Documentos
24262053	09/09/2019 19:23	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (4)</a>	Outros Documentos
24262055	09/09/2019 19:23	<a href="#">RG, CPF, COMP. RESIDENCIA e PROCURAÇÃO</a>	Outros Documentos
24398808	13/09/2019 09:54	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
30982831	26/05/2020 22:26	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
37531612	07/12/2020 10:45	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
37531613	07/12/2020 10:45	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

**Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca De Alagoa Nova  
– PB**

**CARLOS WAGNER DE MEDEIROS**, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Juá, S/N, Área Rural. Município de Matinhas - PB, Estado da Paraíba, Cep 58128-000, portador do Rg. nº 3.964.409 SSP/PB e CPF nº 700.363.984-39, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

**AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

**1. DA JUSTIÇA GRATUITA**

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.



## 2. DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 25 de Dezembro de 2017, aproximadamente às 19h00min, estava trafegando pelas proximidades do Sítio Caranguejo, área rural de Alagoa Nova/PB CEP: 58125-000, quando perdeu o controle de direção, após o pneu dianteiro derrapar em uma curva. Sendo assim, veio este cair ao solo, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela Delegacia de Polícia Civil de Campina Grande – PB, a vítima estava trafegando no veículo **HONDA/POP 110**, cor vermelha, ano/modelo 2016/2017, placa **QFV-5607**, CHASSI N° **9C2HB0100HR212563**, licenciada em nome de Wallyson Rangel Cabral de Souza.

Após o acidente, o autor foi socorrido pelo SAMU e logo foi conduzido ao Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi constatado que o mesmo sofreu **FRATURA NO ZIGOMÁTICO ESQUERDO**, no qual foi submetido a tratamento cirúrgico.

## 3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

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

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

II – até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e

III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).



De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

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

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

#### EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

**Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido NEGADO, razão pela qual está requerendo via judicial.**



## DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

## DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

***Importante salientar que tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.***

## 4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

**1.** Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;

**2.** Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;

**3.** Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do NCPC, o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação.**

**4. Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução



e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

**5. NO MÉRITO**, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em **JULGAR PROCEDENTE** o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

**6.** Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

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

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 09/09/2019.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670

**QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE**



Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:\_\_\_\_\_.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_\_ horas,  
apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

\_\_\_\_\_

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQUÊLAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO

ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE  
DEBILITADOS):\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) EXISTEM SEQUÊLAS RESIDUAIS ? :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU,

GRAVE ? :



---

---

Sem mais, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(assinatura – carimbo – CRM)







GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

OCORRÊNCIA Nº 000365/18

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000365/18 registrada em 23/02/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e três dias do mês de fevereiro do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:21 horas, compareceu o Sr. CARLOS WAGENR DE MEDEIROS, com 21 anos de idade, filho de GENIVAL SEBASTIÃO DE MEDEIROS e INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.964.409, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 70063698439, residindo à rua SÍTIO JUÁ, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de MATINHAS - PB.

#### Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 19h00min do dia 25.12.2017, estava trafegando nas proximidades do Sítio Carangueijo, área rural de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110I, ano/modelo 2016/2017, cor vermelha, chassi nº 9C2HB0100HR212563, de placa QFV-5607/PB, licenciada em nome de Wallyson Rangel Cabral de Souza, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu dianteiro derrapar em uma curva, sofrendo ferimentos graves no zigomático esquerdo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 23 de Fevereiro de 2018

Carlos Wagenr de Medeiros  
CARLOS WAGENR DE MEDEIROS

Declarante

José Alberto do Nascimento  
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





**SAMU  
192**

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

### **DECLARAÇÃO**


Declaramos para todos os fins de direito que fizeram necessários que CARLOS WAGNER DE MEDEIROS, 23anos, RG:3964489 SSP/PB, CNS:704.8040.7983.9944, foi atendido pelo nosso serviço registrado sobre o Nº 1661099, em 25/12/2017 às 19:35hs, na USB 035 de Alagoa Nova –PB, vítima de QUEDA DE MOTO, consciente, orientado, apresentando abdômen doloroso, laceração lábio superior, escoriações MMSS E. Feito atendimento de acordo com o protocolo e encaminhado para HCTG, com a autorização do médico regulador.



