



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
24262 007	09/09/2019 19:23	Petição Inicial	Petição Inicial
24262 041	09/09/2019 19:23	CERTIDÃO DE OCORRENCIA POLICIAL	Outros Documentos
24262 044	09/09/2019 19:23	DECLARAÇÃO DO SAMU	Outros Documentos
24262 045	09/09/2019 19:23	GuiaCustas	Outros Documentos
24262 046	09/09/2019 19:23	PROCESSO ADM - CARTA_NEGADO	Outros Documentos
24262 048	09/09/2019 19:23	PRONTUÁRIO MÉDICO (1)	Outros Documentos
24262 050	09/09/2019 19:23	PRONTUÁRIO MÉDICO (2)	Outros Documentos
24262 051	09/09/2019 19:23	PRONTUÁRIO MÉDICO (3)	Outros Documentos
24262 053	09/09/2019 19:23	PRONTUÁRIO MÉDICO (4)	Outros Documentos
24262 055	09/09/2019 19:23	RG, CPF, COMP. RESIDENCIA e PROCURAÇÃO	Outros Documentos
24398 808	13/09/2019 09:54	Despacho	Despacho
30982 831	26/05/2020 22:26	Despacho	Despacho
37531 612	07/12/2020 10:45	Expediente	Expediente
37531 613	07/12/2020 10:45	Expediente	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 Matinhos - 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. (Acordão 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 SÍQUE LAS RESIDUAIS ? :

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

G R A U E ? :



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919214876200000023493936>
Número do documento: 19090919214876200000023493936

Num. 24262007 - Pág. 6

Sem mais, em _____/_____/_____.

(assinatura – carimbo – CRM)



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919214876200000023493936>
Número do documento: 19090919214876200000023493936

Num. 24262007 - Pág. 7



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 Araújo, 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 BPTran 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 da Polícia

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 fizerem 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 HTCG, com a autorização do médico regulador.

ALAGOA NOVA – PB, 11/01/2018


Janêcleide Maria Costa Sampaio
ENFERMEIRA - COREN 110600
COORDENADORA-SAMU
Matrícula 3192
COORDENADORA SAMU 192 ALAGOA NOVA – PB
COREN 110600 PB



 <p>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</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 004.8.19.00444/01
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 09/09/2019
Número da guia: 004.2019.600444 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 505,80 Promovente: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-			UFR vigente: R\$ 50,58
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 648,90
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866400000067 489009283180 520190930005 481900444011</p>			Valor final: R\$ 648,90

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

 <p>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</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 004.8.19.00444/01
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 09/09/2019
Número da guia: 004.2019.600444 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 505,80 Promovente: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS - Taxa Judiciária: R\$ 141,75 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-			UFR vigente: R\$ 50,58
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 648,90
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866400000067 489009283180 520190930005 481900444011</p>			Valor final: 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 PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215175100000023493974>
Número do documento: 19090919215175100000023493974

Num. 24262045 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS

Nº Sinistro: 3180193694
Vitima: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
Data do Acidente: 25/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VALDEMIR BALBINO SALES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

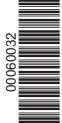
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180193694**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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. 000603/00064 - carta_04 - INVALIDEZ



00060032

Carta nº 13015570



Cirurgião(a)

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PONT (B.E) N°:1568434 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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: 25/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: CARLOS WAGNER DE MEDEIROS
Endereço:JUA
Cidade: Matinhos

Nome da Mãe: INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS
RG: 3964489
CPF: 70063698439
Profissão: N.º 0

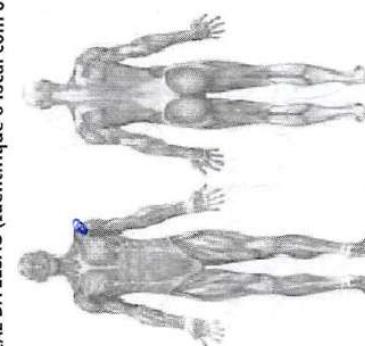
Responsável: LENICE HERONDINO DA SILVA
Data de Atend:25/12/2017
CRM:

