





MARCONI ACIOLI SAMPAIO  
SANDRO ANDREY & MELINA MACIEL



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

O U T O R G A N T E: Marcelo Araújo Barbosa Vitor,  
brasileiro, Solteiro, Agricultor, inscrita no CPF sob  
o nº 701.271.124-80 RG: 4.003.066, SSDS/PB, residente  
e domiciliado No Sítio Amaraji, S/n, Lagoa Seca - PB, CEP:  
58.117.000

A(o) outorgante acima qualificada(o) e abaixo assinada(o),  
constitui seus procuradores e advogados: **Marconi Acioli  
Sampaio**, brasileiro, casado, inscrito na Ordem dos Advogados  
do Brasil, Seccional da Paraíba sob o nº **23.879**, **Sandro Andrey  
Oliveira Santos**, brasileiro, casado, inscrito na Ordem dos  
advogados do Brasil sob o nº **19.255** e **Melina Valença Maciel  
Paes Barreto**, brasileira, em união estável, inscrita na Ordem  
dos Advogados do Brasil, Seccional da Paraíba sob o nº **21.519**,  
com endereço profissional na Rua José Caetano de Andrade, 305  
- 1º Andar, Centro, Lagoa Seca - PB - CEP: 58.117-000, para  
representá-la com todos os poderes da **cláusula ad judicia et  
extra**, podendo interpor ou fazer defesa de ação civil, penal,  
administrativa e trabalhista, impetrar *habeas corpus*, mandado  
de segurança, confessar, transigir, desistir, acordar,  
renunciar direitos, renunciar foro, contraditar testemunhas,  
arguir suspeições, revogar procurações, substabelecer,  
apelar, receber importâncias e valores, emitir e endossar  
cheques, dar quitação, enfim, praticar todos os atos previstos  
no art. 105 do Código de Processo Civil, com redação dada pela  
Lei n.º 13.105, de 16.03.2015 e art. 5º, § 2º da Lei n.º  
8.906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos  
Advogados do Brasil).

Lagoa Seca - PB, 29 / julho / 2019

Marcelo Araújo Barbosa Vitor  
OUTORGANTE:

Rua José Caetano de Andrade, 305 - 1º Andar, Centro, Lagoa Seca - PB - CEP: 58.117-000

□ 9 9172-2707 / 99616-1780 ☎ 99680-0080 / 98733-0752

E-mail: abcs.advocacia@gmail.com



JOAO DE ARAUJO FILHO  
SIT AMARAGI, S/N / LAGOA SECA - AREA RURAL  
LAGOA SECA/PB CEP: 58117000 (AG 401)



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Emissão: 15/02/2018 Referência: Fev/2018 BR230-KM165-Alça Sudeste - T-35 Irmãos - Campina Grande/PB - CEP:58423-700  
Classe/Subclasse: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFASICO  
Rotero: 10-402-268-3650 N° medidor: B1073194818

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica V0003.029.046

Cód. para Débito Automático: 00000019193

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a  
Fev / 2019

Apresentação  
15/02/2019

Data prevista da  
próxima leitura  
18/03/2019

CPF / CNPJ / RANI  
497.569.824-20  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

4/91918-3

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2019  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

Anterior*	Data	Lectura	Atual	Data	Lectura	Constante	Consumo		Dias	
							1	115		
<b>Demonstrativo</b>										
							Tributos Totais(R\$) ICMs(R\$) ICMs PIS/Cofins(R\$) IPI(0,00%) Cofins(R\$)			
0801	Consumo em kWh	115.000	0,390180	44,88	0,00	0	0,00	44,88	0,44	2,08
0810	Subsídio			18,98	0,00	0	0,00	18,98	0,17	0,78
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>										
0807	CONTRIBUÍLUM PÚBLICA			12,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018			0,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-16,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CC1 Código de Classificação do Item TOTAL										
				59,51	0,00		0,00	61,84	0,61	2,84

Media últimos meses (kWh) 107

VENCIMENTO 22/02/2019 TOTAL PAGAR R\$ 59,51



RESERVADO AO FISCO 6754.0d2c.b0d6.e51e.6af6.8767.c331.19db.

Indicadores de Qualidade

	Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	21,74	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	40,49	0,00	220
DIC ANUAL	7,74	0,00	202
FIC MENSAL	15,48	0,00	231
FIC TRIMESTRAL	30,98	0,00	202
FIC ANUAL	5,88	0,00	231
DMC	16,60		
DICRI			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/BO	19,98	33,31
Compra de Energia	22,21	37,32
Serviço de Transmissão	2,82	4,74
Encargos Setoriais	4,06	6,81
Impostos Diretos e Encargos	17,15	28,82
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	59,51	100,00

Valor do EUSD (Ref 12/2018) R\$ 16,49

Subvenção DEC 7 09/13 R\$ ATENÇÃO  
Reajuste Tarifário-Vigência 04/02/19-Res ANEEL nº 2 512-Alta Tensão 3,81% Médio  
Reajuste Tarifário-Vigência 04/02/19-Res ANEEL nº 2 512-Baixa Tensão 4,80% Médio  
Isento ICMS

Faturas em atraso



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -

R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000411/18

**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 000411/18 registrada em 11/04/2018, que passo a transcrever na Integra: Aos onze dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, 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 14:25 horas, compareceu o Sr. FERNANDO FERNANDES ARAÚJO, com 0 ano de idade, filho de MARIA FERNANDES ARAÚJO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, portador da Cédula de Identidade Nº 2.813.619, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09677527444, residindo à rua SÍTIO AMARAGI, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de LAGOA SECA - PB.

**Declarou que:**

Informa o declarante, que por volta das 02h46min do dia 26.08.2017, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Itamaragi, área rural de Lagoa Seca/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150, TITAN KS, ano/modelo 2008/2008, de cor preta, chassi nº 9C2KC08108R314806, de placa MOJ-9064/PB, licenciada em seu nome (Fernando Fernandes Araújo), levando como "carona" MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, portador da Cédula de Identidade/RG nº 4.003.066-SSP/PB, CPF nº 701.271.124-80, solteiro, estudante, residente no Sítio Amaragá, área rural de Lagoa Seca/PB, quando em um momento de distração perdeu o controle de direção e caíram ao solo, após o pneu dianteiro derrapar na terra solta existente na estrada, ocasionando ferimentos graves em MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR, que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme declaração e prontuário médico hospitalar em anexo, enquanto que o declarante sofreu apenas lesões leves pelo corpo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local para realizar os levantamentos técnicos. 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, Quarta-feira, 11 de Abril de 2018

*Fernando Fernandes Araújo*

FERNANDO FERNANDES ARAÚJO

Declarante

*José Alberto do Nascimento*  
Escrivão do Ofício

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA – SAMU**

São Sebastião de Lagoa de Roça/PB

01 de Fevereiro de 2018

**SOLICITAÇÃO Nº 033/2017**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para todos os fins de direito que se fizerem necessário que, **MARCELO ARAÚJO BARBOSA VICTOR** foi atendido pelo SAMU 192 Regional – S.S. de Lagoa de Roça/PB, ID sob o número 1612223 em 26 de Agosto de 2017 por volta das 02h46min, Sítio Itamaragí, na cidade de Lagoa Seca/PB. **Vítima de Acidente de Trânsito.**

**Estado geral:** Consciente, orientado, usava capacete, apresentando fratura de em MMII (tibia). SSVV normais. Imobilização conforme protocolo, feito acesso feito AVP. Após regulação, QRD ao HTCG.