ALAGOA NOVA – PB, 11/01/2018

  
Janécleide Maria Costa Sampaio  
ENFERMEIRA - COREN 110600  
COORDENADORA SAMU  
Matrícula 3192  
**JANÉCLEIDE MARIA COSTA SAMPAIO**  
COORDENADORA SAMU 192 ALAGOA NOVA – PB  
COREN 110600 PB



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 004.8.19.00444/01
			<b>Data de emissão:</b> 09/09/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600444 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 505,80 <b>Promovente:</b> CARLOS WAGNER DE MEDEIROS - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 648,90
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866400000067 489009283180 520190930005 481900444011 			<b>Valor final:</b> R\$ 648,90

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 004.8.19.00444/01
			<b>Data de emissão:</b> 09/09/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600444 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Promovente:</b> CARLOS WAGNER DE MEDEIROS <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Detalhamento:</b>			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 648,90
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 648,90

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 004.8.19.00444/01
			<b>Data de emissão:</b> 09/09/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Nova	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Número da guia:</b> 004.2019.600444 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 505,80 <b>Promovente:</b> CARLOS WAGNER DE MEDEIROS - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 648,90
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866400000067 489009283180 520190930005 481900444011 			<b>Valor final:</b> R\$ 648,90





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 004.2019.600444

**Data Vencimento:** 30/09/2019

**Data Emissão:** 09/09/2019

**Comarca:** Alagoa Nova

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

**Promovente:** CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

**Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

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

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 505,80

**Taxa:** R\$ 141,75

**Total da Guia:** R\$ 647,55

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

---

Servidor

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



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

Nº Sinistro: 3180193694

Vítima: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador VALDEMIR BALBINO SALES

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180193694**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00063/00064 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13015570





*Surtequais*

Paciente com história de queda de moto sem uso de cinto. Fize uso de bitida aléutica. Refundido dor em ombro (E). Não mais movimenta. Dor leve a palpato abdominal. Apresenta fadiga extrema e agitação com lábios ressecados.

## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1568434 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: 25/12/2017  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS CEP: 58128000 Nascimento: 06/05/1994

Endereço: JUA

Sexo: M

Telefone: 981678041

Cidade: Matinhas

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS

RG: 3964489

Nº: 0

CPF: 70063698439

Profissão:

Responsável: LENICE HERONDINO DA SILVA

Data de Atendimento: 25/12/2017

CNS: 704804079839944

Estado Civil: Solteiro(a)

Hora: 20:51:24

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

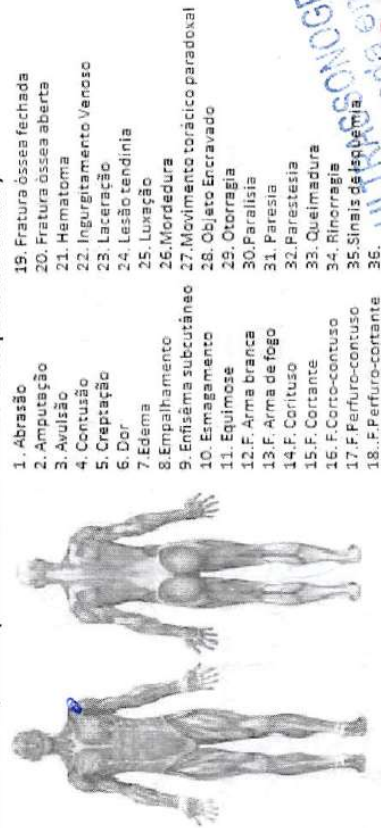
Especialidade:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNÓSTICO / CID: R17.1 Trauma (queda de moto)

http://10.1.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1568434





12/2017

HTCG-Painel Administrativo

AME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

# Ontopedia #

Paciente vítima de acidente motor, refere dor em face. Ex. f. n.º 9 ontopedico e Radiológico sem alterações

CD: ANE

Alta ontopedica  
As alterações BNF

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RN 6867 - CRM PB 10168

Dr. Fernando Fortela  
Cirurgião e Traumatologista  
Bucodentofacial  
CRM-PB 4420

BNF  
MAYNAB

26/03 Deu o alto ao Sr. Gaur  
p/ tratamento BNF.

Dr. Fernando Fortela  
Cirurgião e Traumatologista  
Bucodentofacial  
CRM-PB 4420

Condon to te  
@ neavando BNF

11/12/17

DESTINO DO PACIENTE / / / às : \_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico  
( ) Internação (setor)  
( ) Alta hospitalar / ( ) Já revela  
( ) Decisão Médica  
( ) Óbito

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)  
Alexia Herondino Silva

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

<http://10.1.1.148/projeiohtcg/impreurgencia.php?contar=1568434>

2/2



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

## Ficha de Acolhimento

Nome:	Carlos Wagner de Medeiros
End:	R. Sita
Data de Nascimento:	06.05.94
Queixa:	Acid. de
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( ) Não
Bairro:	Indaiá
Documento de Identificação:	
Data do Atend.:	25-12-17
Hora:	10:40
Documento:	

## Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo ( ) 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

- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional

6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
9 - SEXO	
1 - TELEFONE DE CONTATO	
16 - CEP	
10 - PROCEDIMENTO ANTERIOR	
11 - PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
12 - PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
DIÁRIA DE UTI TIPO III	
31 - QTDE	
34 - QTDE	
37 - QTDE	
40 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
47 - DOCUMENTO	
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

MOD. 017

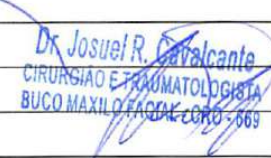






Nome do Paciente <i>Carlos Wagner de Medeiros</i>		Nº Prontuário <i>1568434</i>	
Data da Operação <i>30/12/11</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Josuel Cavalcante</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Wardley</i>	Tipo de Anestesia <i>Genl</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fract. Zigoma E</i>			
Tipo de Operação <i>Red. Fratura + fixações</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>no laudo</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>no laudo</i>			
Acidente Durante a Operação <i>no laudo</i>			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso externo</li> <li>- Fraturas ponto malar e sub-orbitária esquerda.</li> <li>- Reduções das placas e superfícies das fraturas no Zigoma E</li> <li>- Reduções + fixações com 12 miniplacas e 09 b.c.</li> <li>- Sutures</li> <li>- Anest.</li> </ul>
 Dr. Josuel R. Cavalcante CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCO MAXILOFACIAL - 669

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



[illegible]

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Carlos Wagner de Medeiros</u> <u>DN 06/05/1994</u>		GOVERNO DA PARAÍBA	
QI	LEITE: <u>Sala 01</u>	CONVÊNIO: <u>Sus</u>	IDADE: <u>23 a</u>
CIRURGIA: <u>trat. cirur. ved. cuneta</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Josuel</u>	
ANESTESIA: <u>geral venosa</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Wanderley</u>	
INSTRUMENTADORA: <u>Rebecca</u>	DATA: <u>28/12/17</u>	INIC: <u>07:35</u>	FIM: <u>08:10</u>
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	02		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.		02	Catgut Simples Sertix	30
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml <u>2 ml</u>			Cera p/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml	01		Ethibond	
	Mercaína % ml			Ethibond	
	Nubahin amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	+5		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	05		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		02	Mononylon	3-0
	Thionembutal ml			Mononylon	
01	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
	Decadron amp.			Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	02		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.			Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.				
	Glicose amp.	35			
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml	9.5			
	Heparema ml				
	Kanakion amp.	9.5			
	Lasix amp.				
	Medrothinazol.				
	Plasil amp.	03			
	Prolamina	01			
	Revivan amp.				
	Stuptanon amp.				
02	Cefazolina 1g				
01	Piracetam				
02	tilatil				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7				
01	Agulha desc. 28 x 28	02			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05			
	Agulha p/ raque nº	03			
9.5	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	Qtd.	SOROS
		SE Normotérmico fr 500 ml
		SG Gelado fr 500 ml
		SG Hipertérmico fr 500 ml
		SG Ring fr 500 ml
	01	SE fr 500 ml <u>p/ procedimento</u>

Qtd.	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
		Placa 2.0 (Quality)
	08	Parafuso 2.0

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
<u>Marinalva C. da Silva</u> TÉC. ENFERMAGEM COREN-PB 32351



100

02

01

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

03

04

01

02

03

04

01

02

03

04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100





Sr(a): **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS** Protocolo: **0000376914** RG: **NÃO INFORMADO**  
Dr(a): **SEM IDENTIFICACAO MEDICA** Data: **27-12-2017 11:29** Origem: **CLINICA NEURO-BUCO**  
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **23 anos** Destino: **ENF 07 - L 01**

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 27/12/2017 12:03 ]

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	<b>4.7 milhões/mm<sup>3</sup></b>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	<b>13,9 g/dL</b>	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	<b>42 %</b>	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	<b>89 fL</b>	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	<b>30 pg</b>	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	<b>33 g/dL</b>	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	<b>11.200 /mm<sup>3</sup></b>	<b>(%)</b>	<b>(/mm<sup>3</sup>)</b>	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos				
Promielócitos.....	<b>0</b>	<b>0</b>		
Mielócitos.....	<b>0</b>	<b>0</b>		
Metamielócitos.....	<b>0</b>	<b>0</b>		
Bastonetes.....	<b>3,0</b>	<b>336</b>		
Segmentados.....	<b>81,0</b>	<b>9.072</b>		40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	<b>1,0</b>	<b>112</b>		0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	<b>0</b>	<b>0</b>		0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos				
Típicos.....	<b>13,0</b>	<b>1.456</b>		20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos.....	<b>0</b>	<b>0</b>		
Monócitos.....	<b>2,0</b>	<b>224</b>		2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	<b>176.000 mm<sup>3</sup></b>			140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*Lille Marcianne L. M. Martins*  
Lille Marcianne L. M. Martins  
CRF-PB 1463