Estado Civil:Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Hora: 20:51:24
Especialidade:

Médico:
CRM:
OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. C reptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Engavamento
11. Equimose
12. F. Arm branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Crítico
15. F. Contrante
16. F. Corro-contuso
17. F. Furo-contuso
18. F. Perfuro-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingerimento Venoso
23. Laceratio
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxa
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Paresthesia
33. Queimadura
34. Rhinorragia
35. Sinal(s) Isquemico(s)
36. Ultrapassagem

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNOSTICO / CID: *BolTrauma (grado de mto)*

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

CLÍNICOS

EXAME PRIMÁRIO - DAI

Paciente com hantia de queda de motor veio uns de segundas. Fica wo de bebeda adequada. Referindo dor em ambas E. Braço esquerdo. Dor que é palpável abdominal. A pressão fundo colmo c equívoco com lesão hepática.

*PAVÃO X
REALIZADO*

ALÉRGIA: <i>p</i>	MEDICAMENTOS: <i>p</i>
PATOLOGIAS: <i>p</i>	EXAME FÍSICO
PUPILAS () Fotoreagentes () Anisocôricas () Anisocôricas () <i>p</i>	Glasgow <i>15</i> PA <i>HGT: T6</i>
EXAMES SOLICITADOS: <i>p</i>	Ultrassonografia: <i>F&ST</i>
() Laboratoriais	() Radiografias: <i>Tosiem pelvis, ombo, E, canival</i>
() Gasometria arterial	() Tomografia Computadorizada
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:	
Especialista: <i>Dra. pediatra</i>	às _____ dia _____ / _____
Especialista: _____	às _____ dia _____ / _____
MÉDICO SOLICITANTE	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS
1	<i>ULTRASSONOGRAFIA</i>
2	<i>Realizado</i>
3	<i>Realizado</i>
4	<i>Realizado</i>
5	<i>Realizado</i>
6	<i>Arthur H. S. Oliveira MEDICO CRM 9942</i>
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:	

AME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia

Paciente vítima de esquerda
busto, nefrite dolor em fraca.
Ex. fricções ortopédicas e
radiológicas bem altas.

CD:

AINE
Alfor ontoprotetor
dos cuidados BMF

Dr. Fernando Portella
Bucoraxiolíngua
CRO-PB 4420

Dr. Jefferson Libson L. A. Reckha
Ortopedia e Traumatologia
CRM RN 6657 CRM-PB 10188

CD: AINE
Alfor ontoprotetor
dos cuidados BMF

BMF
paran

paran
paran

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE

CBO

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ : _____ hs.

 Centro cirúrgico Internação (setor) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL Alta hospitalar / Alta revelia Decisão Médica Óbito Benício Hernández Silveira Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



SUS 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 12 - EN. Nome: <i>Carlos Wagner da Medeiros</i> End: <i>R. Sítio São José</i> Data de Nascimento: <i>06-05-94</i> Documento de Identificação: Queixa: <i>Audiol. d.</i> Data do Atend.: <i>25-12-17</i> Hora: <i>10:40</i> . Documento: _____ Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____ 9 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
Classificação de Risco Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente Frequência respiratória: Pressão arterial: Dosagem de HGT: Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca						1 - TELEFONE DE CONTATO <small>Nº DE TELEFONE</small> UF _____ 16 - CEP _____ 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Estratificação <i>Cirurgia menor</i> () Amarelo - atendimento até 1 hora () Vermelho - atendimento imediato () Verde - atendimento até 4 horas						10 - PROcedimento ANTERIOR 11 - PROcedimento - MUDANÇA 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
						12 - PROcedimento PRINCIPAL 13 - DIÁRIA DE UTI TIPO III AL _____ 31 - QTDE _____ AL _____ 34 - QTDE _____ AL _____ 37 - QTDE _____
						14 - DATA DE SOLICITAÇÃO <small>(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</small>
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