Lucimara Alves Bento

*Lucimara Alves Bento*

**COORDENAÇÃO DO SAMUMUNICIPAL**

COREN/PB 187017



---

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**

Nº Sinistro: **3180211964**  
Vitima: **MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**  
Data do Acidente: **26/08/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **FERNANDO FERNANDES ARAUJO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180211964**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12785632



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
Nº Sinistro: 3180211964  
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
Data do Acidente: 26/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180211964**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01073/01074 - carta\_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12822215

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

**Carta nº 13071697**

**A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180211964 ASL-0166034/18  
**Vitima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
**Data Acidente:** 26/08/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDO FERNANDES ARAUJO

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Carta nº 13216532

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180211964 ASL-0166034/18  
**Vitima:** MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
**Data Acidente:** 26/08/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00573/00574 - carta\_25 - INVALIDEZ



00020287



Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 28/11/2019 10:07:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112810075739100000025678936>  
Número do documento: 19112810075739100000025678936

Num. 26591683 - Pág. 4

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Carta nº: 13462692

A/C: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Nº Sinistro: 3180211964  
Vitima: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
Data do Acidente: 26/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FERNANDO FERNANDES ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 00000039283-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Manoel Araújo B. Vitor

Laudo Médico

Pct vidual de traume por muto há +

10 msss q/ fratura exposte em regis  
proximais de fêmur associado à exten-  
se lesões de partes moles; evolução c/  
perda de função, neurológica no  
funktivo de nervos fibular comu-  
c/ déficit de caráter definitivo no  
extenso de pé (E) c/ consequente  
alteração na marcha e diminuição de  
força no referido pé.

CID: T93.4  
S82.0

Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LSDG 210618





## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Nanels Araújo Barbosa  
Vitor foi atendido (às) hoje, às 8 (oito) horas, necessitando de 60 (sessenta) dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID T12

Campina Grande, 20/11/17

Isis Inmael Lacerda  
Cirurgia Plástica  
CRM-PB 5426

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



SECRETARIA DE  
Saúde



CIDADE QUE  
CRESCE

CNPJ: 11.264.183/0001-79

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Sr.(a) \_\_\_\_\_

*Pedrosoza*

Declaro para fins de Benefícios  
que Marcelo Araújo Barbosa Vila  
encontra-se com dificuldade M  
leucocitose; em recuperação da  
fratura sofrida há vários meses.  
Por acidente de moto.  
Recente de apresentar se de ativi-  
dades laborativas.

CRAB. 2 A80  
L 14

1 | 2 | 18

UBS 05  
SEVERINA MACHADO RIOS  
CÓD. 2607166

*Fátima Feliciano*

Dr. Fátila Feliciano  
MÉDICA  
CRM 2406





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

*ok*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**Diagnóstico**  
*Fratura exposta ossos plâneos (C)*  
*(lesão do Nervo Fibular (anterior))*

33

Paciente

Marcelo Andrade B. Vitor

Alojamento

Leito 6 - 9 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/03/17	1) Diclofenac 50mg 3x/dia + RPA 500mg 3x/dia	10:00	Fratura exposta ossos plâneos da fibula com grande quantidade de sangue e grande hematoma e venas vermelhas.
	2) Sf 0,9% 2,000ml ev na 24 horas.	10:00	
	3) Ceftriaxona 1G ev na 12 horas.	10:00	
	4) Dipirona 1G ev na 6 horas.	10:00	
	5) Tisticil 600mg ev 12 horas.	10:00	
	6) Tramadol 50mg + Paracetamol 800mg ev 8 horas.	10:00	
	7) Omeprazol 20mg ev 24 horas.	10:00	
	8) Clorotetraxina 400mg ev 12 horas.	10:00	
	9) Metoclopramida 10mg ev 12 horas.	10:00	
	10) Cetamina 100mg ev 12 horas.	10:00	
	11) Sf 0,9% 5.000ml ev 24 horas.	10:00	
	12) Flagnyl 600mg ev 24 horas.	10:00	
		10:00	Cirurgia - UMC + cirurgia de contate de ossos novos na fibula com fixação - Entubação Hospitalar - Sist. de Rádiofones para monitoramento



Nome do Paciente <i>Marcelo Araújo Barbosa Vitor.</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>26/08/17</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Fenná Gomes</i>	1º Auxiliar <i>Dra. Jaylla.</i>	Instrumentador <i>Wagner Costa</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura Exposta da Tibia e Fibula Proximal com extensa lesão de partes moles da Perna (E).</i>		
Tipo de Operação <i>Limpeza Cirúrgica + Tenorrafia do Patelar + Fixação da Fratura com fio Kirschner.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
- Paciente em SDH sob anestesia gasosa.
- Assepsia + Antisseptico
- Paciente apresentando lesão extensa da coxa exibe e descolhimento em toda extensão da perna esquerda com fratura da Tibia Proximal e Fibula Proximal com alto grau de contaminação grossa.
- Realizada a limpeza cirúrgica agressiva e abundante com desbridamento de tecidos desvitalizados.
- Redução da fratura da Fibula e fixação propriamente fio de Kirschner 2.0mm intramedular.
- Não foi possível identificar integridade do Nervo fibular comum e seu ramos divididos com grave lesão em sua topografia.
- Realiza a redução e fixação do fragmento distal de Tibia proximal (E) e fixação com 02 fios KG 2.0mm.

