



Número: **0800203-79.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **11/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 13163.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	YURI MARINHO SARAIVA LEAO
AUTOR	ADRILE GONCALVES DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
ADVOGADO	BISMARCK SILVA DINIZ
ADVOGADO	JOSE BRUNO MACEDO DE ARAUJO

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14240 807	14/05/2018 11:13	2.RG CPF-min	Documento de Identificação
14240 810	14/05/2018 11:13	3.Comprovante Residência-min	Outros Documentos
14240 842	14/05/2018 11:13	1.procuração-min	Procuração
14240 849	14/05/2018 11:13	4.DUT-min	Outros Documentos
14240 866	14/05/2018 11:13	5.B.O-min	Outros Documentos
14240 895	14/05/2018 11:13	6. Entrada Administrativa-min	Outros Documentos
14240 919	14/05/2018 11:13	prontuário1-min	Outros Documentos
14240 935	14/05/2018 11:13	prontuário2-min	Outros Documentos
14240 990	14/05/2018 11:13	prontuário3-min	Procuração
14240 964	14/05/2018 11:13	prontuário4-min	Outros Documentos
14546 635	04/06/2018 10:28	Decisão	Decisão
19968 477	21/03/2019 17:54	Despacho	Despacho

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
4.004 . 467	02/06/2016
NOME	ADRIELE GONÇALVES DA SILVA
FILIAÇÃO» JOSÉ GONÇALVES DA SILVA VANE IDE MARCOLINO DA SILVA	
NATURALIDADE	
JUAREZ TÁVORA - PB	
DOC. ORIGEM	
NASC.N.291 FLS.73 LIV.A-1	
CARTÓRIO ALFANDRA - PB	
CPF	
703.060 . 714-79	
DATA DE NASCIMENTO	
18/08/1998	
O +	
 Endereço: A. B. Lacerda Jr. Data de Emissão: 08/06/2016 Local: Cidade - PB	



CREUSA GOMES DA SILVA
RUA PROF JOAQUIM NEIRA DA SILVA, SIN - VILA NOVA
JUazeiro TAVORA / PB CEP: 58367-000 (AG - 22)

Clarrei/Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 4-41-856 - 5290
Número: 00001151248
Referência Ago/2016
Emissão: 10/08/2016

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B120, Km 26 - Creto Realzinho - João Pessoa/PB - CEP 58671-690
CNPJ: 05.891.000-140 Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica nº 000 257 474
Código para Débito Automático: 40049982300

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/599230-0
Canal de contato

Ago / 2016

Apresentação

10/08/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/09/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Insc. Est	5808628423	4298	10/08/16	4355	1

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 05/08/2016 PAGAS
OBRIGADAS

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	87	41817	36,01
ICMS			9,80
PIS			0,14
COFINS			0,66

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	5,75
CUSTO DE RELAÇÃO NORMAL 07/2016	5,68
JUROS DE MORA 05/2016	1,11
JUROS DE MORA 06/2016	1,42
JUROS DE MORA 07/2016	0,02
MULTA 05/2016	1,04
MULTA 06/2016	2,57
MULTA 07/2016	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2016	1,11
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2016	1,08
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2016	1,10

Histórico de Consumo
(kWh)

Jul/16	91
Jun/16	209
May/16	88
Apr/16	60
Mar/16	111
Feb/16	88
Jan/16	105
Dez/15	99
Nov/15	114
Out/15	89
Sep/15	87
Agosto/15	29

	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	%_OR R\$
ICMS	39,41	26,00	9,80
PIS	39,41	0,3798	0,14
COFINS	39,41	1,7383	0,66

VENCIMENTO
17/08/2016
TOTAL A PAGAR
R\$ 60,29

fdde.8db9.65a5.8dd9.130d.9212.2c9c.71ca.