Sr(a): **CARLOS WAGNER DE MEDEIROS** Protocolo: **0000376914** RG: **NÃO INFORMADO**  
Dr(a): **SEM IDENTIFICACAO MEDICA** Data: **27-12-2017 11:29** Origem: **CLINICA NEURO-BUCO**  
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **23 anos** Destino: **ENF 07 - L 01**

**GLICOSE (JEJUM)..... 87 mg/dl**

Resultados anteriores: 26/12/17: 112 | 26/12/17: 121 |

[DATA DA COLETA: 27/12/2017 12:04 ]

Material: Plasma

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Valores de Referência:

Pré-termo...: 20 a 60 mg/dL - Crianças.....: 60 a 100 mg/dL

Termo.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 109 mg/dL

1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL

NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum.....: 110 a 125 mg/dL

Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.

NOTA: Estes criterios seguem a nova classificacao para Diabetes Mellitus da Associacao Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

*Lille Marcianne L. M. Martins*

Lille Marcianne L. M. Martins  
CRF-PB 1463



# REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

NOME:	Carlos Wagner de Medeiros	PRONTUÁRIO:
IDADE:		
SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
COR:	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
PESO:		
ALTURA:		
CLÍNICA:		
ENF.:	ST	
LEITO:		1


DADOS CLÍNICOS:

ped 38

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ELG.

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	27.12.17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
 Carimbo e Assinatura do Médico			