Mod. DTB

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



- Realizada a tenosynovite do tendão patelar após identificação de lesão parcial da borda lateral do tendão patelar, com fio Nylon 2 mm.
- Realizada a redução da cabeça de fibula para sua articulação com a tibia proximal e fixada proximamente com fio Kirschner 2.0mm.
- Realizada a limpeza do ferimento da coxa esquerda e desbridamento com posterior sutura com fio Nylon 2.0mm.
- Realizada a sutura da pele do ferimento de perna com adequada cobertura muscular e óssea.
- Curativo estéril

  
Dr. José Renato Gomes  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PE 9.111 / CRM-PE 21437  
CRM-FB 9.111 / CRM-FB 15202

#### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Nome: <i>Marcos Araújo</i>			IDADE	SEXO	COR
DIA: <i>26/11/12</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO:		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIA	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA	UREIA		OUTROS
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIograma		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APUCADA	AB	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sub>2</sub>					INDUÇÃO	
LÍQUIDOS	<i>00 sfo 150 sel 150</i>				Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
				Laringo: espasmo: _____	Lenta: _____		
				Náuseas: _____	Vômitos: _____		
				Outros: _____	MANUTENÇÃO		
CÓDIGOS VP ARTERIAL: O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO; AX - ANESTÉSIA; O - OPERAÇÃO					<i>Cefalgie Deciduous meses Dipresos</i>		
VP ARTERIAL: O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO; AX - ANESTÉSIA; O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
				Não, por quê? _____			
DESPERTAR							
Reflexos na SO: _____							
Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____							
Náuseas: _____ Vômitos: _____							
Outros: _____							
Com cânula: _____							
Para o Leito: Sim _____ Não _____							
CONDIÇÕES:							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Efedr</i>						
POSIÇÃO	<i>prone</i>						
AGENTES	<i>desconhece perda 15 + maior</i>						
TÉCNICA	<i>Reoperatório prnt</i>				CÂNLULAS		
OPERAÇÃO	<i>Protecionis Cervicais ab frct. caput de tib.</i>						
CIRURGICOS	<i>m Remar</i>						
ANESTESISTAS	<i>- Socorr. Almás.</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 28/11/2019 10:07:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112810075777900000025678954>  
Número do documento: 19112810075777900000025678954

Num. 26592001 - Pág. 6

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Marcelo Araújo Barbosa Vitor D.N.31-012-1999.</i>					 SECRETARIA DE SAÚDE  Hospital de Emergência e Trauma Dom. Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
		Sus	17 anos	1493412	
CIRURGIA TTO. Cirurgico c/ fixação fratura de Tibia MTE			CIRURGIÃO	<i>Dr. Rembh</i>	
ANESTESIA Exporta Raque			ANESTESIA	<i>21º Socorro Alvarado</i>	
INSTRUMENTADORA	DATA		INICIO	FIM	
<i>Costas</i>	<i>26/08/17</i>		<i>07h.50'</i>	<i>09h.10'</i>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinamp.	<i>01</i>	Calef. p/ Oxiq.	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	<i>01</i>	Calet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>10</i>	Compressa Grande <i>     </i>	Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	Dimore amp. <i>0,2 mg</i>	<i>01</i>	Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoido	Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Drano	Catgut Simples Sertix	
	Fenogam amp.		Drano Kerr n°	Catgut Simples Sertix	
<i>01</i>	Fentanil ml		Drano Penrose n°	Cera p/ osso	
	Inova ml		Drano Pezzer n°	Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas	Ethibond	
<i>01</i>	Mercacina <i>0,5 % ml</i>	<i>01</i>	Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubainamp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>0,5</i>	Eparadrado Larco cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido lm		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>0,5</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	<i>JY</i> Mononylon <i>2-0</i> <i>     </i>	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES				
<i>03</i>	Agua Destilada amp.	<i>02</i>	Lâmina de Bisturi n° 23 <i>  </i>	Prolene Sertix	
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix	
<i>02</i>	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix	
	Flexicôl amp.	<i>06</i>	Luvas 7,0	Vicryl Sertix	
	Flexocortid amp.		Luvas 7,5 <i>     </i>	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	<i>04</i>	Luvas 8,0	Vicryl Sertix	
	Glicose amp.	<i>3.0</i>	Luvas 8,5		
	Glucos de Cálcio amp.		Oxigênio lm <i>7/min.</i>	<i>03</i> Fio de Kuschimmen n° 1.000	
	Haemacel ml.	<i>0,5</i>	Polifix		
	Hegarrena ml.	<i>0,5</i>	PVPI Degemerante ml		
	Kanakion amp.	<i>0,5</i>	<i>PPGK</i> ml	Qtd.	SOROS
	Lasix amp.	<i>0,4</i>	Sabão Antisséptico	<i>0,2</i>	SE Normotérmico fr 500 ml <i>     </i>
	Medrotinazol.	<i>0,4</i>	Saco coletor <i>Lixa/limpa</i>		SG Gelado fr 500 ml
<i>02</i>	Plesi amp. <i>metamotran</i>	<i>0,1</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hiperótémico fr 500 ml
	Prolamina	<i>0,9</i>	Seringa desc. 20 ml	<i>0,5</i>	SG Ring fr 500 ml <i>     </i>
	Revvan amp.		Seringa desc. 05 ml	<i>2,1</i>	SE fr 500 ml <i>7/Limpeza</i> <i>     </i>
	Stupitanon amp.		Sonda		
	Cefalotina 1g		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
			Sonda Nasogástrica		
			Sonda Uretral n°		
			Steridrem ml		
			Tomeirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		
	Aguilha desc. 25 x 7	<i>01</i>	Gelcon 18		
<i>01</i>	Aguilha desc. 26 x 20 <i>40X12</i>	<i>01</i>	Latafex		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>Eletrodos</i>		
<i>01</i>	Aguilha p/ raque n° <i>15</i>				
<i>25</i>	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
<i>06</i>	Ataduras de Crepon <i>15cm</i>				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
EQUIPAMENTOS					
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Electrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Facial <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico					
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					
<i>Maria José G. Gaudêncio</i> <i>Maria José G. Gaudêncio</i> COREN-PB 00740741					





GOVERNO  
DA PARAÍBA

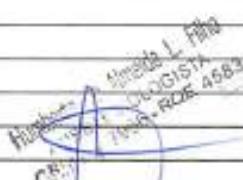
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Moreira Andrade Barbosa Vitor. Idade: 17.  
Convênio: Sua. Data: 26/08/17  
Procedimento: Fto limpa e fechada de ferida de fibra MIK

#### **Observações:**



**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, 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 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
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		2



Numéro de Registro Físico  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PB 1986 N° 4583

Assinatura do anestesista



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Marcos Brum

Alojamiento: b leito 4

un peu

Date	Precricão Médica	Horário
27/10/8	1. Dieta <u>lute</u> . 2. SBH 1500ml EV/24h	07:20 <u>25-10-8</u>

Evolução Médica

Date	Prescrição Médica	Hora(s)
29/10/2018	1. Dieta <u>lúteo</u> . 2. SBH 1500ml EV24h	02 <u>25/10/2018</u>

No D83

Munich Aug 5000' E 818 L  
Cathcart 1400' E 1412 m  
Circum.

