



Número: **0849178-72.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE MARINHO NETO (AUTOR)	ANYELLE CIRNE ARAGAO (ADVOGADO) MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16415 568	05/09/2018 15:51	Petição Inicial	Petição Inicial
16415 608	05/09/2018 15:51	INICIAL - JOSE MARINHO NETO	Outros Documentos
16415 627	05/09/2018 15:51	Comprov. req. administrativo	Informações Prestadas
16415 925	05/09/2018 15:51	BO; Decl. ausência IML; DUT	Informações Prestadas
16415 711	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 1	Informações Prestadas
16415 772	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 2	Informações Prestadas
16415 800	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 3	Informações Prestadas
16415 833	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 4	Informações Prestadas
16415 880	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 5	Informações Prestadas
16415 960	05/09/2018 15:51	RG e CPF; Comprov. de residência	Informações Prestadas
16415 976	05/09/2018 15:51	PROCURACAO - JOSE MARINHO NETO	Procuração

Segue em anexo.



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515511101800000015996860>
Número do documento: 18090515511101800000015996860

Num. 16415568 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA- PARAÍBA

JOSÉ MARINHO NETO, brasileiro, divorciado, agricultor, portador do CPF sob o nº 108.822.834-80 e RG sob o nº 1.047.385 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua São Francisco G. de Souza, s/n, Francisco Gomes, Cacimba de Dentro/PB, CEP 58230-000, não possui endereço eletrônico, por seus advogados que ao final assinam, constituído legalmente nos termos do Instrumento de Procuração, com endereço profissional à Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa-PB, vêm à presença de Vossa Excelência, com fulcro nos art. 5.º, V, X, da Constituição Federal de 1988, e demais legislações pertinentes, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO
- DPVAT**

em face de MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, empresa seguradora com sede na Capital do Estado da Paraíba, na Av. Epitácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB, CEP: 58.030-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 61.074.175/0001-38, fazendo com base nos argumento fático-jurídico adiante delineados.

I - DOS FATOS E DO DIREITO

A parte autora foi vítima de acidente automobilístico em 31/08/2017, tendo sofrido FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, tendo se submetido a tratamento cirúrgico, o que acarretou nas seguintes debilidades permanentes: **DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE LOCOMOÇÃO, DADA A GRAVIDADE DAS LESÕES**, conforme se verifica através de documentação anexa (V. docs);



O autor, então, deu entrada administrativamente no seguro DPVAT, através de uma das seguradoras conveniadas à Seguradora Líder. Tendo se submetido a procedimento demasiadamente burocrático, inclusive com realização de perícia por médico indicado pela Seguradora reguladora do sinistro, recebeu o ínfimo valor de **R\$ 1.687,50 (Hum mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, muito aquém do estipulado em lei. Desse modo, a fim de garantir o que é seu por direito e não restando outra alternativa para tanto, a promovente busca a tutela jurisdicional.

Outrossim, dê-se devida atenção, excelência, que a parte demandante só recebeu o benefício após decurso do prazo previsto em lei, qual seja: o de 30 (trinta) dias, nos termos do § 1º do art. 5º da Lei 6.194/1974, *in verbis*:

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.

§ 1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (grifei)

II – QUANTO A AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML

Douto julgador, a Lei 6.194/74 que regula a cobrança do seguro DPVAT não exige Laudo do IML como requisito para o ajuizamento da ação em questão. Portanto, importa observar os documentos carreados aos autos, os quais são suficientes para comprovar as sequelas sofridas em razão do acidente. Corroborando tais premissas estão os arts. 369 e 370 do Novo Código Processo Civil:

Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.

No mesmo sentido o art. 5º da Lei 6.194/74:

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.



Sendo assim, o Juiz não está diretamente ligado a uma prova específica, no caso o laudo do IML, ao contrário, caberá ao juízo a determinação de provas que tenham o condão de formar a justeza do magistrado, não podendo a análise da pretensão deduzida pelo Autor ser afastada.

Desse modo se posiciona a jurisprudência pátria, *in verbis*:

AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - IRRELEVÂNCIA - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO – Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT **não é indispensável a juntada, com a inicial, de laudo do IML**, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento. (TJ-MG - AC: 10024123336687001 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 15/05/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/05/2014). (grifei).

PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. IMPOSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DA DIFERENÇA. AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML. DESNECESSIDADE. LAUDO CONCLUSIVO DA DEBILIDADE PERMANENTE. SENTENÇA MANTIDA. I - Conforme entendimento jurisprudencial emanado do Colendo STJ, admite-se que decisões judiciais adotem manifestações exaradas no processo em outras peças, desde que haja um mínimo de fundamento, com transcrição de trechos das peças às quais há indicação (per relationem). Precedentes (REsp 1399997/AM). II - **A existência de laudo do IML não é exigência de convencimento ao Juiz, que deverá convencer-se da verdade pelos documentos e laudos apresentados, podendo requerer outras provas e indeferir as protelatórias, sob pena de ressurgimento do odioso sistema de prova tarifada. Portanto, não há falar em nulidade, anulação ou reforma da sentença, considerando laudo conclusivo da gravidade das perdas da Apelada, o qual em verdade deve ser interpretado como invalidez para as atividades normais.** Assim, o recurso deve ser desprovido. III ? Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida. (TJ-AM - APL: 06349106220138040001 AM 0634910-62.2013.8.04.0001, Relator: Wellington José de Araújo, Data de Julgamento: 14/12/2015, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 17/12/2015). (grifei).



PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML - EXTINÇÃO DO PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL - SENTENÇA CASSADA.

1. Uma petição inicial está apta a iniciar uma ação quando, além de preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC, permite à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. **O laudo pericial do Instituto Médico Legal não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

(TJ-MG - AC: 10024123061673001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de Julgamento: 10/04/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 28/04/2014). (grifei).

De se concluir, portanto, que referida ausência do laudo do IML não é capaz de afastar a pretensão da parte autora, já que não é documento essencial para a propositura da ação objetivando o recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT.

III - DO VALOR RECEBIDO A MENOR

O valor que o autor recebeu não é suficiente para ampará-lo. Diante de tudo o que sofreu e sofre, haja vista ainda sofrer de dores e limitações, a gradação correta, ou seja, a gradação na forma como estabelece o inciso II do art. 3º da Lei 6.194/74, é o mais justo ao seu caso.

Art.3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 28 compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares**, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

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

II- até R\$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 à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (grifei).

Atente-se ainda que, além de descumprir a legislação quando paga indenização em quantia inferior ao devido por lei, a promovida age de igual modo ilicitamente quando, de



forma descomedidamente burocrática, exige documentos desnecessários ao deslinde da questão, violando claramente o disposto no §1º do art. 5º da Lei 6.194/74, que diz:

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.

§1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entre dos seguintes documentos:

- a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;
- b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

Por estes motivos tem-se este processo como objeto de lide no judiciário, manejando a parte demandante o seu *jus postulandi*, de modo a alcançar junto ao Poder Judiciário o que é seu por direito.

IV - DA INVERSÃO DO ÓNUS DA PROVA

Prescreve o inciso VIII do art. 6º do CDC:

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

[...]

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do Juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Assim, indiscutível a aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor à espécie, entre elas a supracitada regra especial que prevê o direito básico do consumidor à inversão do ônus da prova em caso de caracterização de sua hipossuficiência.

Tendo em vista a hipótese envolver cobrança de indenização decorrente de serviço securitário, que está incluído no rol daqueles que perfazem relação de consumo (CDC, art. 3º, § 2º), sendo o autor hipossuficiente técnica e economicamente falando, requer, desde já, a concessão do benefício da inversão do ônus da prova, a fim de que a promovida



seja compelida a apresentar o processo administrativo referente ao seguro obrigatório - DPVAT, caso haja, vez que toda documentação fica retida com a seguradora.

V - DO PEDIDO

Assim, com fulcro na Lei 6.194/74 alterada parcialmente pela Lei 8.441/92, nos art. 186, 927 do CCB, no art. 6º, VI e VIII do CDC, no art. 161, § 1º do CTN, Resolução da SUSEP, requer:

- a) Que defira o requerimento de inversão do ônus *probandi*, em face da hipossuficiência da parte promovente;
- b) Que a audiência de conciliação prevista no artigo 334 do NCPC, seja designada após a realização da perícia nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o Tribunal de Justiça da Paraíba, tendo em vista que as conciliações nas ações dessa natureza só ocorrem após a realização da perícia judicial;
- c) A citação da Ré para oferecer resposta no prazo legal, nos termos do artigo 335;
- d) A PROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO PARA QUE A EMPRESA SEGURADORA SEJA CONDENADA A PAGAR A QUANTIA QUE CORRESPONDE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR LEGAL DE R\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS) E O MONTANTE PAGO ATÉ O MOMENTO, VALOR ESTE ACRESCIDO DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA;
- e) Que o valor da condenação seja devidamente acrescido de juros e correção monetária, como determinam as Súmulas 43 e 54 do STJ, ou seja, a partir do evento danoso;
- f) Seja condenada a demanda em 20% referente a honorários advocatícios sobre o valor da condenação;
- g) A concessão do benefício da justiça gratuita, tendo em vista que o(a) autor(a) não apresenta atualmente condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos da Lei de nº 1.060/50 e do artigo 98 do NCPC;
- h) A produção de todos os meios de prova permitidos em direito, na amplitude dos artigos 369 e seguintes do NCPC, principalmente a juntada de documentos, realização de perícia, nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o TJ/PB (convênio n. 015/2014), e etc;

Dando-se à causa o valor de R\$ 7.762,50 (Sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).



Requer, ainda, que todas as notificações e/ou intimações de estilo, bem como as publicações editalícias doravante expedidas, sejam realizadas EXCLUSIVAMENTE em nome da advogada ANYELLE CIRNE ARAGÃO, OAB/PB 23.787, sob pena de nulidade.

João Pessoa, 05 de Setembro de 2018.

MARTINHO CUNHA MELO FILHO
OAB/PB 11.086

ANYELLE CIRNE ARAGÃO
OAB/PB 23.787



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515415966300000015996900>
Número do documento: 18090515415966300000015996900

Num. 16415608 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515415966300000015996900>
Número do documento: 18090515415966300000015996900

Num. 16415608 - Pág. 8

SINISTRO 3170653739 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOSE MARINHO NETO****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSE MARINHO NETO**CPF/CNPJ:** 10882283480**Posição em 15-05-2018 21:21:35**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.

Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/05/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

<

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE CACIMBA
DE DENTRO/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 198 /2017

DESCRIÇÃO:

Aos dez (10) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e **Dezesseis** (2017), nessa cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, **comigo** escrivão de Polícia Civil, aí pelas 11h55min, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: JOSÉ MARINHO NETO, **Idade:** 52 anos, nascido em 19/01/1965, **Nacionalidade:** brasileira, **Naturalidade:** Cacimba de Dentro /PB, **Estado Civil:** divorciado, **Profissão:** agricultor, **Filiação:** José Marinho Junior e Josefa Gomes da Silva, **Endereço:** Rua Francisco G de Souza sn ,Conj. Francisco Gomes, Cacimba de Dentro/PB.