MOD. 017



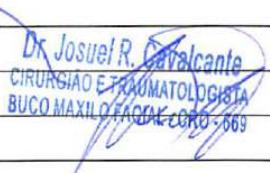


Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215337500000023494027>
Número do documento: 19090919215337500000023494027

Num. 24262048 - Pág. 4

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
Carlos Wagner de Medeiros	5568434	
Data da Operação	Enf.	Leito
29/12/11		
Operador Josue R. Cavalcante	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia Wandley	Tipo de Anestesia Geral	
Diagnóstico Pré-Operatório Enf. Zigoma E		
Tipo de Operação Red. Crivita + fixações -		
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia mto bruto		
Exame Radiológico no Ato mto bruto		
Acidente Durante a Operação mto bruto		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<ul style="list-style-type: none"> - Acesso interno - Traçado ponto molar e sub-orbitário esquerdo. - Dilatação dos planos e exposição das fraturas na Zigoma E - Redução + fixações c/ 3x miniplacas e alg. b.c. - Sutura. - Curto
 <p>Dr. Josue R. Cavalcante CIRURGÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCO MAXILOFACIAL CRO-069</p>
Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 09/09/2019 19:21:54
<http://pjeb.jpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215337500000023494027>
Número do documento: 19090919215337500000023494027

Num. 24262048 - Pág. 6

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE QI		LEITE Sala 01	CONVÉNIO Sus	IDADE 23 a	REGISTRO 1568434	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA prot. cirur. ved. ouvuento prot. zigoma clivagem.			CIRURGÃO Dr. Josuel			
ANESTESIA geral venoso		ANESTESIA Dr. Wonderley				
INSTRUMENTADORA Resana		DATA 28/12/17		INÍCIO 07:35	FIM 08:10	CÓDIGO
Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	
	Adrenalina amp.		01	Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix		
	Diazepan amp.		02	Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.			Catgut Simples		
	Dolantina amp.			02	Catgut Simples Sertix 3-0..	
	Efrane ml				Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.				Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml 2ml				Cera p/ osso	
	Inova ml				Ethibond	
	Ketalar ml		01	Equipo de Macrogotas		
	Mercaina % ml			Equipo de Macrogotas		
	Nubahin amp.			Equipo de Sangue		
	Pavulon amp.			Equipo de PVC		
	Protigmine amp.		+.5	Espiradrapo Larco cm		
	Protóxido l/m			Furacim ml		
	Quelicin ml		05	Gase Pacote c/ 10 unidades		
	Rapifen amp.			02	H ₂ O, ml	
01	Thionembutal ml				Mononylon 3-0..	
	Tracrium amp.				Mononylon	
Qty.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23	Qty.	SOROS	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		SF Normotérmico fr 500 ml	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		SG Gelado fr 500 ml	
02	Dipirona amp.		02		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Flaxidol amp.		02		SG Ringr fr 500 ml	
	Flebocortid amp.				SF fr 500 ml	
	Geramicina amp.				Placa 2.0 (Quality)	
	Glicose amp.		35		Parafuso 2.0	
	Glucon de Cálcio amp.					
	Haemacel ml.		9.5	PVPI Degemente ml	Qty.	ORTESE E PRÓTESE
	Heparema ml.			PVPI Tópico ml.		
	Kanakion amp.		9.5	Sabão Antiséptico	02	
	Lasix amp.			Saco coletor		
	Medrotinazol.			Seringa desc. 10 ml		
	Plasil amp.		89	Seringa desc. 20 ml		
	Prolamina			Seringa desc. 05 ml	01	
	Revivan amp.			Sonda		
	Stuplanon amp.			Sonda folley	Qty.	
02	Cefalina 1g			Sonda Nasogástrica	02	
01	Purpargol			Sonda Uretral nº	08	
02	Tilitatil			Sterydren ml		
				Torneirinha		
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
01	Aguilha desc. 28 x 28 - 40 x 12		02	Lates	EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 3 x 4,5		05	colhetedores	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	
	Aguilha p/ raque nº		03	escovas.	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar	
Q.5	Álcool de Enfermagem				<input type="checkbox"/> Serra	
	Álcool Iodado ml				<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério	
	Ataduras de Crepon				<input type="checkbox"/> Desfibrilador	
	Ataduras de Gessada				<input type="checkbox"/> Oxicapiôgrafo	
	Azul metíleno amp.				<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	
	Benzina ml				<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor	
					<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	
					<input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico	
						CIRCULANTE RESPONSÁVEL
<i>Milena</i>						Marinalva C. da Silva TÉC. ENFERMAGEM COREN-PB 22351
						<i>NCS</i>