10

Agricultura en Uruguay

Editorial  
REVISTA  
BRAZILEIRA  
DE  
LITERATURA

*Mission Barros de Almeida  
TOPEZA E TRAMONTE*

DRAFT

Private no topo da Fazenda Export- da Thins C + Rosalva Lsgs do N fibra cana -  
ao exame a geringa de desfolhas de tomatec activa - (ver ? liso?) -  
mais no desfolha

Mr. Trollope was from Gloucester Wiltshire

- Radiculopatía Neurológica pt. N.  
Fibras Cervicales posteriores <sup>de José R. Gómez</sup>  
<sup>Oncología</sup>







SECRETARIA DE SAÚDE

NUMBER

Māori

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

2

for tip phone (E)  
also rim

DIAGNÓSTICO

Data	Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28					1. Dieta Ligeira	C+	2.º dia
					2. SRL 1500ml EV/24h	C+	24h
					3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	C+	24h
					4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	C+	24h
					5. Omeprazol 40mg EV/jénum	C+	15min
					6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN	8h -
					7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN	8h -
					8. Clexane 40mg SC/dia	C+	15min
					9. SSW + CCGG	C+	15min
					(Início)	C+	15min
					(Início) 10/10/2013	C+	15min
					Metformina 500 mg 12h dia	C+	15min
					Glucosídeo de Ateno	C+	15min
					Anti-hipertensivo	C+	15min



28/08 - PR = 120x70 - paciente evolue estavel  
Realizado exame, mmHg medicado conforme prescrição  
medica.

Karina Góes da Santos  
Tec. de Enfermagem  
COPLE 00000000000000000000000000000000

28/08/17 16:00

Paciente segue seu alteração  
peito ouro acesso venoso. CG



64

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

四

10

四

340  
101



~~20/08~~ 23h ~~120~~ 20 80 → Paciente foi realigado  
O 3º cirurgião: medico  
conforme prescrição  
medica: segue  
as orientações da  
equipe - *Conselho*  
UBS: orientações da  
Otor.



6

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



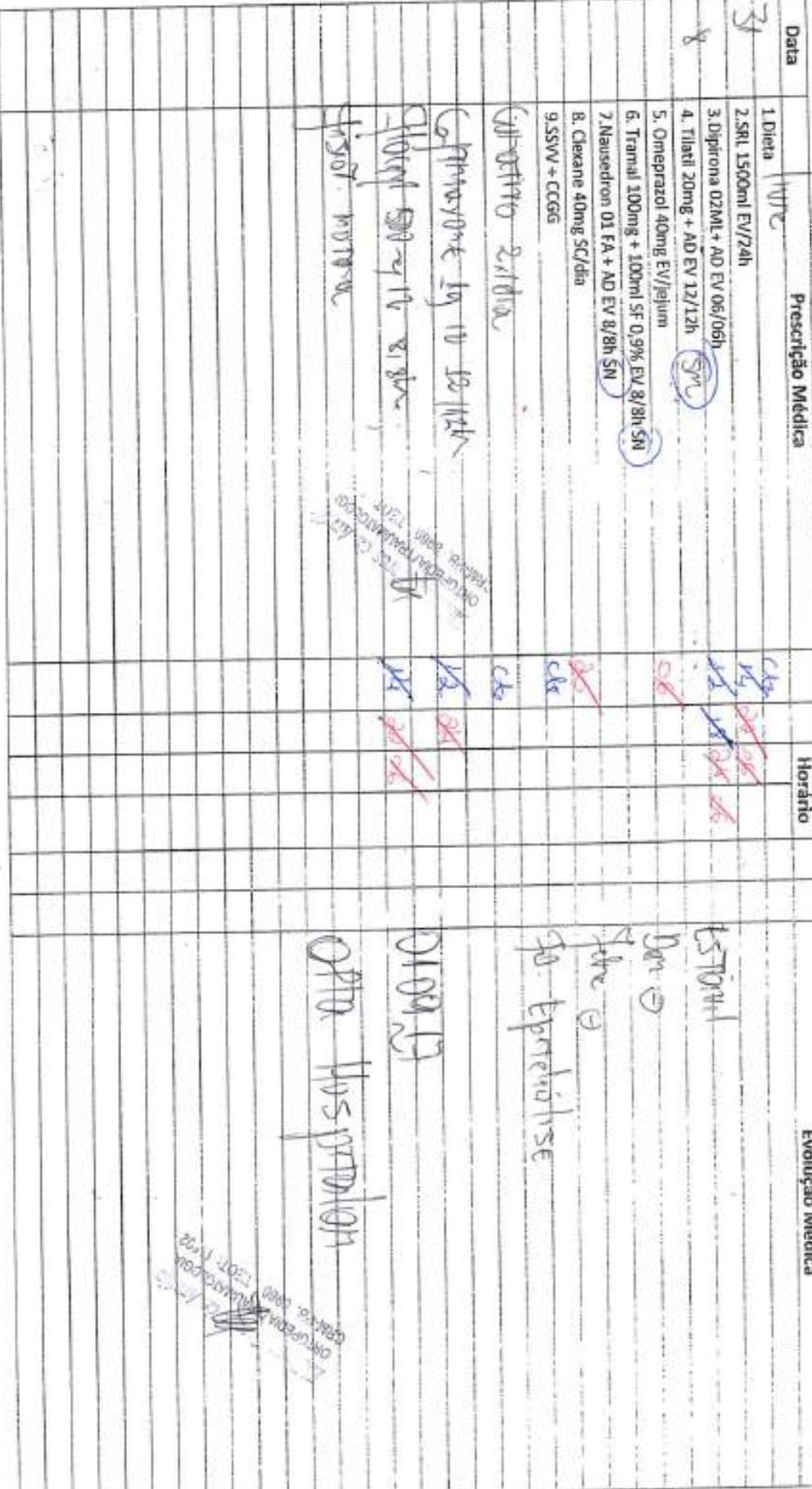
01/08/117.  
Assinado eletronicamente e autenticado conforme  
previsto na Lei nº 8.935 com classificação  
P.R.: J 90 X 20 P. # 18 3618.



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Mandib

Paciente: Alojamiento: Lento Convención: No habrá reuniones



31/08/17 — horas — 108:00 - P10 = 120x80 . Realizado  
curativo. medicado conforme prescrição médica.

31/08/17 16:00 segue sem alteração D  
Farto curativo. S





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

PACIENTE:	Marcelo Araujo Barbosa Vitor
DATA DO EXAME:	26/08/2017

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

**ANÁLISE:**

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

Não identificamos sinais de lesão relacionadas ao trauma no parênquima hepático, esplênico e renal.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras oca, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar buscando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Dr. Tiago Nepomuceno  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 6723





Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 28/11/2019 10:07:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112810075800800000025678956>  
Número do documento: 19112810075800800000025678956