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 1.047.385 SSP/SP

CPF: 108.822.834.80



HISTÓRICO

Noticiou: Que no dia 31 de agosto de 2017, por volta das 11:40 horas na AV. Ceiso Cirne centro da cidade de Solânea/PB estava pilotando uma motocicleta de marca HONDA CG 150 FAN ESIANO MODELO 2012, COR VERMELHA, PLACA OFA 8446/PB, CHASSI 9C2KC1670CR571454 no momento em que ia estacionar um motociclista não identificado colidiu na traseira da moto a qual ia pilotando vindo a cair sendo socorrido por populares e foi conduzido para o hospital da trauma da cidade de Campina Grande/PB, por uma ambulância da cidade de Cacimba de Dentro/PB. Que a referida moto se encontra em nome da esposa do noticiante a Srª VERÔNICA DA SILVA PEREIRA; Que apresenta como testemunha o Sr JOSÉ MACENA DOS SANTOS portador da RG 17175551 SSP/PB e CPF 930.273.624.53 Residente a Rua projetada nº 10 Conjunto Frei Damião vizinho a Vavan olegario, Cacimba de Dentro PB, e o Sr HELIO RODRIGUES DE LIMA portador da RG 2504609 SSP/PB, CPF 040.765.6014.65 Residente a Rua Antônio Euriques de Vasconcelos nº 68 Centro Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 10 de Outubro de 2017

Assinatura do Delegado

Evangelista Xavier Luna
Escrivão Ad-Hoc Mat 137.334.0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE MARINHO NETO

CPF da Vítima

108.892.834-80

Data do Acidente

31/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSE ALVES PESSOA

CPF do Representante legal

037.901.024-59

Email

Telefone (DDD)

(83) 9.9947-9100

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CACIMBA DE DENTRO PB, 23 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VERÔNICA DA SILVA PEREIRA,
RG nº 24 641 64, data de expedição 14/08/1997,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061 531 464-30,
com Domicílio na cidade de CACIMBA DE DENTRO, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA FRANCISCO GOMES,
DE SOUZA nº S/Nº, complemento, CONJUNTO, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
JOSE' MARINHO NETO, cujo o condutor
era JOSE' MARINHO NETO.

Veículo.....: MOTO, HONDA/CG 150 FAN EST

Ano.....: 2012

Modelo.....: 2012

Placa.....: OFA 8446 /PB

Chassi.....: 9C2KC1670CR571454

Data do acidente: 31 DE AGOSTO DE 2017

Local e data: CACIMBA DE DENTRO, 30/10/2017

X Verônica da Silva Pereira

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB N.º 011374256174

56189805676

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

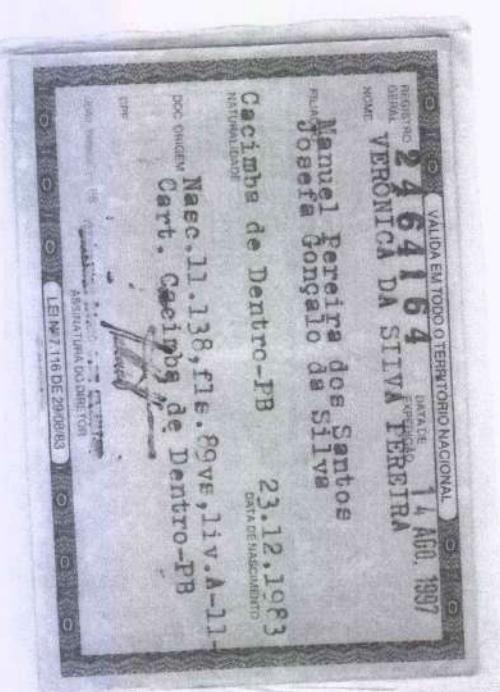
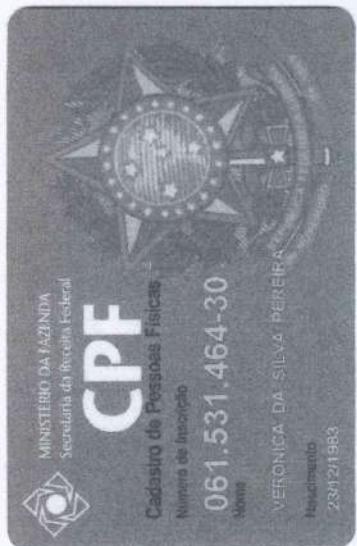
PRT 20152500000318-3

VLR	1	0047550523-9	RINTRAC
		00/00000000	
VERONICA DA SILVA PEREIRA RUA FRANCISO G DE SOUSA SN CENTRO 58230000 CACIMBA DE DENTRO-PB			
06153146430		PLACA OFA8446/PB	
NOME ANTERIOR ANTONIO DE PAULA ARAUJO			
PLACA ANTERIOR	NOVO	PB	CHASSI 9C2KC1670CR571454
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC			
MARCAS/Modelo		ANO FAB. 2012 ANO MÓD. 2012	
HONDA/CG 150 FAN ESI			
CAP/POTO/OL	2 P/149 /CI	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE VERMELHA
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
N.Motor : KC16E7C571454		0	
CACIMBA DE DENTRO-PB 14346		DATA 09/02/2015	
31054			

VALID

Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:14
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515490069500000015997209>
Número do documento: 18090515490069500000015997209

Num. 16415925 - Pág. 5



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
Rua Profª Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

UNIDADE DE ORIGEM: _____

NOME DO PACIENTE: José Luiz de Souza Noronha

PROCEDÊNCIA: S-2 m/s

Ped. com Dr. Souza
Dr. Pessoa.
Solic. auxílio do
Defensorista.