MOD 066





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



SUS
Sistema Único de Saúde

Sr(a): CARLOS WAGNER DE MEDEIROS Protocolo: 0000376914 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO 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.....	4.7 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,9 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	11.200 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	336
Segmentados.....	81,0	9.072
Eosinófilos.....	1,0	112
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Tipicos.....	13,0	1.456
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	224
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	176.000 mm ³	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³ 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³ 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Lille Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Newlab



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): 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 300 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 classificao para Diabetes Mellitus da Associaao Americana de Diabetes - Boston 1997, e

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

Emissão : 27/12/2017 13:57 - Página 1 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 09/09/2019 19:21:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215337500000023494027>
Número do documento: 19090919215337500000023494027

Num. 24262048 - Pág. 10



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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NAME:	Carlos Wagner de Melo Júnior												PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:							
M	F	B	P	A										

DADOS CLÍNICOS:

726 58

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

CCG.

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

MOD. 002

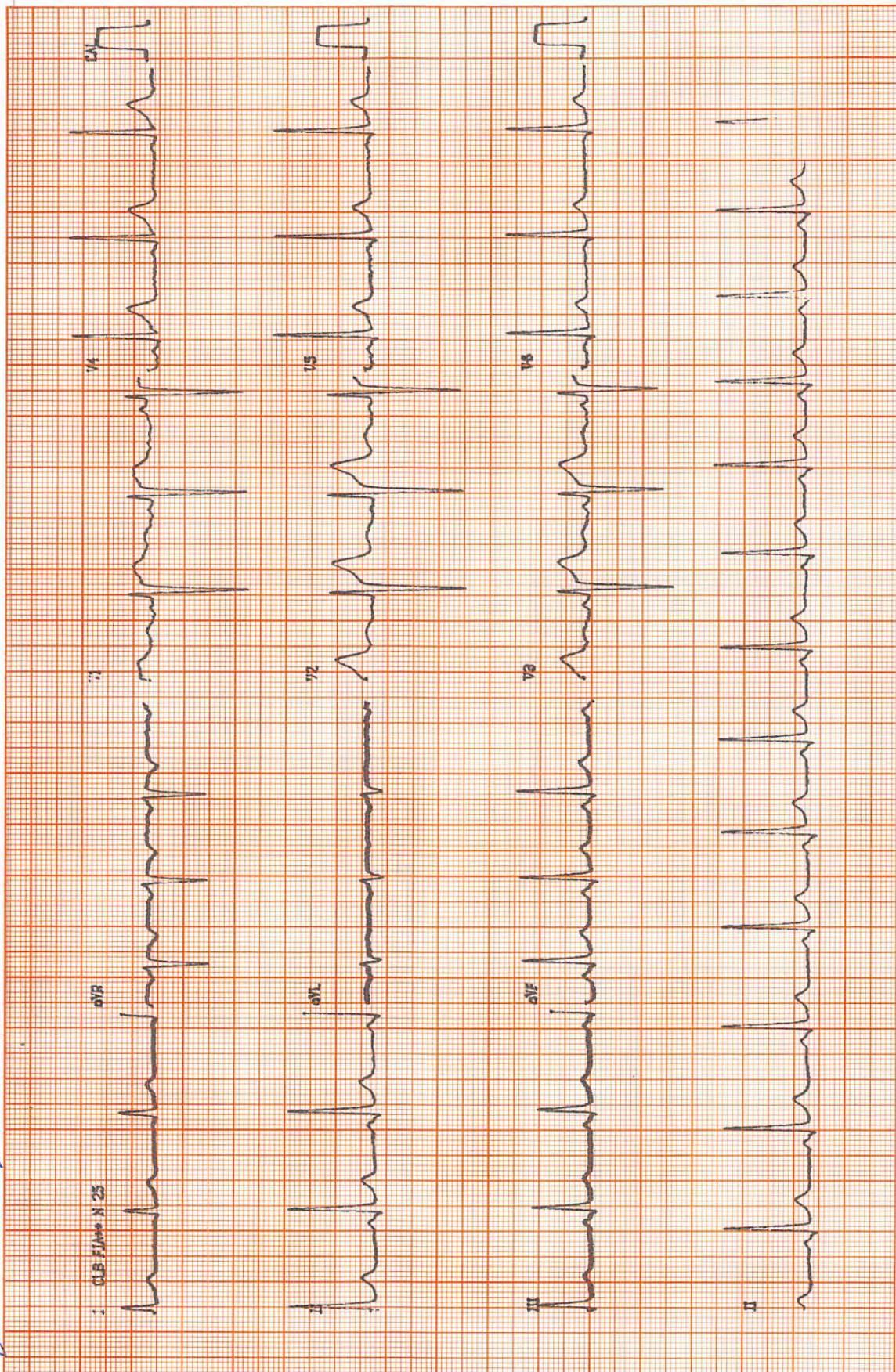


Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215424900000023494029>