Num. 26592003 - Pág. 5

NOME MARCELA CROWÁE BARBOSA NEVES		GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
IDADE 17a	ENFERMARIA 6	LEITO: 4	PNAU	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes
H. D. <i>PK MIE</i>	ADMISSÃO HORA	<b>FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS</b>		
PROCEDÊNCIA:				
MOTIVO DE INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRGP <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Rural <input type="checkbox"/> Coma Neurol <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM				
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outras: ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia HDA: <i>Sintomas em ER com VZLQ. Abdominal. Revertido</i> <i>dano abdominal com Técnica operatória eletrocautéria.</i> <i>anemia de sangramento. Freq da ADN</i>				
DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito _____ Período: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Edema. Regresso: <b>CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE</b>				
CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <sub>ventil</sub> <input type="checkbox"/> TEP <sub>resp</sub> <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decoloração <input type="checkbox"/> Cinessoterapia <input type="checkbox"/> MRP <input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transdorências <input type="checkbox"/> Sedotização <input type="checkbox"/> Orientamento <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial <input type="checkbox"/> Treino Musc. Pró decanulação				
<input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:				
SV:	FC	temp	HR	PA:
				SpO2 % T %
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow				
TENSÃO: <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Normal				
TONUS: <input type="checkbox"/> Hipotônico <input type="checkbox"/> Hipertônico <input type="checkbox"/> Normal				
REFLEXOS: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Normal				
Força muscular (grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
Bloquios Articulares (Região):				
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR</b> <input checked="" type="checkbox"/> Eufônico <input type="checkbox"/> Sem alterações				
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TOT <input type="checkbox"/> Sem TOT <input type="checkbox"/> DVM				
O2 SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ICEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Masc. Simples <input type="checkbox"/> Masc./Sistema de Venturi %				
MASC: <input type="checkbox"/> Reinsalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinsalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo l/min				
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tradições supraventiladoras <input type="checkbox"/> Imagens intercostais <input type="checkbox"/> Imagens subcostais				
Distrofia musc. necessária Insp/Exp <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Resp. retrátil <input type="checkbox"/> Estridor 14+				
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diaphragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial				
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica				
Auscultação Pulmonar: <i>Vozes claras. Ráio X Tórax:</i>				
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Desglute <input type="checkbox"/> Expectorada <input type="checkbox"/> Ineficaz				
SECRECÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.				
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucoide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta				
COR SECRECÃO: <input type="checkbox"/> Cinza <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha				
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO:				
<i>PK MIE</i>		Yury Costa e Silva Fisioterapeuta CRF-BR 22555 - 1º Região <i>Cariacica Grande.</i>		
<i>31/08/2017</i>				





Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 28/11/2019 10:07:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112810075800800000025678956>  
Número do documento: 19112810075800800000025678956

Num. 26592003 - Pág. 8



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marcilio Amorim | Registro: 6 | Leito: A | Setor Atual: OR/UTI

#### 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: () Isocônicas () Anisocônicas () 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 cmHz0

() Eupnéia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

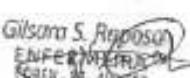
##### SEGURANÇA FÍSICA

() 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"/> ) Quals? <span style="float: right;">Precordialgia (<input type="checkbox"/>)</span>	
Ausculta cardíaca: ( <input type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arritmica ( <input type="checkbox"/> ) Sopro ( <input type="checkbox"/> ) Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central ( <input type="checkbox"/> ) Dissecção. Localização: M.S.E Data da punção: 22/08/17	
Edema: ( <input type="checkbox"/> ) MMSS ( <input type="checkbox"/> ) MMII ( <input type="checkbox"/> ) Face ( <input type="checkbox"/> ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Nutrido ( <input type="checkbox"/> ) Emagrecido ( <input type="checkbox"/> ) Caquético ( <input type="checkbox"/> ) Obeso.	
Dentição: ( <input type="checkbox"/> ) Completa ( <input type="checkbox"/> ) Incompleta ( <input type="checkbox"/> ) Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastronomia ( <input type="checkbox"/> ) Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> ) NPT; Hora: Data: / / /	
Alterações: ( <input type="checkbox"/> ) Inapetência ( <input type="checkbox"/> ) Disfagia ( <input type="checkbox"/> ) Intolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> ) Vômito ( <input type="checkbox"/> ) Pirose ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
Abdômen: ( <input type="checkbox"/> ) Normotensão ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) Tenso ( <input type="checkbox"/> ) Ascítico ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
RHA: ( <input type="checkbox"/> ) Normoativos ( <input type="checkbox"/> ) Ausentes ( <input type="checkbox"/> ) Diminuídos ( <input type="checkbox"/> ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Líquida ( <input type="checkbox"/> ) Constipado há dias ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( <input type="checkbox"/> ) Retenção ( <input type="checkbox"/> ) Incontinência ( <input type="checkbox"/> ) Hematuria ( <input type="checkbox"/> ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Integra ( <input type="checkbox"/> ) Ressecada ( <input type="checkbox"/> ) Equimoses ( <input type="checkbox"/> ) Hematomas ( <input type="checkbox"/> ) Escoriações ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Ictérica ( <input type="checkbox"/> ) Cianótica   Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Preservado	
Condições das mucosas: ( <input type="checkbox"/> ) Úmidas ( <input type="checkbox"/> ) Secas   Manifestações de sede: ( <input type="checkbox"/> )	
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: / / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Dependente ( <input type="checkbox"/> ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input type="checkbox"/> ) Acamado ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservado ( <input type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservada ( <input type="checkbox"/> ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( <input type="checkbox"/> ) Cooperativo ( <input type="checkbox"/> ) Medo: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ansiedade ( <input type="checkbox"/> ) Ausência de familiares/visita ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 21/08/17 HORA: 10:30h	
	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Morelo Registro: Leito: 6-4 Setor Atual: Ortop II

## 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: () Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) MidriáticasMobilidade 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 cmHzO

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Ritmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>Mast</i> Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: <i>MIE (pe)</i>	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <i>5</i> dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica   Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas   Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
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: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória   Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <i>30/08/17</i> HORA: ____ h	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Márcio Bezerra | Registro: 6 | Leito: 4 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### 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:  Isocôricas  Anisocôricas  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 cmH<sub>2</sub>O

Eupnênia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax:  D  E  Selo d'água:

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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? _____ Precordialgia ( <input type="checkbox"/> )	
Ausculta cardíaca: ( <input type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> Arritmica) ( <input type="checkbox"/> Sopro) ( <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> Periférico) ( <input type="checkbox"/> Central) ( <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSC</u> Data da punção <u>23/03/17</u>	
Edema: ( <input type="checkbox"/> ) MMSS ( <input checked="" type="checkbox"/> MMII) ( <input type="checkbox"/> Face) ( <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Type somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido) ( <input type="checkbox"/> Emagrecido) ( <input type="checkbox"/> Caquético) ( <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: ( <input checked="" type="checkbox"/> Completa) ( <input type="checkbox"/> Incompleta) ( <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> AVO) ( <input type="checkbox"/> SNG) ( <input type="checkbox"/> SNE) ( <input type="checkbox"/> Gastronomia) ( <input type="checkbox"/> Jejunostomia) ( <input type="checkbox"/> NPT) Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: ( <input type="checkbox"/> ) Inapetência ( <input type="checkbox"/> ) Disfagia ( <input type="checkbox"/> ) Intolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> ) Vômito ( <input type="checkbox"/> ) Pirose ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão) ( <input type="checkbox"/> Distendido) ( <input type="checkbox"/> Tenso) ( <input type="checkbox"/> Ascítico) ( <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: ( <input type="checkbox"/> Normoativos) ( <input type="checkbox"/> Ausentes) ( <input type="checkbox"/> Diminuídos) ( <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normal) ( <input type="checkbox"/> Líquida) ( <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias) ( <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea) ( <input type="checkbox"/> Retenção) ( <input type="checkbox"/> Incontinência) ( <input type="checkbox"/> Hematúria) ( <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Integra ( <input type="checkbox"/> Ressecada) ( <input type="checkbox"/> Equimoses) ( <input type="checkbox"/> Hematomas) ( <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações) ( <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada) ( <input type="checkbox"/> Hipocorada) ( <input type="checkbox"/> Ictérica) ( <input type="checkbox"/> Cianótica) Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: ( <input type="checkbox"/> Úmidas) ( <input type="checkbox"/> Secas) Manifestações de sede: ( <input type="checkbox"/> )	
Incisão cirúrgica: ( <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>MSE</u> Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: ( <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: ( <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> Dependente) ( <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) ( <input type="checkbox"/> Insatisfatória) Higiene Corporal: ( <input type="checkbox"/> Satisfatória) ( <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input type="checkbox"/> Acelerado) ( <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas) ( <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUZO</b>	
( <input type="checkbox"/> Preservado) ( <input type="checkbox"/> Insônia) ( <input checked="" type="checkbox"/> Dorme durante o dia) ( <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> Preservada) ( <input type="checkbox"/> Prejudicada) Sentimentos e comportamentos: ( <input type="checkbox"/> Cooperativo) ( <input type="checkbox"/> Medo:	
( <input type="checkbox"/> Ansiedade) ( <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita) ( <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUais</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> Praticante) ( <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>29/03/17</u> HORA: <u>09:00 h</u>	
Bruna Telles dos Santos Motta Enfermeira COREN-PB 506401	

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





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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Jairinho Souza Barroso Teles	
End:	Sousa	Bairro: Bessa
Data de Nascimento:	31-12-99	Documento de Identificação:
Queixa:	Afast.	Data do Atend.: 26-07-01 Hora: 4:42 Documento:
Acidente de trabalho?	( <input type="checkbox"/> Sim	( <input checked="" type="checkbox"/> Não

### 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:			Frequência cardíaca:			
Pressão arterial:			Temperatura axilar:			
Dosagem de HGT:			Mucosas: ( <input type="checkbox"/> Normocorada			( <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: ( <input type="checkbox"/> Livre			( <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	( <input type="checkbox"/> Maca		

Cinza

### Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

Drº Anderson Lima  
COPEN/PB/71654

Assinatura e carimbo do profissional



Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 28/11/2019 10:07:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112810075800800000025678956>  
Número do documento: 19112810075800800000025678956



## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

## PRONT (B.E) Nº:1493412 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/08/2017  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

**PACIENTE: MARCELO ARAUJO**  
**BARBOSA VITOR**  
Endereço:SITIO AMARAL

Cidade: Lagoinha  
Nome da Mãe: MIRIAN ARAUJO

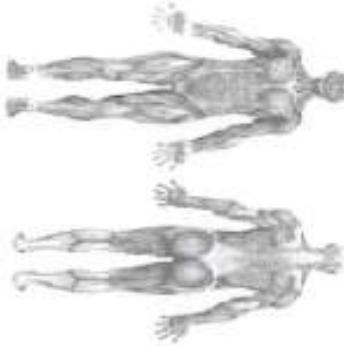
Responsável: MIRIAN ARAUJO  
Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO  
Médico:

CRM:  
RG: 4003066  
CPF: 30127112480

Data de Atend:26/08/2017  
Hora: 04:38:52

Especialidade:



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

1. Abdômen
2. Amputação
3. Auscultação
4. Cervical
5. Crânio
6. Dor
7. Esfera
8. Enxatamamento
9. Erupção/sarna
10. Exames
11. Equimose
12. Fimbra branca
13. Fimbra negra
14. Fratura
15. Faringite
16. Fecocôstilo
17. Peritonite/enterite
18. Perturbação mental

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = **10%** Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

**Lobato lobo x mto**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**  
REALIZADA: **26/08/2017**

**EXAMES SOLICITADOS:**  
( ) Laboratoriais  
( ) Igasometria arterial  
( ) Tomografia Computadorizada

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**  
Especialista: **Dr. Jayme de Souza**  
Especialista: **None**

Especialista:

/

às :

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**

**COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

**4<sup>a</sup>. VARA CÍVEL**

PJE n. 0830265-91.2019.8.15.0001

Vistos, etc.

1. Afirma o promovente que não possui condições de arcar com as custas do processo. Todavia, nada há nos autos que ratifique esta afirmação, prejudicando, portanto, a análise do pedido de justiça gratuita.



2. Dessa forma, **intime-se a parte autora** para, no prazo de 05 (cinco) dias, para fins de análise do pedido de gratuidade judiciária, comprovar sua hipossuficiência financeira, através de documentos, demonstrando ainda o valor a ser recolhido de custas judiciais no início da lide (cálculo via site do TJPB). Em sendo caso, deverá no mesmo prazo requerer parcelamento e/ou redução do valor das custas, comprovados os requisitos legais. Faça-se constar que a ausência de manifestação ensejará no indeferimento da inicial e cancelamento da distribuição.

Cumpra-se.

Campina Grande, *data da assinatura digital*



Assinado eletronicamente por: AUDREY KRAMY ARARUNA GONCALVES - 06/12/2019 11:11:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120611112218900000025790622>  
Número do documento: 19120611112218900000025790622

Num. 26709229 - Pág. 2

*Juíza de Direito*



Assinado eletronicamente por: AUDREY KRAMY ARARUNA GONCALVES - 06/12/2019 11:11:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120611112218900000025790622>  
Número do documento: 19120611112218900000025790622

Num. 26709229 - Pág. 3



**4ª Vara Cível de Campina Grande**

( )

Nº do processo: 0830265-91.2019.8.15.0001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)**

O MM. Juiz de Direito da vara supra manda **intimar a parte autora** para, no prazo de 05 (cinco) dias, para fins de análise do pedido de gratuidade judiciária, comprovar sua hipossuficiência financeira, através de documentos, demonstrando ainda o valor a ser recolhido de custas judiciais no início da lide (cálculo via site do TJPB). Em sendo caso, deverá no mesmo prazo requerer parcelamento e/ou redução do valor das custas, comprovados os requisitos legais. Faça-se constar que a ausência de manifestação ensejará no indeferimento da inicial e cancelamento da distribuição.

Advogado: MARCONI ACIOLI SAMPAIO OAB: PB23879 Endereço: desconhecido

Campina Grande, em 7 de janeiro de 2020.

De ordem, JUSSARA DO CARMO LIMA CUNHA  
Mat.