MOD. 002



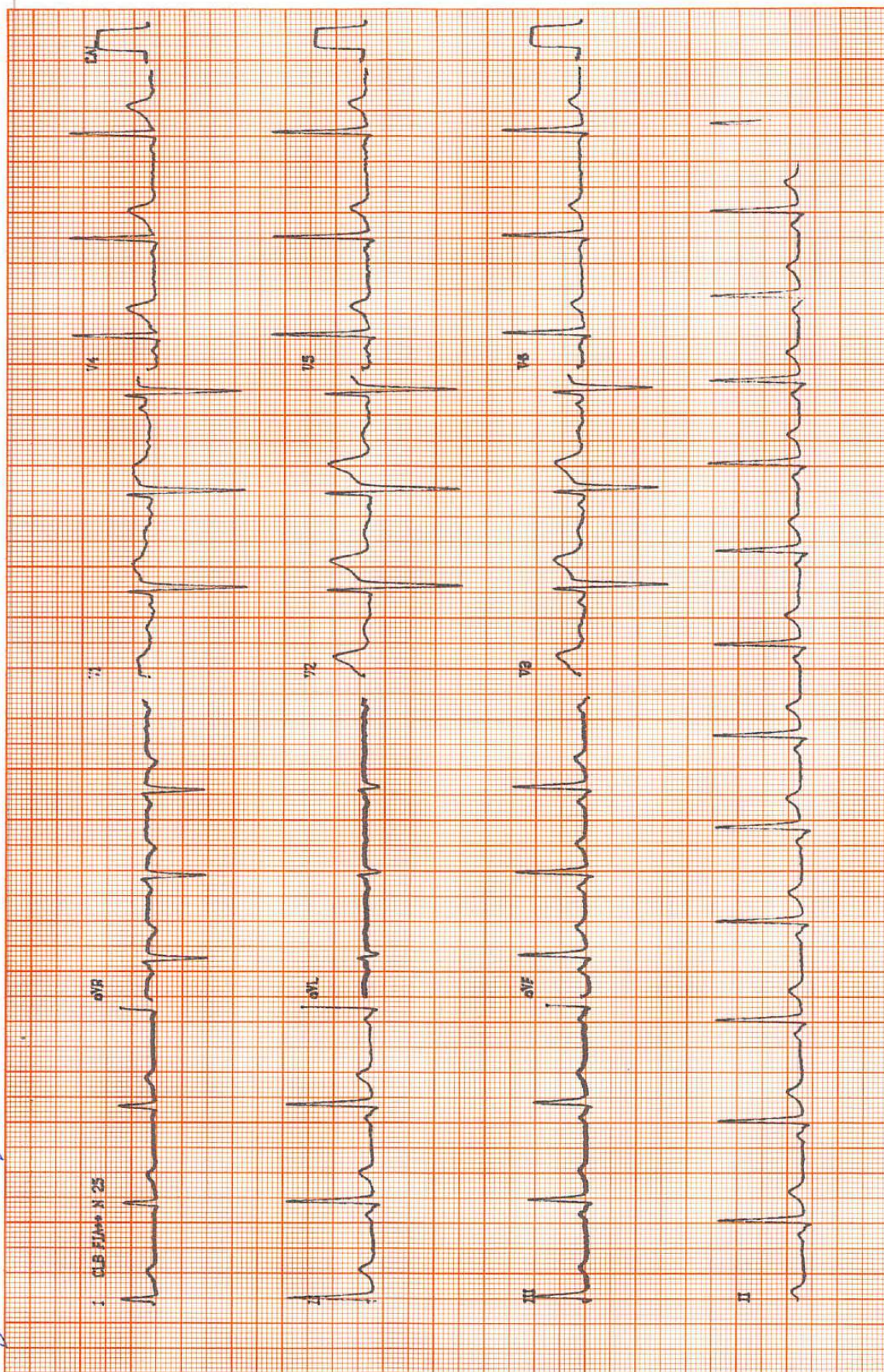






Carlo Wagner Machado

23A 27/12/17









## REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Carlos Wagner de Nóbrega	PRONTUÁRIO:	1568434				
IDADE:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

### DADOS CLÍNICOS:

queda de moto.

### MATERIAL A EXAMINAR:

### EXAMES SOLICITADOS:

USG FAST

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em 25/12/17

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

25/12/17

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Artur H. S. Oliveira  
MÉDICO  
QAM 9942

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002





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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Carlos Wagner de Medeiros	PRONTUÁRIO:	1568434
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR:	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
		PESO:	
		ALTURA:	
		CLÍNICA:	
		ENF:	
		LEITO:	

### DADOS CLÍNICOS:

queda de moto.

### MATERIAL A EXAMINAR:

### EXAMES SOLICITADOS:

- Rx de Torax (AP e perfil)  
- Rx cervical AP, obliq, perfil  
- Rx de ombro E (AP, perfil de cabeça e axilar)

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	25/12/17.	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
		Carimbo e Assinatura do Médico	

MOD. 002



PACIENTE:	CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
DATA DO EXAME:	25/12/2017

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

#### ANÁLISE:

**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de hemoretroperitônio, lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.

  
Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti  
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485  
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.









GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

OK

Rad. Fract. Esquerda

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Cartão	Unidade de Medicina	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
20	1) Deter. b/n		Paciente submetido a cirurgia de reparo no ligamento cruzado anterior e fixação de 02 implantes de 0,045" e 0,065"		
12	2) Deter. b/n				
17	3) Deter. b/n				
14	4) Deter. b/n				
15	5) Deter. b/n				
16	6) Deter. b/n				
17	7) Deter. b/n				
18	8) Deter. b/n				
19	9) Deter. b/n				
20	10) Deter. b/n				
21	11) Deter. b/n				
22	12) Deter. b/n				
23	13) Deter. b/n				
24	14) Deter. b/n				
25	15) Deter. b/n				
26	16) Deter. b/n				
27	17) Deter. b/n				
28	18) Deter. b/n				
29	19) Deter. b/n				
30	20) Deter. b/n				
31	21) Deter. b/n				
32	22) Deter. b/n				
33	23) Deter. b/n				
34	24) Deter. b/n				
35	25) Deter. b/n				
36	26) Deter. b/n				
37	27) Deter. b/n				
38	28) Deter. b/n				
39	29) Deter. b/n				
40	30) Deter. b/n				
41	31) Deter. b/n				
42	32) Deter. b/n				
43	33) Deter. b/n				
44	34) Deter. b/n				
45	35) Deter. b/n				
46	36) Deter. b/n				
47	37) Deter. b/n				
48	38) Deter. b/n				
49	39) Deter. b/n				
50	40) Deter. b/n				
51	41) Deter. b/n				
52	42) Deter. b/n				
53	43) Deter. b/n				
54	44) Deter. b/n				
55	45) Deter. b/n				
56	46) Deter. b/n				
57	47) Deter. b/n				
58	48) Deter. b/n				
59	49) Deter. b/n				
60	50) Deter. b/n				
61	51) Deter. b/n				
62	52) Deter. b/n				
63	53) Deter. b/n				
64	54) Deter. b/n				
65	55) Deter. b/n				
66	56) Deter. b/n				
67	57) Deter. b/n				
68	58) Deter. b/n				
69	59) Deter. b/n				
70	60) Deter. b/n				
71	61) Deter. b/n				
72	62) Deter. b/n				
73	63) Deter. b/n				
74	64) Deter. b/n				
75	65) Deter. b/n				
76	66) Deter. b/n				
77	67) Deter. b/n				
78	68) Deter. b/n				
79	69) Deter. b/n				
80	70) Deter. b/n				
81	71) Deter. b/n				
82	72) Deter. b/n				
83	73) Deter. b/n				
84	74) Deter. b/n				
85	75) Deter. b/n				
86	76) Deter. b/n				
87	77) Deter. b/n				
88	78) Deter. b/n				
89	79) Deter. b/n				
90	80) Deter. b/n				
91	81) Deter. b/n				
92	82) Deter. b/n				
93	83) Deter. b/n				
94	84) Deter. b/n				
95	85) Deter. b/n				
96	86) Deter. b/n				
97	87) Deter. b/n				
98	88) Deter. b/n				
99	89) Deter. b/n				
100	90) Deter. b/n				