Número do documento: 19090919215424900000023494029

Num. 24262050 - Pág. 2

Carlo Wagner Neves

03 A 27/11/17





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215424900000023494029>
Número do documento: 19090919215424900000023494029

Num. 24262050 - Pág. 4

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NAME:	Carlo viognier de Matheus	COR:				PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	M	F	B	P	A				1568434

DADOS CLÍNICOS:

queda de moto.

MATERIAL EXAMINAR:

ECOLOGRAFIA

EXAMES SOLICITADOS:

ULTRASOM 1X
Realizad 12
Realizad 25

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTIÑA:	<input type="checkbox"/>	ARTH. S. DIVULGA MEDICO 9942
DATA:	25/12/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico	

MOD. 002





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215424900000023494029>
Número do documento: 19090919215424900000023494029

Num. 24262050 - Pág. 6

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

queixa da mola.

MATERIAL EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx de Tórax (AP e perfil) - Rx da pelve AP.
- Rx óssea AP, abdômen e perineal
- Rx de ombro E (AP, perfil de ombro e axilar)

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 25/12/17.	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

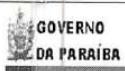
MOD. 002





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215424900000023494029>
Número do documento: 19090919215424900000023494029

Num. 24262050 - Pág. 8



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

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

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

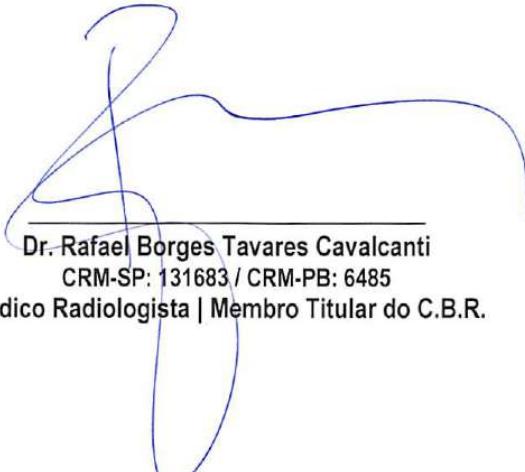
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

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.





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215424900000023494029>
Número do documento: 19090919215424900000023494029