Indicadores de Qualidade 6/2016 - Revisão

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,30	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,54	NOMINAL
DIC ANUAL	25,08	220
PICT MENSAL	3,40	0,00
PICT TRIMESTRAL	8,72	CONTRATADA
PICT ANUAL	16,66	LIMITE INFERIOR
DMU	3,71	LIMITE SUPERIOR
DICPI	12,22	231

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição EnergisaPB	10,35	17,17
Compra de Energia	13,57	22,51
Impostos e Encargos Sociais	0,91	1,34
Encargos Sociais	3,28	5,44
Impostos Diretos e Encargos	25,60	42,46
Outros Serviços	0,58	1,08
Total	60,29	100,00

Valor do EURO (Ref 01/2016) R\$ 46,41

- Leitura confirmada

ATENÇÃO

PARAÍBA
Roteiro 4-41-R55 - 5290

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR



Procuração “AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA”

OUTORGANTE: Adrielle Gonçalves de Silva, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG 9.004.467, expedido pela SSP / PB, inscrita no CPF 703.060.714-79, residente e domiciliado à Rua Rua Prof. Joaquim Neri da Silva, nº S/N, Bairro Vila Nova, Juazeiro Távora - PB, CEP 58387-000.

OUTORGADOS: **BISMARCK SILVA DINIZ**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil/PB sob o nº 20.804, **YURI MARINHO SARAIVA LEÃO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil/PB sob o nº 20.659, com Escritório Profissional à Rua Francisco Patrício, nº 59, Centro, Cuité-PB, CEP: 58.175-000, onde receberá intimações e notificações.

Outorgo-lhes, na medida de suas atribuições profissionais, todos os poderes, por especiais que sejam, para que em meu nome, como se presente fosse, em qualquer juízo ou tribunal, bem como representar-me juntos a quaisquer órgãos do Município, Estado e União, assim as administrações indiretas e autárquicas, como também possa requerer tudo o que em direito for permitido, usando os poderes da cláusula “ad judicia” em toda sua extensão. Podendo, ainda, interpor recursos, oferecer razões, proceder à sustentação oral, acordar, transigir, substabelecer com ou sem reserva de poderes, praticando, enfim, todos os atos para o fiel e pleno cumprimento deste mandato, pelo que dará a tudo por bom, firme e valioso.

Adrielle Gonçalves da Silva.

Outorgante

Rua Francisco Patrício, nº 59, Centro, Cuité – PB
Email: sdinizadvocacia@hotmail.com

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB		Nº 9910886974	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. PESSOAL	PRIM. 20130500002332-1	EXERCÍCIO:
1	00-9778741-5	00/00000000	2013
0	0	NOME	
0	0	TERESINHA FRANCISCA DA S OLIVEIRA	
3	3	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO
3	3	01960464400	S. OLIVEIRA
4	4	PLACA	PLACA
4	4	OF77794/PB	OFF77794/PB
NOVO	PB	CHASSI	
NOVO	PB	9C2HB0210CR498107	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLE / NAC APLIC		GASOLINA	
MARA / MODELO		ANO FAB.	
PANTERA / BOVINO		2012	
ANO MOD.		2012	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2 P/97 /CI		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENO. COTA ÚNICA	
IPVA PAGO EM		05/04/2013	
PREMIO TARIFARIO (RS)		VENC / COTAS	
*****		1*	
FAKA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		2*	
A		3*	
IOF (RS)		PRÉMIO TOTAL (RS)	
*****		05/04/2013	
SEGURADA		DATA DE PAGAMENTO	
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
OBSERVAÇÕES			
JUAREZ		0	
406		05/04/2013	
Federado Aplicativo de Carvalho Corrêa		15180	
Av. Presidente Vargas - PB 50000-000			
BANDEIRANTE			
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
PB Nº 9910886974 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
TERESINHA FRANCISCA DA S OLIVEIRA			
CPF / CNPJ			
01960464400			
EXERCÍCIO			
PLACA			
OFF77794/PB			
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PB Nº 9910886974 2013/05/04/2013			
TERESINHA FRANCISCA DA S OLIVEIRA			
RENAVAM			
MARA / MODELO			
ANO FAB.			
1 01960464400 NO CHASSI			
OFF77794/PB			
0049778748 PREMIO HONDA/PDOP100			
FINS (RS)		DENATRAN (RS)	
2012 9		CUSTO DO SEGURO (RS)	
9C2HB0210CR498107		TOTAIS A SER PAGO PELO SEGURO (RS)	
CUSTO DO BILHETE (RS)		IOF (RS)	
*****		PAGAMENTO	
SEGURADA		PAGAMENTO	
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA		PAGAMENTO	
COTA ÚNICA		PARCELADO	
Seguradora Líder dos Consórcios			
do Seguro DPVAT S/A			
15180-1533258-20130405			
CNPJ: 09.348.608/0001-04			