Assinado eletronicamente por: JUSSARA DO CARMO LIMA CUNHA - 07/01/2020 18:10:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010718104492600000026373371>  
Número do documento: 20010718104492600000026373371

Num. 27324395 - Pág. 1

em anexo



Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 14/02/2020 09:18:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021409183767000000027282616>  
Número do documento: 20021409183767000000027282616

Num. 28289920 - Pág. 1

**MARCONI ACIOLI SAMPAIO  
SANDRO ANDREY & MELINA MACIEL**

---

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup>  
VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA**

**PROCESSO N° 0830265-91.2019.8.15.0001**

**MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR**, devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, vem perante V.Exa., em atendimento ao despacho ID. 27324395, comprovar sua hipossuficiência financeira, uma vez que é agricultor, inclusive gozando de benefício previdenciário, auxílio doença previdenciário no valor de um salário mínimo, cujo início foi em 07/03/2018, com termo final em 01/05/2020, demonstrando desta feita que, como agricultor, sua única renda atual é um benefício do INSS.

Requer então a juntada da seguinte documentação comprobatória em anexo, bem como reitera o pedido de Justiça Gratuita:

1. DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA;
2. EXTRATO E CARTÃO DE CONTA PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO;
3. SENTENÇA AUXÍLIO DOENÇA - SALÁRIO MÍNIMO;

Nestes termos

Pede deferimento.

Lagoa Seca- PB, 28 de novembro de 2019.

---

**MARCONI ACIOLI SAMPAIO  
OAB/PB n° 23.879**

---

Rua José Caetano de Andrade, 305 - 1º Andar, Centro, Lagoa Seca – PB – CEP: 58.117-000  
3366-1926 / 99680-0080 / 99616-1780 / 98733-0752  
E-mail: abcs.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 14/02/2020 09:18:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021409183811000000027283385>  
Número do documento: 20021409183811000000027283385

Num. 28290292 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 14/02/2020 09:18:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021409183825100000027283387>  
Número do documento: 20021409183825100000027283387

Num. 28290294 - Pág. 1

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MARCELO ARAÚJO BARBOSA VITOR

FILIAÇÃO.....: FRANCISCO BARBOSA VITOR  
MIRIAN ARAÚJO  
NASCIMENTO....: 31/12/1999 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB  
DOCUMENTO....: C. N. 12359 LVA 11 FLS 191 - 15/03/2000 - CARTÓRIO DO  
REGISTRO CIVIL - LAGOA SECA - PB  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 701.271.124-80 CNH.....:  
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE CAMPINA GRANDE/PB - 29/12/2015

Rodolfo Ramalho Catão

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

[MOTIVO]

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NAME

DOCUMENTO

[MOTIVO]

03

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

[MOTIVO]

L

E

G

E

N

D

A

A: CASAMENTO | C: DIVÓRCIO | E: RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G: DATA DE NASCIMENTO  
B: SEPULTURA | D: ADOÇÃO | F: MUDANÇA VOLUNTÁRIA



Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 14/02/2020 09:18:38  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021409183825100000027283387  
Número do documento: 20021409183825100000027283387

Num. 28290294 - Pág. 2





## PODER JUDICIÁRIO

<b>INFORMAÇÕES SOBRE ESTE DOCUMENTO NUM. 26</b>		
<b>Descrição do Documento</b>	Acordo	<b>Tipo</b>
<b>Nr. do Processo</b>	0506900-68.2018.4.05.8201	<b>HTM</b>
<b>Data da Inclusão</b>	30/04/2019	

### TERMO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO,

### INSTRUÇÃO E JULGAMENTO

Na data e horário previamente designados, na sala de audiências da 9ª Vara Federal, Subseção Judiciária de Campina Grande/PB, onde se encontravam presentes o Exmo. Dr. GILVÂNKLIM MARQUES DE LIMA, Juiz Federal Titular, comigo servidor, teve lugar a audiência designada nos autos em epígrafe. Apregoadas as partes, constatou-se o comparecimento da parte autora, MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR, acompanhada de seu( sua) advogado(a). Presente ainda o INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, na pessoa de seu (sua) Procurador (a), o(a) Dr(a). MARIA CARMO DOS SANTOS TARGINO. O INSS apresentou contestação em momento anterior à audiência. INICIADOS OS TRABALHOS, o MM. Juiz Federal questionou as partes sobre a possibilidade de acordo, o que não foi aceito. Dando prosseguimento à audiência, colheu-se o depoimento pessoal da parte autora e da(s) testemunha(s) JOSE FERNANDES DA CRUZ – RG: 032843666 – IFP/RJ, o(s) qual (quais) foi (foram) gravado(s) em arquivo tipo mp3 e será(ão) anexado(s) aos autos. Encerrado(s) o(s) depoimento(s), tentou-se novamente a conciliação das partes, que firmaram acordo nos seguintes termos:

### ACORDO

1. O INSS reconhece o direito à concessão do benefício de **AUXILIO DOENÇA**, com termo inicial no dia **07/03/2018 (DIB)**, com termo final em **01/05/2020**, com pagamento administrativo a partir do primeiro dia do mês corrente (**DIP**) e pagamento de 80% (oitenta por cento) dos valores atrasados, equivalente ao montante atual de **R\$ 10.510,56 (dez mil, quinhentos e dez reais e cinqüenta e seis centavos)**, conforme planilha de cálculos elaborada pela contadaria judicial, cujos cálculos integram o presente termo e serão a seguir anexados;
2. A parte renuncia a eventuais direitos decorrentes do mesmo fato ou fundamento jurídico que deu origem à demanda;
3. O pagamento dos atrasados será feito através de RPV – Requisição de Pequeno Valor;
4. As partes acordam no sentido de que o INSS procederá ao eventual desconto sobre o benefício a ser concedido na hipótese de se constatar percepção de benefício inacumulável em tempo pretérito, respeitado o percentual máximo estabelecido em lei.
5. **Até o final do prazo, poderá, a segurada, apresentar pedido de prorrogação (PP), caso em que o benefício só será cancelado após revisão médica administrativa.**

Nada mais havendo, o MM Juiz proferiu a seguinte sentença:

**SENTENCA**

Trata-se de ação previdenciária na qual as partes transigiram consoante acima disposto. Destarte, com fulcro no art. 22, parágrafo único, da Lei n. 9.099/95, c/c o art. 1º da Lei n. 10.259/01, **HOMOLOGO, por sentença, o presente acordo, a fim de que produza seus efeitos jurídicos e legais.**

**Intime-se a EADJ para providenciar a implantação do benefício do(a) autor(a), no prazo de 10 (dez) dias, com a devida comprovação nos autos.**

Tendo em vista não caber recurso de sentença homologatória de acordo (Lei n. 9.099/95, art. 41), deverá a mesma ser tida como transitada em julgado na data da sua validação. Sem honorários advocatícios (art. 55 da Lei 9.099/1995).