Num. 24262050 - Pág. 10



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

Prof. Fr. L. Bignami

Ad. Fr. Bignone

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Cynthia Mengozzi de Molina

MOD. 035



Evolução de Enfermagem
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Carlos Wagner da Nóbrega* | Registro: | Leito: *7-A* | 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 PSICOBIOLÓGICAS
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 Midriáticas
 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
 Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispneia 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>					
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia					
Ausculta cardíaca:	<input type="checkbox"/> Rítmica					
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico					
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS					
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo sómático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido					
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa					
Alimentação:	<input type="checkbox"/> VO					
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência					
Abdômen:	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão					
RHA:	<input type="checkbox"/> Normoativos					
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal					
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea					
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros: Observações:					
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Integra					
Coloração da pele:	<input type="checkbox"/> Normocorada					
Condições das mucosas:	<input type="checkbox"/> Úmidas					
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: _____ / _____ / _____					
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: _____ / _____ / _____					
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo : _____ / _____ / _____					
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente					
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória					
Limitação física:	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado					
SONO E REPOUSO						
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado	<input type="checkbox"/> Insônia					
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada					
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	<input type="checkbox"/> Prejudicada					
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante					
INTERCORRÊNCIAS						
Paciente PO da BNF, evoluí com queixas e sem intercorrências						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 28/12/17 HORA: 17:15 h						

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



697
REQUISIÇÃO DE EXAMES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SECRETARIA DE SAÚDE DO ES | ADG

PRONTO-UNIVERSITÁRIO:	MÉDICO	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	
M	B F	P A		
23				1

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS:
- Con resto blanqueamiento
- Restauración de amalgama

MATERIAL A EXAMINAR:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: <u>09/12/17</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO: <u>09:00</u>
<p style="text-align: right;"><u>Dr. José R. Cavalcante</u> <u>CRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA</u> <u>BUCO-MAXILAR</u> - PRO-669</p>	
<u>Carimbo e Assinatura do Médico</u>	

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 09/09/2019 19:21:56
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909091921552280000023494030>
Número do documento: 1909091921552280000023494030

Num. 24262051 - Pág. 2

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=19090919215522800000023494030>
Número do documento: 19090919215522800000023494030

Num. 24262051 - Pág. 3



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Carlos Wagner de Medeiros	Idade:	23
Convênio:	SUS	Data:	28/12/17
Procedimento:	Tto cirúrgico redução cruento de fratura de genoma + fixação		
Cirurgião:	Auxiliar:	Anestesista:	Dra Wunderley
Início: 07:35	Término: 08:20	Anestesia	Geral

Observações:

Wanderley - 0005

Wanderley - Dto
Assinatura Anestesista

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

338-130



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente **Carlos Wagner de Melo**

Alojamento

Leito

Convênio

Prescrição Médica

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/12/17	1) Diclo, livre até 22L (zero a partir de 22L)		
	2) febre soro i.v. 1000cc	14:00	
	3) clindamycin 600mg Q 8/18L	14:00	
	4) metronidazol 2000mg CO 6/6L	14:00	
	5) Dipirona 15 + H 6/6L	14:00	
	6) Oniproxel 10mg c/ceo	14:00	
	7) Phenox bucal	14:00	
	8) Farfer ex. prí op.	14:00	

Prescrição Médica

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/12/17	1) Diclo, livre até 22L (zero a partir de 22L)		
	2) febre soro i.v. 1000cc	14:00	
	3) clindamycin 600mg Q 8/18L	14:00	
	4) metronidazol 2000mg CO 6/6L	14:00	
	5) Dipirona 15 + H 6/6L	14:00	
	6) Oniproxel 10mg c/ceo	14:00	
	7) Phenox bucal	14:00	
	8) Farfer ex. prí op.	14:00	

Rafael L. S. Faria

Clínica Médica

Belo Horizonte - MG

RAFAEL L. S. Faria

Clínica Médica

Belo Horizonte - MG



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA	NOME <i>Carlos Wagner de Medeiros</i>				IDADE	SEXO	COR
DATA <i>28-12-17</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²	INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo esparso: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____					
LÍQUIDOS	(F) (F)	MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____					
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
AGENTES	<i>Eyt. Zmft + Dmphy - Lang + Traz. Lang + Dipir. 2mg + oxforo - 2.5pp + tilit. 10g</i>						
TÉCNICA	<i>coronal</i>						
OPERAÇÃO	<i>Trat. CV. Trat. Dose</i>						
CIRURGIÕES	<i>Rosuel</i>						
ANESTESISTAS	<i>Wanderley - Júnior</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA	

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





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=19090919215522800000023494030>
Número do documento: 19090919215522800000023494030

Num. 24262051 - Pág. 9



Tecnologia e Qualidade a Serviço da Vida.