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO		DETRAN - PB		Nº 9641570041	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES			
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO					
VIA	PLACA	DATA EMISSÃO	PERÍODO DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO	
1	4978741-5	2012/05/0000	1984-0	2012/05/0000	
TERESINA, FRANCIA DA S OLIVEIRA		RUA PROJETADA 62		58387000 JUAREZ TAVORA - PB	
DET CAR/		DET CAR/		DET CAR/	
NOVO RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA		NOVO RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA		NOVO RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA	
PLACAMENTO		PLACAMENTO		PLACAMENTO	
PR		PR		PR	
CATEGORIA		CATEGORIA		CATEGORIA	
2 P/97 / CI		2 P/97 / CI		2 P/97 / CI	
OBSERVACOES		OBSERVACOES		OBSERVACOES	
A.F. AIN DE CONC NACION HONDA LTDA		A.F. AIN DE CONC NACION HONDA LTDA		A.F. AIN DE CONC NACION HONDA LTDA	
N. Motor : HB02EIC498107		N. Motor : HB02EIC498107		N. Motor : HB02EIC498107	
JUAREZ TAVORA - PB		JUAREZ TAVORA - PB		JUAREZ TAVORA - PB	
40665		40665		40665	
CONTRIBU		CONTRIBU		CONTRIBU	
29/11/2012		29/11/2012		29/11/2012	
39217		39217		39217	



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



OCORRÊNCIA N° 005811/16

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 N° 005811/16 registrada em 19/09/2016, que passo a transcrever na íntegra: do mês de setembro do ano de 2016, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:23 horas, compareceu a Sra. ADRIELE GONÇALVES DA SILVA, com 18 anos de idade, filha de JOSÉ GONÇALVES DA SILVA e VANEIDE MARCOLINO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAREZ TÁVORA - PB, Solteira, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão , portadora da Cédula de Identidade N° 4.004.467 - 2^a VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 70306071479, residindo à rua PROF. JOAQUIM NERI DA SILVA, S/N, bairro VILA NOVA, na cidade de JUAREZ TÁVORA - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que por volta das 18h10min do dia 30.01.2016, estava trafegando pela Rodovia PB 079, na cidade de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100, ano/modelo 2012/2012, cor vermelha, chassi nº 9C2HB0210CR498107, de placa OFF-7794/PB, licenciada em nome de Teresinha Francisca da S. Oliveira, quando foi atingida na parte de trás por um veículo de marca, cor, placas e outras características que ignora, inclusive o condutor, que ausentou-se do local, fazendo com que a declarante perdesse o equilíbrio, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, a declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. 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 FE.

Campina Grande, Segunda-feira, 19 de Setembro de 2016

Adriele gonçalves da silva
ADRIELE GONÇALVES DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
José Alberto do Nascimento
Escrivão de Solteira

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

2017-5-23

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160740679 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADRIELE GONCALVES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Curitiba - PR

BENEFICIÁRIO ADRIELE GONCALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 70306071479

Posição em 23-05-2017 01:54:47

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/04/2017	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50

ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

A A A



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas [\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

Documentos Invalidez Permanente [\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

Documento Morte [\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO

Como Pagar [\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)

Consulta a Pagamentos Efetuados [\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)

Informações Gerais [\(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)



ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. [\(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)





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

Ficha de Atendimento

Nome: <i>Aclides Gonçalves</i>	de Sacue
End: <i>Rua Vilas Neve</i>	Bairro: <i>Jacarezinho</i>
Data de Nascimento: <i>18/08/95</i>	Documento de Identificação:
Queixa: <i>Dor de cabeça</i>	Data do Atendimento: <i>30/07/16</i>
Sexo: <i>M</i>	Hora: <i>15</i>
Documentos:	

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

- Cúmlia*
- | |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Vermelho - atendimento imediato |
| <input type="checkbox"/> Verde - atendimento até 4 horas |
| <input type="checkbox"/> Amarelo - atendimento até 1 hora |
| <input type="checkbox"/> Azul - atendimento entre 1 e 24 horas |
| <input type="checkbox"/> Bruno - atendimento entre 24 e 48 horas |
- Enfermeira *Bruna*
COREN-PB 453.421