Solânea (PB), 31/07/2012

Scanned by CamScanner





Ficha de Acolhimento

Nome: José Marinho Neto End: Francisco Góes de Souza S/Bairro: Centro / Documento de identificação: 01111111111111111111 Data de Nascimento: 19.01.1965 Documento: 13333333333333333333 Queixa: AC. Neto Data do Atend.: 31/08/17 Hora: 15:00 Documento: 23
Acidente de trabalho? () Sim () Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente

Frequência respiratória: Frequência cardíaca: ()

Pressão arterial: Temperatura axilar: ()

Dosagem de HGT: Mucosas: () Normocorada () Pálida

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

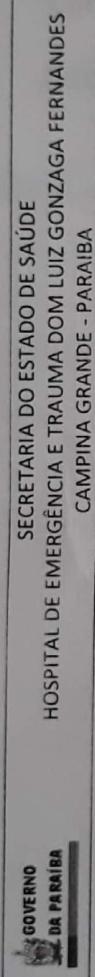
140

Estrificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





PACIENTE: JOSÉ MARINHO NETO
DATA DO EXAME: 31.08.2016
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

- Fratura alinhada no maléolo lateral.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

78

Dr. Raíff R Cavalcanti
CRM/PB: 63200
Dr. William R. T. Neto
CRM/PB: 6733
Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

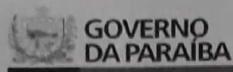
Dra. Marcella Farias
CRM/PB: 6485
Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515435982400000015997001>
Número do documento: 18090515435982400000015997001

Num. 16415711 - Pág. 3

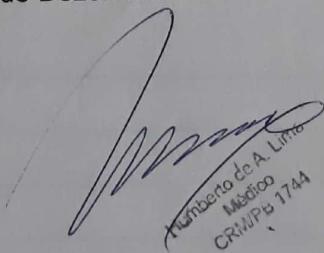


ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que JOSÉ MARINHO NETO foi atendido nesta Unidade de Saúde, no dia 31/08/2017, vítima de acidente de motocicleta, apresentando edema no tornozelo direito (fratura perônio). CID: S82.4

Solânea-PB, 21 de Dezembro de 2017



Humberto de A. Lima
Médico
CRM/PB 1744

Rua Prof. Alaide Silva, nº 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000
Fone/Fax: (0**83) 3363-2257 - Email: hesolanea@hotmail.com

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515435982400000015997001>
Número do documento: 18090515435982400000015997001

Num. 16415711 - Pág. 4



GOVERNO DA PARAÍBA

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

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1) Cite 3 situações anestésicas.

União de 2 seios pleurais.

Convulsões.

Intervenção feita por crise TT.

Edema + frangos.

Laringite aguda + bronquite aguda.

Bronquite.

Obstrução.

Int. laringe.

ESTRUTURA FÍSICA DE ALGUMOS ORGÃOS DE TRANSTUDOS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





POLICLÍNICA
Nossa Senhora Aparecida

Paciente: José Marinho Neto

End.: _____

LAUDO

Sexo: masculino
Idade: 59 anos
T 93.2 deambula com dificuldade motociclistico, com im-
magine a ostensividade do
Tremor direito, malefício lateral.
Função local limitada
Funcional normal.

Dr. Djalma Bento F. Junior
CRM 3874
Clínica Traumatológica

Praça Getúlio Vargas - 68 - Centro - Santa Rita - PB
CNPJ: 27.451.002/0001-53 - Fones: (83) 3032-2331 - 98605-6016

10
3
18





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515435982400000015997001>
Número do documento: 18090515435982400000015997001

Num. 16415711 - Pág. 7



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515435982400000015997001>
Número do documento: 18090515435982400000015997001

Num. 16415711 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:15
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809051545343220000015997060>
Número do documento: 1809051545343220000015997060

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1500616

DESTINO DO PACIENTE		SERVÍCOS REALIZADOS:	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Internação (setor)	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> Alta revelia <input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	<input type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> <i>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i>
<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> hs.			

312

Num. 16415772 - Pág. 2

Data da Internação: 06/09/2017 Hora: 14:17:48

 Sistema Único de 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 JOSE MARINHO NETO		6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1500662
7 - CARTÃO SUS 700309936928336		8 - DATA DE NASCIMENTO 19/01/1965
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSEFA GOMES DA SILVA		10 - SEXO Masc
11 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) CONJ FRANCISCO GOMES SOUSA, 58, CENTRO		12 - TELEFONE DE CONTATO 83 1940880
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Cacimba de Dentro		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250350 15 - UF PB 16 - CEP 58230-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>Dor e desprendimento tornozelo (D)</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessita de cirurgia.</i>		
19 - PRINCIPAIS SINTAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Anamnese +8- picos + Rx.</i>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>frat tornozelo (D)</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i></i>
22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i></i>		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i></i>
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>frat tornozelo (D)</i>		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i></i>		
26 - CLÍNICA <i>02</i>		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>(X) IN () CP</i>
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>ROSSANA CAVALCANTE ALMEIDA</i>		29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>201561341300001</i>
30 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>06/09/2017</i>		31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>[Assinatura]</i>
32 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO <i></i>		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO <i></i>
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO <i></i>		36 - CNPJ DA SEGURADORA <i></i>
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <i>EMPREGADO</i>		38 - N.º DO BILHETE <i></i>
39 - CNPJ EMPRESA <i></i>		40 - CNPJ DA EMPRESA <i></i>
41 - EMPREGADOR <i></i>		42 - DESPROVADO <i></i>
43 - APOSENTADO <i></i>		44 - JAHÃO SEGURADO <i></i>
AUTORIZAÇÃO		
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i></i>		46 - COD. ORGÃO EMISSOR <i></i>
47 - N.º DOCUMENTO <i>(X) CNS () CPF</i>		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i></i>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>		50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i></i>





GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Jose Manoel Neto IDADE: 52 SEXO: _____
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaláia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Sincopse |
| <input type="checkbox"/> Dispneia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Oropnéia |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| Relacionada <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - ENFERMIDADES EM CURSO:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>Denosilice</u> | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Outros |

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RHR 27 80 RHR

FC.: 65 b.p.m P.A.: 120/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: funes 57 RHR

Abdômen - Comentários: hígado no RHR ensaio

Membros inferiores - Comentários: predom

5 - E.C.G.: RHR: dentro das limites da normalidade

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

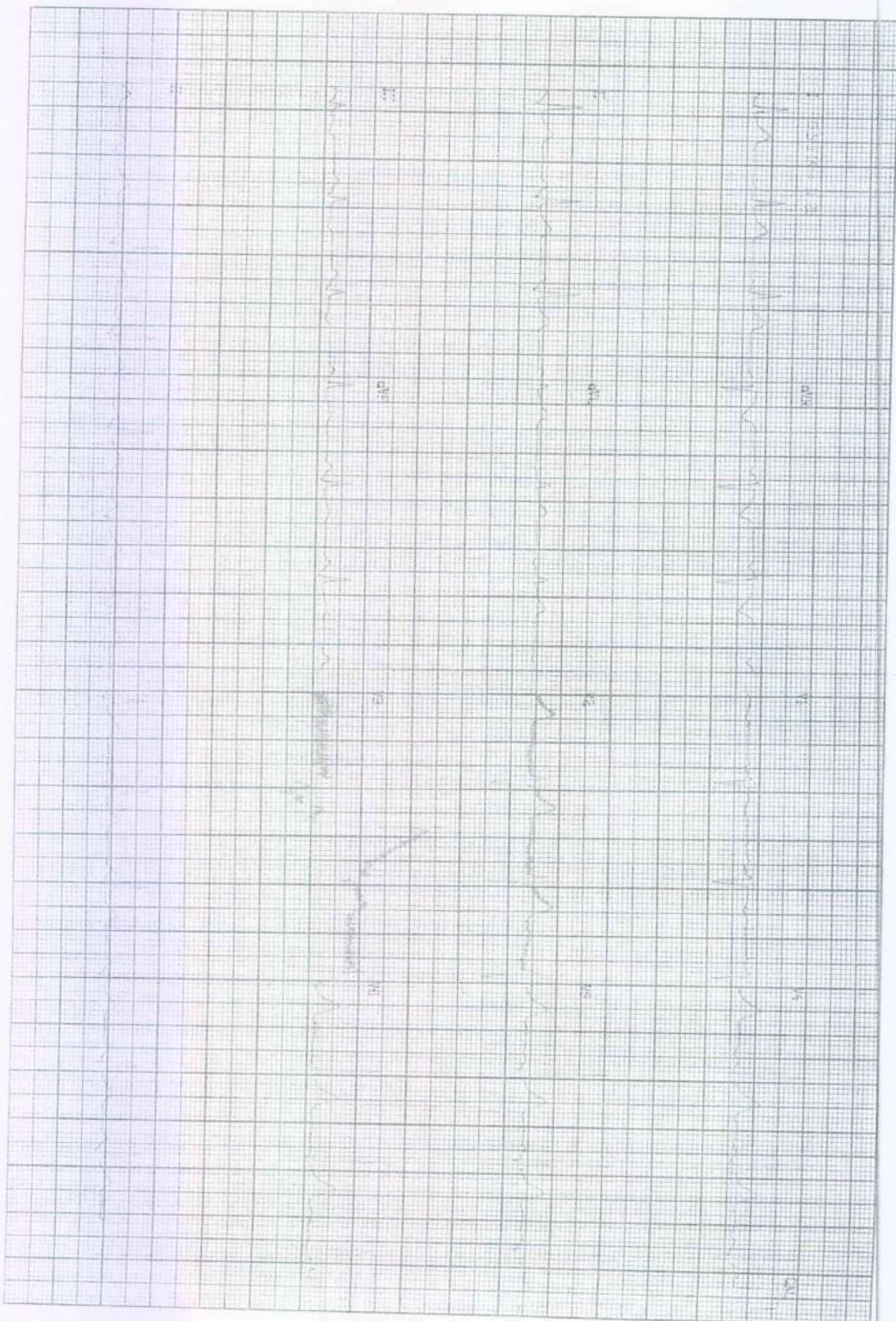
Obs.: _____

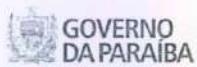
DR. JOSÉ MÁRCIO C. COSTA
CARIOCA
CRM-PB 3847

foralman
Ass. do Médico

MOD. 043







HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Llascimhus | Registro: 7 | Leito: 1 | Setor Atual: 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: 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 cmH2O

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 PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