Gonzalez e Cadena Com. E Serv. Ltda - CNPJ: 09.398.270/0001.
Av. Comendador Calaça, 1178 - Poço - Maceió - AL - CEP: 57025-64
www.qualityhospitalar.com - E-mail: quality.hospitalar@hotmail.com
Fone/fax: (82) 3223.2280 - 3313-8255 - 3313-8256

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

Controle Cirúrgico

001525

Dr. Josuel B. Cavalcante

CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA

Médico: BUCO-NEXILLO-FACIAL - CRO-669

[arifando.com](http://www.arifando.com)

Rozanne

S: 1 - 1



Genially

Gouzelas e GadeuG.com - Sueli Faria - CNPJ: 00.288.321.000-11
Av. Domendechas Góes, 1108 - Riozinho - RJ - CEP: 26.305-810
www.distribuicoesgouzelas.com - E-mail: distribuicoesgouzelas@gmail.com
Fone: (21) 2503-3535 - (21) 2503-3859 - (21) 2503-8138

~~deve ser feita a transferência para o meu nome~~
~~para que eu possa receber os pagamentos~~
~~que eu faço~~
~~para que eu possa receber os pagamentos~~
~~que eu faço~~

005282

Cortejo de Churrasco

Descrição da reunião/festa

Outro

Ceq Águia

Foto

0-0
0-0

baile
baile

8
8



Dr. Israel de Souza Farias

CHURRASCO DA RAINHA ELISABETTA

SOCIO TECNICO ASSIST. CEDRO-SP



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

Num. 24262053 - Pág. 2



Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIBÉRGICA (CHECKLIST)





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

Num. 24262053 - Pág. 4



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

40

mat. Lantano Pintorado

Paciente RODRIGO WAGNER DE MELLO Alojamento -1 Leito 08

MOD. 035

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:56
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215611300000023494032>
Número do documento: 19090919215611300000023494032

Num. 24262053 - Pág. 5



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

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	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 CARLOS WAGNER DE MEDEIROS					6 - N° DO PRONTUÁRIO 1568902
7 - CARTÃO DO SUS 704804079839944		8 - DATA DE NASCIMENTO 06/05/1994		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS					11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 981678041
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) JUA , 0 , ZONA RURAL		14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO 250933		15 - UF PB	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Matinhos				16 - CEP 58128000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>frócio e febre com fadiga do complexo zigomático</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>a necessidade clínica</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>elmo, ferro e tomografia</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Proft cont: zigomato</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL 		22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Redução de frócio do corp. zigom.</i>					25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA BMFS		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 170176009220005				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FRANCISCO AIRTON DE MORAES	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/12/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CIRURGIA MAXILOFACIAL</i>		33 - N° DO BILHETE <i>CRM - PG. 1.026</i>	
34 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					35 - SÉRIE
36 - CNPJ DA SEGURADORA <i></i>				37 - N° DO BILHETE <i></i>	
38 - CNAE DA EMPRESA <i></i>				39 - CBOR <i></i>	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR		41 - CNAE DA EMPRESA <i></i>		42 - AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i></i>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR <i></i>		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i></i>	
46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF				47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	
				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i></i>	



C

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

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

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

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	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 CARLOS WAGNER DE MEDEIROS				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1568902								
7 - CARTÃO DO SUS 70480407983994			8 - DATA DE NASCIMENTO 06/05/1994		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>							
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL INACIA HENRIQUE DE MEDEIROS				11 - TELEFONE DE CONTATO COD. 83 N° DE TELEFONE 981678041								
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) JUA , 0 , ZONA RURAL			14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO 250933		15 - UF PB	16 - CEP 58128000						
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO												
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>frio, febre e dor abdominal</i>												
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>a necessidade de cirurgia</i>												
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>elmo, febre e taquipneia</i>												
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Frost const. suspeita</i>			21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Revisão e frotar do corp. suspeito</i>						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO						
26 - CLÍNICA B1/F		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF) 29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 170176009220005								
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FRANCISCO AIRTON DE MORAES			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/12/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>DR. FRANCISCO AIRTON DE MORAES</i>							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO						34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° 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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						
46 - DOCUMENTO () CNS			47 - DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CPF			48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)						
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /												