Assinatura e carimbo do profissional

Diagnóstico

| LUIZ GONZAGA FERNANDES

Fx Elbow + Fx Wrist/Metacarpal D

Alojamento	<input checked="" type="checkbox"/>	Leito	<input checked="" type="checkbox"/>	Convênio	
	<u>10</u>		<u>1</u>		

Evolução Médica

Orthopaedia

DIA 6

	Leito	

Alojamento

Horário		Evolução Médica
DIA 6		# Ortopedia
20 anos		
EOB, COPE, avançado		
tuvi S, undercontrolado		

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

~~✓~~ Via de Acesso em Drenagem

Q) Fissura e Andamento Drenante

B) Andamento Drenante

Q) Drenagem Interna Drenagem Externa

Técnicas em Drenagem

Q) Sistemas de Drenagem

C) Drenagem

ANALISE DE RISCOS P/ NEVE
PROJETO DE MATERIAIS DE CONCRETO
5258



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente	Ademir Gonçalves		Nº do Prontuário
Data da Operação	Enf.		
Cirurgião	Dr. Ademir Gonçalves	1º Auxiliar	Leito
2º Auxiliar			
Anestesia	Dr. Wanderley	Tipo de Anestesia	Instrumentador
Diagnóstico Pré-Operatório	Fibrose Tumoral. Dextrocardia		
Tipo de Cirurgia	Ortopédica - Thorax		
Óstico Pós-Operatório			
Relatório imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemia capilar, anotar e mediciar CPM.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediciar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Manutenção da glicemia estável.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
(X) Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
() Explícitar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		
() Avaliar alterações de sinais vitais.		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antieméticos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		
() Observar reações de desorientação/confusão.		
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
(X) Avaliar condições do curativo.	24h cont	() Melhora da integridade da pele. () Diminuição do risco de lesão.
(-) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
(-) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
(-) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
(-) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
(-) Verificar condições de hidratação do paciente (muosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
(-) Realizar balanço hídrico.		
(-) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
(-) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
(-) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
(-) Utilizar técnica aséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
(-) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
(-) Manter as grades do leito elevadas.		
(-) Conter o paciente quando necessário.		
(X) Manter ambiente calmo e tranquilo.		
(-) Orientar repouso no leito.		
(-) Administrar medicação CPM.		
(-) Outros		
(-) Outros		
		() Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC-2010. CHAVES, L.D.; SOLAY, C.A.; SAE. 2 ed. 2013.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:

Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: / /

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
	Duréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	
1 Constipação	Habitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()
2 Nutrição desequilibrada; menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()
3 Déficit no auto cuidado para banho	Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()
4 Dor aguda	Préjuizo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Mucosas pálidas ()
5 Hipotermia	Ansiedade ()				Incapacidade de acessar o banheiro ()
6 Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ()				Incapacidade de lavar o corpo ()
7 Mobilidade Física prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Alterações na pressão sanguínea ()
8 Padrão respiratório ineficaz.	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Outro ()
9 Risco de desequilibrio eletrolítico	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Relato verbal de dor ()
10 Risco de infecção	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()
11 Risco de queda	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()		Taquicardia ()
12 Padrão de sono prejudicado	Obesidade ()		Outro ()		Taquipneia ()
13 Outro	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()		Outro ()
14 Outro	Dierros ()	Outros ()			

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos, () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	Precordialgia ()
Drogas vasoativas: () Quais?		
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Márcapasso: () Transitório () Definitivo		
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção / /	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)		
Type somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.		
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.		
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:		
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:		
RHA: () Normoátivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados		
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:		
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;		
Aspecto: () Outros:	Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:		
Coloração da pele: () 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: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente.	Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:		
SONO E REPOUSO		
() 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		
Religião:	() Praticante () Não praticante.	Observações:
INTERCORRÊNCIAS		
Paciente consciente orientado bem querer no momento. Aguardando transferência.		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 02/02/16	HORA: 21 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: Adriane goncalves | Registro: | Leito: 7.3 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: ipm; 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:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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.