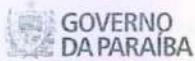
SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Marinho Neto | Registro: | Leito: 7 - 1 | Setor Atual:

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 cmH2O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

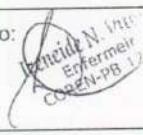
SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

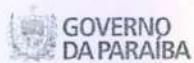
P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? <input checked="" type="checkbox"/> Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Ritmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: M5D Data da punção 15/09/17	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () N.P.T; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: <input checked="" type="checkbox"/> Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
R.H.A: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () S.V.D: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ___/___/___
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: 15/09/17 HORA: 16 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

52 anos

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dr. Marinho Neto | Registro: | Leito: 7-4 | Setor Atual: EDSP-II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: 70 bpm; FR: 12 irpm; PA: 100 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 99 %
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): 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 cmH2O

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 PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

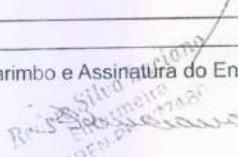
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

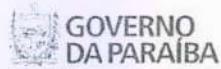
Pulso: Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>braço</u> Data da punção <u>73/09/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tensão () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ___/___/___
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: <u>Desambula com auxílio</u>	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Católico</u> () Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente aguardando cirurgia e segue os cuidados da equipe</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: <u>73/09/17</u> HORA: <u>8:30</u> h	

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





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

8



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOOME:	José Marinho Neto			
IDADE:	52	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
SETOR:	AMARELA			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÁMBULA <input type="checkbox"/>	DEÁMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFÍCITE MOTOR <input type="checkbox"/>
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> <i>Liliane C. de Queiroz e Melo</i>	CD/FR:
<input type="checkbox"/> ENFERMEIRAS ESPECIALISTA	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
<input type="checkbox"/> COREN-PC 337474	FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

ASSINATURA

- MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.
- REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.
- ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.
- INSTALAR CATETER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.
- AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).
- ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.
- POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.
- MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.
- MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).
- ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.
- REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE
- RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.

Sempre
Sempre
Sempre

MOD 125





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

1600 425





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

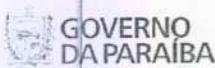
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <i>Isai Mauí</i>					
IDADE: <i>62</i>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: / /		às	:
SETOR: <i>Amarela</i>	LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Obesidade</i>					
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFÍCITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA: <input type="checkbox"/>	T: <input type="checkbox"/>	FR: <input type="checkbox"/>	FC: <input type="checkbox"/>	PESO: <input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>APD</i>				
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> <i>Karen</i>	CD/FR:				
<i>Karen</i> Karyanna A. A. Rocha Enfermeira COREN 518319	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<i>12/12</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 6L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITÓRAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).			<i>12/12</i>		
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					

MOD.125







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NO.:	José Marinho NETO				
IDADE:	52	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: 19/01/1965	
SETOR:	AMARCE		LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>		DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFÍCITE MOTOP <input type="checkbox"/>
SIST. GAS COENTERAL (DIETA):	VO <input checked="" type="checkbox"/>		SNG <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>		DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITais:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:				
RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
NAUSEA	CD/FR:				
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA	CD/FR:		
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/>	PARA BANHO	CD/FR:
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
Liliane C. de Queiroz e Melo ENFERMEIRA ESPECIALISTA COREN-SP 247474	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
	FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				APRAZAMENTO	ASSINATURA
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	<input checked="" type="checkbox"/>			08/20-	
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	<input type="checkbox"/>				
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.	<input type="checkbox"/>				
INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.	<input type="checkbox"/>				
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).	<input type="checkbox"/>				
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.	<input type="checkbox"/>				
POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.	<input type="checkbox"/>				
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.	<input type="checkbox"/>				
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	<input checked="" type="checkbox"/>			M. ITI U	
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<input checked="" type="checkbox"/>			SEMPRE	
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>			SEMPRE	

Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:17
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515461055000000015997085>
Número do documento: 18090515461055000000015997085

Num. 16415800 - Pág. 5



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7/09/2018

Paciente: José M. Neto

Alojamento: Leito 7 - I Convênio

Data: 16/09/2018 Prescrição Médica

Horário: 06:00 Evolução Médica

16/09/2018 10:44:00 Prog. 3 Internamento

Internação 16/09/2018

06:00

Diagnóstico: Fractura de Patoeira

06:00

Internação 26/09/2018

06:00

Internação:

06:00

Internação: 27/09/2018

06:00

Internação: 28/09/2018

06:00

Internação: 29/09/2018

06:00

Internação: 30/09/2018

06:00

Internação: 31/09/2018

06:00

Internação: 01/10/2018

06:00

Internação: 02/10/2018

06:00

Internação: 03/10/2018

06:00

Internação: 04/10/2018

06:00

Ortopedia
B. C. e. e. T. C.
Enjambres

co. A. M.

D. Dr. Julio Cesar P. G. Castro
Ortopedia
Ortopedia Traumatologia





DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

二二二

facturing (P)

11

๑๘๘

9



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Exame feito

Paciente **Yuri Menezes Neto, 52**

Alojamento **8**

Leito **8**

Convenção

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

10/9

1-DIETÁ

2-SAL 2500ML EV 9/24H

3-CEFTRIAXONA 1G+ABD EV 12/12H

4-DIPRIFLOMA 1G+ABD EV 6/6H

5-TILAPÍA 200G +ABD EV 12/12H

6-OMOPRIZOL 40MG +DITENITRÉTINOL 10MG

7-TRAMADAL 100MG +100ML SF EV 8/8H SAI

8-NAUSEBROK 80MG/ML 1FAV +ABD EV 6/6H SAI

9-CELESTE 40MG 5G 1X/DA

10-SSA 40000

11-Abelcaser de 500MG TO 2/2L

12-Aspirinhas de uso crônico q d pacif.