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

Num. 24262053 - Pág. 10



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Carlos Wagner de Medeiros.		
End:	R. Sítio <u>Alma Bela</u> .		
Data de Nascimento:	06-05-1994. Documento de Identificação:		
Queixa:	<u>Acid. dL</u> Data do Atend.: <u>25-12-17</u> . Hora: <u>20:40</u> . Documento:		
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Note:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Baixo
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Fáceis de dor	<input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Juvaline 
Estetométrica
COREN-PB 310.725

Assinatura e carimbo do profissional





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

Num. 24262053 - Pág. 12

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

Ligacao MONOFASICO
Cis/6bc RUR MTC B2 - RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Rotendo 11-275 - 815 - 4990 Referencia Ago/2019
Medidor 00000989536 Emissao 19/08/2019

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Bl 290, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.133/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nº Local/Conta de Energia Elétrica N° 029.778.226
Cód. para Déb. Automático: 00000501804

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	19/08/2019	18/09/2019	451.432.004-82 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): **5/550180-4**

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

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

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa G/	Valor Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	Icms(R\$)	Base Calc. Pis(R\$)	Pis/Cofins(R\$)	Cofins(R\$)
0601	Consumo em kWh	82.000	0,426140	26,42	0,00	0,00	26,42	0,29	1,32
0601	Adic. B. Amarela			0,41	0,00	0,00	0,41	0,00	0,02
0601	Adic. B. Vermelha			1,53	0,00	0,00	1,53	0,02	0,08
0610	Subsídio			11,31	0,00	0,00	11,31	0,12	0,56
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			4,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0898	BÔNUS ITAIPU LEI 10438/2002 07/2019			-0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-10,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tributos Total(R\$) Icms(R\$) Icms									
TOTAL 33,40 0,00 0,00 33,40 0,43 1,38									
CCI Código de Classificação do item TOTAL 33,40 0,00 0,00 33,40 0,43 1,38									
Tarifa s/ Tributos: 0,400240									
VENCIMENTO 26/08/2019					TOTAL A PAGAR R\$ 33,40				
Média últimos meses (kWh) 49									
Histórico de Consumo (kWh)									
18 20 50 28 41 44 41 90 43 69 58 58	Agosto/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19								
RESERVADO AO FISCO 86b3.bdaf.a699.5f7a.9072.0926.7ff.1568.									
Indicadores de Qualidade 6/2019-Esperança									
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)							
DIC MENSAL	23,43	0,00							
DIC TRIMESTRAL	48,98	0,00	NOMINAL	220					
DIC ANUAL	7,87	0,00	CONTRATADA	202					
FIC MENSAL	15,34	0,00	LIMITE INFERIOR	231					
FIC TRIMESTRAL	30,89	0,00	LIMITE SUPERIOR	231					
FIC ANUAL	6,49	0,00							
DIMC	16,80	0,00							
DICRI									
ATENÇÃO									
Subvenção DEC 7.891/13 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: israelfariasadv@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





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 09/09/2019 19:21:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215699000000023494034>
Número do documento: 19090919215699000000023494034

Num. 24262055 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 09/09/2019 19:21:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090919215699000000023494034>
Número do documento: 19090919215699000000023494034

Num. 24262055 - Pág. 4

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



Assinado eletronicamente por: ERONILDO JOSE PEREIRA - 13/09/2019 09:54:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091309541254000000023623148>
Número do documento: 19091309541254000000023623148

Num. 24398808 - Pág. 1

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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO MARCOS BEZERRA DE MELO - 07/12/2020 10:45:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120710451853600000035807671>
Número do documento: 20120710451853600000035807671

Num. 37531612 - Pág. 1

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.