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

四

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1

Paciente Admey Gonçalves Silva Alojamento 2 Leito 3 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	# Ortopedico	Evolução Médica
09/06/16	1. Nefes wire 2. SE opm 150 ml EV em 24h 3. Sial 20mg EV nimh 4. Gram 10mg EV 8am SIA 5. Novocain 1cc EV 8am SIA 6. Dipirona 3 FA EV 66h 7. Clorasept 40mg SC xidra 8. SSNA + CCGF	24h 48h SIA SIA SIA SIA 18h 18h	32	DIA 15 Dauos EGR, CORTE, evulsões esterçais Envolvi SI interconexões

DR. C. M. GALT DRUG CO.
111. CHAMBERS ST.
PHILADELPHIA, PA.
3325

Frühling

MOD. 035



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Ex Eclipta
Ex makarao medial



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

~~Ex Buffalo magnifico medie~~

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 CRM-PB 10 68

Dr. Jefferson Libson L.A. Roccia
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6652 - CRM-PG 107462



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE
TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

Carlos Augusto dos Santos

Mel. 209.803-5 - Internação

3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6

4 - CNES

2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adrielly Bonales dos SIlva

6 - N° DO PRONTO-ÚRGICO

245 161

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/09/95

9 - SEXO

Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Dionyza Marcolino de Souza 83880089394

11 - TELEFONE DE CONTATO

(83) 3181-1009

12 - ENDEREÇO (RUA, N. BAIRRO)

R. Atalaíba - Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Floriano

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

583181-1009

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, volume em TNZ D
pós fratura.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ATO ORNAMENTAL

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

exame físico e Rx

Fratura tornozelo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

9181007899275

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Jefferson Silveira A. Rocha CRM-PB 10168

Jefferson Silveira A. Rocha

CRM-PB 10168

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MOD. 009



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

Adriely Gonçalves Silva
Encaminho para o Hospital
de Queimados.

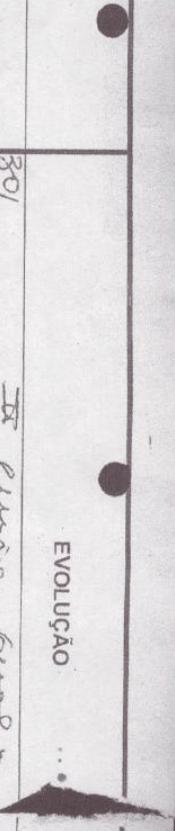
Fx Erbula + Maestro Meekel []

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM: 3335

MOD. 001

02-72-116
Data

Médico

PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO
<p>30/04/16 IT pulse bruxa</p> <p>20:40 Posicive on hir - to sendar tr</p> <p>rx: boxe ~ MD.</p> <p>Cp: peus do corpo com anterior do outro ordem</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p>Artefato de CRA-SP 2011</p>	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Esabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS 2 - CNES
6679528

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
ADRIELLY GONCALVES DA SILVA 4 - N° DO PRONTUÁRIO
307488
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 6 - DATA DE NASCIMENTO
18/08/1997 7 - SEXO
F 8 - RACA/COR
PARDA
9 - NOME DA MÃE
IVANEIDE MARCOLINO DA SILVA 10 - TELEFONE DE CONTATO
(83) 8786-7272

11 - NOME DO RESPONSÁVEL
JOSE GONCALVES DA SILVA

13 - ENDEREÇO
RUA VILA NOVA N° BAIRRO
0 CENTRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD. IBGE
JUAREZ TAVORA - PB - 58387000 - 250760

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Zoelite refreer
Tus en Drus
Neut
Exelus*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dele Trefel

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERN.

29 - DOCUMENTO

30 - N° DOC. (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

08/02/16 CRN/PE-65268

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ASO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE DE TRÂNSITO / ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO / ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO)

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA 42 - CBOR

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - N° BILHETE

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

50 N° AUT. DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

/ /

R. H.

Vistos etc.

Verifica-se pela petição inicial e documentos acostados aos autos que o autor reside na cidade de Juarez Távora, comarca de comarca de Alagoa Grande - PB, portanto este juízo é incompetente para processar e julgar a presente ação, motivo pelo qual declino da competência, em favor da comarca de Alagoa Grande - PB.

Remetam-se os presentes autos com as devidas baixas.

Cumpra-se.

Juiz de Direito.

Data e assinatura digital.

.



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800203-79.2018.8.15.0041

DESPACHO

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Outrossim, deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Providências necessárias.

ALAGOA GRANDE, 21 de março de 2019.

JOSÉ JACKSON GUIMARÃES

Juiz de Direito