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

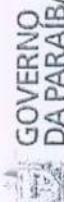
15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016

15/9/2016



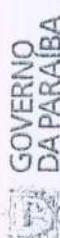
Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. Inv. (D) methods used

140 80





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8
Jôn Mavido Neto, 52

Paciente: Jôn Mavido Neto, 52

8/9

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
8/9	1-DIETA LIGA 2-Sup 1500ML EV P/24H 3-CETIFONONA 1G + ABD EV 12/12H 4-DIARONA 1G + ABD EV 0/0H 5-TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN 6-NAUSEDRON 8mg/mi TPA + ABD EV 8/8H SN 7-OMEPRAZOL 40MG + Dicitentev EV 8/8H SN 8-THAL 200MG + ABD EV 12/12H (suspeito) 9-ESTAMULAR-DEAMBULAÇÃO CP c/ assistas. 10-SSVA+EGG 11-Clot 400 mg SC bid (suspeito) 12-Paracet 400 mg SC bid 2/2h -	10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18 10/09/18	<i>BH, Estéril, SI acixa.</i> <i>Divise (J) EVAC. (J)</i> <i>Col. VD 1/1</i> <i>Aquente tiroxine.</i> <i>4</i>







Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809051547069600000015997117>
Número do documento: 1809051547069600000015997117

Num. 16415833 - Pág. 7



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

Frattura em molde cultural (1)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Terci Maximino

M:00.035



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:17
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809051547069600000015997117
Número do documento: 1809051547069600000015997117

Num. 16415833 - Pág. 8



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

Nome do Paciente <u>JOSÉ M. NEVES</u>		Nº Prontuário
Data da Operação <u>16/9/17</u>	Enf.	Leito
Operador <u>Dr. Edimilson</u>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <u>André</u>
Anestesia <u>Br. flum</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>42 TMB ④</u>		
Tipo de Operação <u>ATO CIRÚRGICO</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório <u>① ntsmo</u>		
Relatório Imediato da Patologia <u>↓</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>sim</u>		
Acidente Durante a Operação <u>↓</u>		

DESCRICAO DA OPERACAO

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

Pcte DDTU 3ab anestesia.

Ortopna, anti-sepsia, M&B,

Compr. esteriliz.

Indicações para histerectomia:

Ligaduras e fixação

Lavagem vaginal - Drenagem vaginal

Sutura

Extrato

Tela histera

*Editora Fábio de Araújo
www.editorafabioaraujo.com.br*

Mod. 01

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO







Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1^ª Via Cliente / 2^ª Via Empresa / 3^ª Via Fixa

N° 3691

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSAIÍSL DE TRUJILLO
C. GRANDE TEL / FAX / E-MAIL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

JOSE MARINHO NETO

Nº DO PRONTUÁRIO

MEAL F

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROBLEMA REALIZADO

EDIMENTO REALIZADO
1901. CIRUL. DE TRATOS DE TORNOZELA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
Plaçs 3,5 Turuhs 06 F.		01	
Pls. Brás 3,5 x 14		02	
11 11 3,5 x 18		02	

DATA DA UTILIZAÇÃO
16/09/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

α 3.5 Tol n: 84

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

NATURA E CARIMBO





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Marinho Neto - Idade: 58.
Convênio: Ses - Data: 16/09/14.
Procedimento: f+ arco de Frat. TNZ.

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 102



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>JOSE MARIA DE SOUZA</i>			IDADE: <i>55</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>-</i>		
DATA: <i>16/09/2017</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS	
		URINA							
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fract. Femur Zelo D.</i>						ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS		<i>100 110</i>				INDUÇÃO			
LIQUIDOS		<i>500 500 500</i>				Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	
						Laringo: _____	espasmo: _____	Lenta: _____	
						Náuseas: _____	Vômitos: _____		
						Outros: _____	MANUTENÇÃO		
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: C - OPERAÇÃO						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						DESPERTAR			
POSIÇÃO						Reflexos na SO: _____			
AGENTES		<i>Propofol 0,692 mg, Dipirona 100, 02</i>				Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____			
TÉCNICA		<i>Med. intubação e IRKO</i>				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
OPERAÇÃO		<i>Med. cirurgia e IRKO</i>				Outros: _____			
CIRURGIÕES		<i>EL DIA AM</i>				Com cânula: _____			
ANESTESISTAS*		<i>Além</i>				Paro o Leito Sim _____ Não _____			
OBSERVAÇÕES						CONDIÇÕES:			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA			
						FOLHA DE ANESTESIA - SRPB			

MOD. 068





Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515493664600000015997244>
 Número do documento: 18090515493664600000015997244

Num. 16415960 - Pág. 1

JOSE MARINHO NETO
RUA FRANCISCO G DE SOUZA, 511 - FRANCISCO GOMES
CACIMBA DE DENTRO / PB CEP: 58230000 (AG 82)

Emissao: 21/08/2017 Referencia: Ago / 2017
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 11-48-540-7400 N° medidor: 0000830352

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.955.183/0001-40 Insc Est 16.016.623-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N° 000 856 935
Cód. para Déb. Automático: 00014428228