MOD. 035



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Wagner de Medeiros Registro: Leito: 7.1 Setor Atual: Neuro

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 ( ) 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:

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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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.





Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $>3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )			
Drogas vasoativas: ( ) Quais?		Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>AVP-MSD</u> . Data da punção <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>			
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.			
Dentição: ( ) Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta ( ) Prótese.			
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: <u>  </u>		Data: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:			
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há <u>  </u> dias ( ) Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito <u>  </u> ml/h;			
Aspecto: ( ) Outros:		Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses <input checked="" type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações ( ) Outro:			
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica		Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas <input checked="" type="checkbox"/> Secas		Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:		Curativo em: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:		Débito: <u>  </u> Retirado em: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:		Local: <u>  </u> Descrição: <u>  </u> Curativo: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória		Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:			
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
<u>Paciente PO da BNF, evolui sem queixas e sem intercorrências</u>			
<u>Priscilla W. S. Maciel - Enfermeira</u> <u>COREN-PB 506257</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <u>28</u> / <u>12</u> / <u>17</u> HORA: <u>17:15</u> h	

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





GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES										697 REQUISIÇÃO DE EXAMES	
PRONTUÁRIO:	NOME: CARLOS WAGNER MEDEI									1508933	
LEITO:	IDADE: 23									7	
ENF:	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									1	
CLÍNICA:	PESO:										
ALTURA:	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>										
DADOS CLÍNICOS: Contraste por spray redes 27.5 mm E -											
RAIO X REALIZADO EM:											
MATERIAL A EXAMINAR: Rx face 28/12/17											
EXAMES SOLICITADOS: WATERS											
URGÊNCIA:	7									ROTINA: <input type="checkbox"/>	
DATA:	28/12/17									HORA DA SOLICITAÇÃO: 09.00	
Carimbo e Assinatura do Médico										Dr. Josué R. Cavalcante CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCO MAXILO FACIAL - CRM - 559	

MOD. 002

PROCURADORIA GERAL DO  
ESTADO DE SÃO PAULO  
DI 100015 00000000





Paciente:	Carlos Wagner de Medeiros	Idade:	23
Convênio:	SUS	Data:	28/12/17
Procedimento:	Tto cirurgico redução crânio de fratura de zigoma + fixação		
Cirurgião:	Auxiliar:	Anestesista:	Dr. Wanderley
Início:	07:35	Término:	08:20
		Anestesia	geral

[illegible][illegible]

Observações:

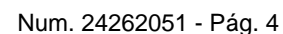
Wanderley - 

Assinatura Anestesiista

Circulante

Circulante

MOD. 103

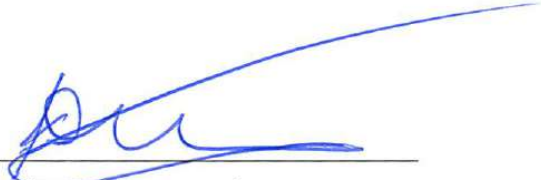






**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

  
Assinatura do anestesista





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES/

## Diagnóstico

Fr C7M

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica
Carlos Wagner de Medeiros	27/12/17	1) Dieta livre abt 22L (zero a partir de 22L) 2) Jeito resolvidado 3) Clindamicina 600mg @ 8/8L 4) Hidrocortisona 300mg @ 6/6L 5) Dexamet 15 + 4h @ 6/6L 6) Omeprazol 40mg ceto 7) Augmentin bioid 8) Folepar ex. pr'op.	Alameda! 14 24 06 18 24 06 18 24 06 06 3 Alameda!				BMTF REC. Agende exame. Rec Exame. 