**Expeça(m)-se a (s) RPV (s). Remetida a RPV ao TRF da 5ª Região, dê-se baixa e arquive-se.**

Os presentes reputam-se integralmente intimados de todos os atos praticados em audiência, inclusive da sentença. Nada mais havendo, foi encerrada a audiência.

Para constar, eu, Hildaires Araújo Ribeiro, servidor(a), lavrei o presente termo, digitei e subscrevi junto com os presentes.

Campina Grande-PB, conforme data de validação no sistema.

**GILVÂNKLIM MARQUES DE LIMA**  
Juiz Federal - 9ª Vara/PB

---

Gerado em 07 de Fevereiro de 2020 as 10:35:26

file:///E:/MEGA/MEGAsync%20OK/CLIENTES/1.%20PROTOCOLADOS/DPVAT... 13/02/2020



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DA PARAÍBA

<b>Processo</b>	0506900-68.2018 .4.05.8200
<b>Partes</b>	
Autor:	MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR
Réu:	INSS

## RESUMO PARA RPV/PRECATÓRIO

A - Valores Devidos						Atualizados Até	04/2019
	2019	Destaque de Honorários	2019 (Líquido)	Exercícios Anteriores	Destaque de Honorários	Exercícios Anteriores (Líquido)	
		Número de Meses (NM)		3	Número de Meses (NM)		11
Principal Atualizado	2.395,20	-	2.395,20	8.115,36	-	8.115,36	
Juros de Mora	-	-	-	-	-	-	
Totais	2.395,20	-	2.395,20	8.115,36	-	8.115,36	
Total Geral Devido ao Autor						10.510,56	
Destaque de Honorários						-	
Líquido Devido ao Autor Após Destaque						10.510,56	

B - Honorários			Contratuais		
Sucumbenciais	0%		Contratuais	0%	
Principal	Juros	Total	Principal	Juros	Total
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OBSERVAÇÃO:

Data:	Campina Grande-PB, 29 de abril de 2019.
Dados digitados por	Hildaires Araújo Ribeiro
Cargo/Função	Analista Judiciário

Planilha Implantação Benefício Mínimo(65).xls/Resumo



Assinado eletronicamente por: MARCONI ACIOLI SAMPAIO - 14/02/2020 09:18:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021409183842800000027283389>  
Número do documento: 20021409183842800000027283389

Num. 28290296 - Pág. 3



**PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA FEDERAL DE 1<sup>a</sup> INSTÂNCIA  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DA PARAÍBA**

PROCESSO : 0506900-68.2018 .4.05.8200  
AUTOR : MARCELO ARAUJO BARBOSA VITOR  
RÉU : INSS  
ESPÉCIE : AUXÍLIO-DOENÇA - Esp. 31

Os valores foram calculados de 7/3/2018 até 31/3/2019 e atualizados até 4/2019(\*)  
Sem juros de mora.

622.233.669-1

DIB : 7/3/2018

DIP : 1/4/2019

RMI : 01 SM

MR : 01 SM

PARCELA	VALOR DEVIDO	VALOR PAGO	DIFERENÇA	COEFICIENTE DE CORREÇÃO (*)	PRINCIPAL CORRIDO	JUROS	TOTAL
mar/18	763,20	-	763,20	1,000000000	763,20	-	763,20
abr/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
mai/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
jun/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
jul/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
ago/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
set/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
out/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
nov/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
dez/18	954,00	-	954,00	1,000000000	954,00	-	954,00
dez/18 Ab	795,00	-	795,00	1,000000000	795,00	-	795,00
jan/19	998,00	-	998,00	1,000000000	998,00	-	998,00
fev/19	998,00	-	998,00	1,000000000	998,00	-	998,00
mar/19	998,00	-	998,00	1,000000000	998,00	-	998,00
<b>TOTAL DO PERÍODO</b>	<b>13.138,20</b>				<b>13.138,20</b>	-	<b>13.138,20</b>
<b>ACORDO REALIZADO (Observada a renúncia).</b>						<b>80,00%</b>	<b>10.510,56</b>

(\*) Indexadores utilizados: IRSM (até 03/94); URV (até 07/94); IPC-r (até 07/95); INPC (até 04/96); IGP-DI (até 08/2006); INPC (até 06/2009); TR (desde 07/2009).

INFORMAÇÃO PARA RPV/PRECATÓRIO				
Exercício	Nº de Meses	Principal	Juros	Total
2019	3	2.395,20	-	2.395,20
Anteriores	11	8.115,36	-	8.115,36
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>10.510,56</b>	-	<b>10.510,56</b>

Observação: Considerada a renúncia, percentuais de acordo e honorários contratuais, se for o caso.

**Atualizado até 4/2019.**  
Campina Grande-PB, 29 de abril de 2019.

Hildaires Araújo Ribeiro  
Analista Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**

**COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

**4<sup>a</sup>. VARA CÍVEL**

PJE n. 0830265-91.2019.8.15.0001

Vistos, etc.

1. **Defiro** o pedido de justiça gratuita.

2. O novo CPC tem em sua essência privilegiar a mediação e a conciliação entre as partes, entretanto, nos casos de DPVAT, por exemplo, é necessário realização de perícia, o que dificulta a conciliação no primeiro momento.



Assinado eletronicamente por: AUDREY KRAMY ARARUNA GONCALVES - 15/04/2020 23:03:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041523031536100000028556580>  
Número do documento: 20041523031536100000028556580

Num. 29676211 - Pág. 1

3. Assim, a conciliação prévia prevista no novo CPC, nestes casos, está se tornando inócuas e onerosa às partes e ao Poder Judiciário, atentando, inclusive, aos princípios da celeridade e da razoável duração do processo, razão pela qual postergo sua designação para futura data, a requerimento das partes, nos termos do art. 334, §4º, II do CPC.

4. Destarte, considerando, ainda, não haver quaisquer prejuízos às partes, determino a **citação da parte promovida**, nos termos do art. 344 do CPC, no prazo e termos legais.

5. Contestada a ação, dê-se vista ao autor, para no prazo de 15 dias, **impugnar** a contestação.

6. Contestada e impugnada a ação, **intimem-se as partes** para que informem se há a possibilidade de acordo; caso contrário, que especifiquem as provas que ainda pretendem produzir, justificando a necessidade de sua produção, no prazo de 15 (quinze) dias, com a advertência de que o silêncio importará o julgamento antecipado do mérito.

7. Havendo qualquer incidente processual, retornem-me os autos conclusos, para adoção das medidas cabíveis.

Campina Grande, *data da assinatura digital*



*Audrey Kramy Araruna Gonçalves*

*Juíza de Direito*



Assinado eletronicamente por: AUDREY KRAMY ARARUNA GONCALVES - 15/04/2020 23:03:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041523031536100000028556580>  
Número do documento: 20041523031536100000028556580

Num. 29676211 - Pág. 3