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 / 2017	21/08/2017	20/09/2017	10882283480 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1462822-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.458, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias							
Data	Leritura	Data	Leritura								
18/07/17	8425	21/08/17	8502	77 33							
DEMONSTRATIVO											
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Varia Base Calc. Afa. Icmf (R\$)	Base Calc. Faz (R\$)	Coluna (R\$)					
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,210400	5,31	5,31	25 1,58					
0801	Consumo > 31 a 100kWh-BR	47.000	0,360100	16,95	16,95	25 4,24					
0801	Adic. B. Amarela			0,38	0,38	25 0,08					
0801	Adic. B. Vermelha			1,07	1,07	25 0,18					
0810	Subsídio			26,34	26,34	25 0,76					
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0801	CONTRIBUICAO ILUM PÚBLICA	5,00	0,00	0	0,00	0,00					
0804	JUROS DE MORA/08/2017	0,39	0,00	0	0,00	0,00					
0808	MULTA/08/2017	0,78	0,00	0	0,00	0,00					
0908	Devolução Subsídio	-19,32	0,00	0	0,00	0,00					
TOTAL					38,90	51,05					
TOTAL A PAGAR					12,76	51,05					
R\$ 38,90					0,49	2,28					
CCI: Código de Classificação do item											
Média últimos meses (kWh)											
94											
VENCIMENTO											
28/08/2017											
Histórico de Consumo (kWh)											
88	83	81	87	114	92	97	95	103	89	98	91
Jul/17	Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Feb/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16

RESERVADO AO FISCO
ee1e.8ca9.94c7.576e.dc6d.98f3.fa7e.84a3.

Indicadores de Qualidade		6/2017 - Araruna		Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. da Energisa/PB	8,20	15,94
17,94	0,00	CONTRATADA	Compra de Energia	8,36	21,47
25,98	0,00	LIMITE INFERIOR	Serviço de Transmissão	0,12	1,07
3,48	0,00	LIMITE SUPERIOR	Encargos Materiais	2,23	5,73
8,87	0,00	231	Impostos Diretos e Encargos	21,70	55,79
13,95	0,00		Outras Serviços	0,00	0,00
3,80	0,00		Total	38,90	100,00

Valor da EUSD (Ref 6/2017) R\$ 10,38

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/09/2017. Consumo da Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$18,32.

Faturas em atraso
Jul/17 em atraso 33,68



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

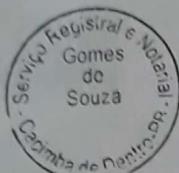
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL "GOMES DE SOUZA"

Estado da Paraíba - Município de Cacimba de Dentro - Comarca de Cacimba de Dentro



Oficial Titular: Genivaldo Gomes de Souza
Substituta: Geovânia Oliveira de Alcântara e Souza

Escrevente: Aldrina Magda Gomes de Souza Silva
Escrevente: Sheila Cristina Paulino Gomes



LIVRO.: 0057

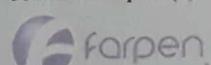
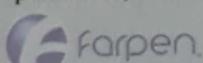
FOLHA: 012V



* 0 0 5 7 0 1 2 V *

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 14 (quatorze) dias do mês de junho do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL GOMES DE SOUZA, situado na Rua Getúlio Vargas, 03, Centro, Cacimba de Dentro - PB - Cep: 58230-000, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **GENIVALDO GOMES DE SOUZA - Titular**, compareceu(ram) como OUTORGANTE(S) **JOSE MARINHO NETO**, brasileiro(a), divorciado, agricultor, portador(a) do Documento de Identidade nº *1.047.385-SSP/PB, inscrito(a) no CPF/MF nº 108.822.834-80, residente e domiciliado(a) Rua Projetada, s/nº - Conjunto Francisco Gomes de Souza, nesta cidade de Cacimba de Dentro-PB; identificado(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário(a), à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) procurador(es): Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, CPF nº 886.037.844-34, Wellington Nóbrega Vilar, brasileiro, divorciado, OAB-PB 15.024 Houseman dos Santos Rocha, brasileiro, solteiro, ADVOGADO OAB/PB 13.534, Hérika Coeli da Silva Clementino, brasileira solteira, advogada inscrita na OAB -PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira advogada inscrita na OAB -PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB; a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicativa para, como seu advogado, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações receber e dar quitação renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, bem ainda renunciar valores que excedam a 60 (SESSENTA) salários mínimos, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso, CONTRATO: Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do total bruto auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante (art. 4º, Leinº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB; para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato. DECLARAÇÃO: (a)s outorgantes(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a)



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

Nº 695174

B DOCUMENTO DE PROCURAÇÃO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809051550041400000015997259>
Número do documento: 1809051550041400000015997259

Num. 16415976 - Pág. 1



LIVRO.: 0057

FOLHA.: 013



* 0 0 5 7 0 1 3 *

outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, sendo os Emolumentos R\$ 47,40. Selo Digital: **AGY02450-X9CN**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando Maria Mathias de Souza, brasileira, solteira, aposentada, residente e domiciliado nesta cidade de Cacimba de Dentro-PB, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por 01 (um) anos. Eu, Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva (assinatura), Escrevente Autorizado, lavrei, rubrirei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **GENIVALDO GOMES DE SOUZA - Tabelião do Serviço Registral e Notarial Gomes de Souza**, subscrovo e assino, estando conforme o original. (aa) JOSE MARINHO NETO.

Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva
ALDRINA MAGDA GOMES DE SOUSA SILVA
- ESCREVENTE AUTORIZADA -

Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Escrevente Autorizada

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

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809051550041400000015997259>
Número do documento: 1809051550041400000015997259

Num. 16415976 - Pág. 2