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:56

<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215522800000023494030>

Número do documento: 19090919215522800000023494030













Av. Comendador Calaça, 1178 - Poço - Maceió - AL - CEP: 57025-64  
www.qualityhospitalar.com - E-mail: quality.hospitalar@hotmail.com

Paciente: Carlos Wagner de Medeiros Data da Cirurgia: 28/12/2017  
Hospital: de Emergência e Trauma Prontuário: 1568434  
Médico: DR: Josuel C + DR: Josuel Jr Convênio: SUS  
Procedimento: \_\_\_\_\_ Código Proc. \_\_\_\_\_

## 001525

[illegible]

Pozarica

Médico

CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA  
BUCO-MAXILO-FACIAL - CRO - 668



Dr. Joseph R. Cavalcante  
CHURCHMAN, PAUL  
CHURCHMAN, PAUL







19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032

19090919215611300000023494032



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

Inst. Ampère 71 cent 20

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Carlos Wagner	Alojamento	7-1	Leito	09	Convênio
----------	---------------	------------	-----	-------	----	----------

[illegible]


MOD. 035







Data da internação: 26/12/2017 Hora: 15:02:47

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>2 - CNES</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				<b>4 - CNES</b> 2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>				<b>6 - N° DO PRONTUÁRIO</b>	
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> CARLOS WAGNER DE MEDEIROS				1568902	
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b> 704804079839944		<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> 06/05/1994		<b>9 - SEXO</b> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS				<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b> DD 83 N° DE TELEFONE 981678041	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)</b> JUA , 0 , ZONA RURAL					
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> Matinhas		<b>14 - CDD 18GE MUNICÍPIO</b> 250933		<b>15 - UF</b> PB	
				<b>16 - CEP</b> 58128000	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> <i>trauma e fratura com fratura do complexo zigomaxilar</i>					
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> <i>a necessidade cirúrgica</i>					
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> <i>elminho, fratura e traumatismo</i>					
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> <i>Fract. comp. zigomaxilar</i>		<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>		<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	
				<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> <i>Redução e fixação do comp. zigomaxilar</i>				<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	
<b>26 - CLÍNICA</b> BUNIF		<b>27 - CARATER DA INTERNAÇÃO</b> 02		<b>28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF</b> 170176009220005	
<b>29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>		<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> FRANCISCO AIRTON DE MORAES			
<b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> 26/12/2017		<b>32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> CIRURGIÃO MAXILO FACIAL CRP - PB. 1.026			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>37 - N° DO BILHETE</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>				<b>38 - SÉRIE</b>	
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>		<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>	
				<b>41 - CBOR</b>	
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>44 - COD. ORGÃO EMISSOR</b>		<b>49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF</b>		<b>46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>			
<b>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> / /		<b>48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215611300000023494032>

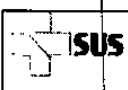
Número do documento: 19090919215611300000023494032

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215611300000023494032>



Data da internação: 26/12/2017 Hora: 15:02:47

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	<b>2 - CNES</b> 2362856
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	<b>4 - CNES</b> 2362856
<b>Identificação do Paciente</b>	
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> CARLOS WAGNER DE MEDEIROS	<b>6 - N° DO PRONTUÁRIO</b> 1568902
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b> 704804079839944	<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> 06/05/1994
<b>9 - SEXO</b> Masc <input checked="" type="checkbox"/> <b>10</b> Fem <input type="checkbox"/> <b>11</b>	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS	<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b> 83 981678041
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b> JUA , 0 , ZONA RURAL	
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> Matinhas	<b>14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO</b> 250933
<b>15 - UF</b> PB	<b>16 - CEP</b> 58128000
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> Trauma e fratura com fratura do Complexo Zygomatic	
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> a necessidade de cirurgia	
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> elmo, fratura zygomatic	
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> fratura comp. zygomatic	<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>
<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> Ressecção de fratura do comp. zygomatic	<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>
<b>26 - CLÍNICA</b> BSMF	<b>27 - CARATER DA INTERNAÇÃO</b> 02
<b>28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF</b>	<b>29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> 170176009220005
<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> FRANCISCO AIRTON DE MORAES	<b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> 26/12/2017
<b>32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> FRANCISCO AIRTON DE MORAES CÍRCULO B. MAXILOFACIAL Nº. 1.026	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>	
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>	<b>37 - N° DO BILHETE</b>
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>	<b>38 - SÉRIE</b>
<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>	<b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>
<b>41 - CBOR</b>	
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>	<b>44 - COD. ORGÃO EMISSOR</b>
<b>45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF</b>	<b>46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>
<b>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> / /	<b>48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>
<b>49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	







### Ficha de Acolhimento

Nome:	Carlos Wagner de Medeiros.		
End:	R. São José	Bairro:	Medeiros.
Data de Nascimento:	06.05.84	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. de	Data do Atend.:	25-12-17. Hora: 10:40. Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

*Classificação*  
( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura de F.C.N. 310.725  
Estratificação

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



GENIVAL SEBASTIAO DE MEDEIROS  
SIT JUA, S/N - AREA RURAL  
MATINHAS / PB CEP: 58126000 (AG: 71)

Ligação: MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RUR MTC B2 / RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL  
Roteiro: 11-275-915-4990 Referência: Ago / 2019  
Medidor: 00000993536 Emissão: 19/08/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 39.086.163/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nº de Conta de Energia Elétrica Nº029.778.226  
Cód. para Deb. Automático: 00000001804

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	19/08/2019	18/09/2019	461.432.004-82 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/550180-4

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
17/07/19	9030	19/08/19	9092	1	62	33

Demonstrativo		Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)	Colins (R\$)
Quantidade	Tarifa					
Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pis/Colins (R\$)	(1,0845%)	(4,9955%)
CCI	Descrição					
		82,000	0,426140	26,42	0,00	26,42
0601	Consumo em kWh			0,41	0,00	0,41
0601	Adic. B. Amarela			1,53	0,00	1,53
0601	Adic. B. Vermelha			11,31	0,00	11,31
0610	Subsídio					
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			4,72	0,00	4,72
0899	BÔNUS ITAIPU LEI 10438/2002 07/2019			-0,36	0,00	-0,36
0906	Devolução Subsídio			-10,63	0,00	-10,63
TOTAL				33,40	0,00	33,40

CCI. Código de Classificação do Item: 0,400240  
Tarifa s/ Tributos

Média últimos meses (kWh)  
49

VENCIMENTO  
26/08/2019

TOTAL A PAGAR  
R\$ 33,40

Histórico de Consumo (kWh)

18	20	50	29	41	44	41	90	43	69	59	58
Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19

RESERVADO AO FISCO

86b3.bdaf.a699.5f7a.9072.0926.7fff.1568.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	23,49	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	46,96		
DIC ANUAL	7,67	0,00	CONTRATADA
FIC MENSAL	15,34		LIMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	30,69	0,00	LIMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	6,49		
DMC	16,60		
DICRI			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	8,83	26,15
Compra de Energia	14,34	42,48
Serviço de Transmissão	1,37	4,08
Encargos S. torais	2,09	6,19
Impostos Diretos e Encargos	7,13	21,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	33,76	100,00

Valor do EUE (Ref. 6/2019) R\$ 12,48

ATENÇÃO

Subvenção DEC 7.881/13 R\$ 10,83  
- Leitura confirmada  
Isento ICMS

Faturas em atraso

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** CARLOS WAGNER DE MEDEIROS, brasileiro, solteiro, Agricultor, portador do documento de identidade RG nº 3.964.409 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 70063698439, residente e domiciliado no Sítio Juá, s/nº – Área Rural, MATINHAS – PB, CEP: 58128.000.

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

**Poderes e fins:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 09/09/2019.

Carlos Wagner de Medeiros

Assinatura do outorgante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.964.489	DATA DE EXPEDIÇÃO	25/05/2011
NOME	CARLOS WAGNER DE MEDEIROS		
FILIAÇÃO	GENIVAL SEBASTIÃO DE MEDEIROS INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	06/05/1994
DOO ORIGEM	NASC.N.21264 FLS.198 LIV.A 23 CARTORIO ALAGOAS NOVA PB 700.636.984-39		
Assinatura	Assinatura de Carlos Wagner de Medeiros		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			







R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.

Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.

Intime-se a parte autora, através de seu advogado.

O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

JUIZ DE DIREITO

Data e assinatura digital



R. H.

Vistos etc.

A Resolução nº 318, de 7 de maio de 2020, do Conselho Nacional de Justiça, suspendeu o atendimento presencial de partes, advogados e interessados, no âmbito do Poder Judiciário, por conta do coronavírus, motivo pelo qual, determino a suspensão do andamento da presente ação, até o CNJ, determine a volta normal dos trabalhos.

Uma vez emitida decisão do CNJ, nos termos acima mencionados, independente de nova conclusão, cumpra-se o despacho (id nº 24398808).

Cumpra-se.

Juiz de Direito



AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA **18 (DEZOITO) DE FEVEREIRO DE 2021, pelas 11:00h., no Fórum local**, correndo o prazo para apresentar contestação a partir da realização do Ato aprazado, cuja contestação deverá ser apresentada por petição, através de Advogado.



AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO designada para o dia **18 de fevereiro de 2021, pelas 11:00h., no Fórum local.**

A parte autora deverá ser cientificada da audiência através do seu advogado.