

## **Anexo 01**

### **Q U E S I T O S**

- 1) Se existe nexo causal entre o acidente noticiado na peça inicial e as lesões produzidas no Autor?*
- 2) Se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se estes órgãos foram lesionados em função do acidente automobilístico?*
- 3) Se houve Invalidez. Em caso afirmativo, se a invalidez é total ou parcial?*
- 4) Se a invalidez for parcial, ela é completa ou incompleta?*
- 5) Se parcialmente incompleta, qual o percentual a ser utilizado com relação à redução proporcional da incapacidade permanente? Onde nesse quesito deverá o Sr. Perito se utilizar dos percentuais enunciados pelo inciso II do § 1º da Lei 6194/74: “75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa; 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão; 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, e ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais”.*



**Anexo 02**

Anexo do art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974

<b>Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</b>	<b>Percentual da Perda</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	



Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100% (CEM POR CENTO)
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25



Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10
---	----



**PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL**

O(A) Outorgante Raimundo Mariano Nunes  
brasileiro, casado func. Público portador (a) do RG nº  
001.081.043 expedido por SSP/RN e CPF nº 645.743.854-72, residente e  
domiciliado(a) na(o) Rua Sombra Dumont UF PB, pelo presente  
nº 354, Bairro centro, Cidade Nova Floraia Bels. NILO TRIGUEIRO DANTAS, portador do CPF nº. 047.951.774-65, inscrito na OAB-PB sob nº. 13.220  
e na OAB-RN sob nº. 834-A, e, DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA, inscrito na OAB/PB sob nº.  
17068, brasileiros, casados, advogados, com endereço profissional na Rua Pedro Salustino de Lima, nº  
47, Empresarial Evanisa Dantas, Sala "E", Pedro Salustino, Picuí-PB, fone (0\*\*83) 3371-2274, a qual  
confere poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, podendo  
receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito  
sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar  
declaração de hipossuficiência econômica, firmar compromissos, prestar primeiras e últimas  
declarações, receber e dar quitação, acompanhá-lo(a) em todos os seus termos, impugnar créditos ou  
concordar com os mesmos, representá-lo(a) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições  
públicas, federais, estaduais, municipais, conjunto ou separadamente, e, em especial, receber em juízo  
o competente Alvará Judicial que for expedido em favor do(a) outorgante, praticar todos os atos  
necessários para o cumprimento deste mandato, inclusive substabelecer.

Picuí-PB, 19 de janeiro de 2018.

Raimundo Mariano Nunes  
Outorgante

Rua Pedro Salustino de Lima, 47, Empresarial Evanisa Dantas  
Sala E, Pedro Salustino - Picuí-PB - CEP: 58187-000  
Tel: (83) 3371-2274 / 99912-5490 / 99104-9190 / 99622-3777  
Email: [nilotdantas@hotmail.com](mailto:nilotdantas@hotmail.com) / [nelinhoadv@gmail.com](mailto:nelinhoadv@gmail.com)



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME RAIMUNDO MARIANO NUNES	DATA DE EXPEDIÇÃO 08/03/2017
MARIA PEREIRA NUNES	NATURALIDADE LAJES RN
DOC. ORIGEM CERT. DE CASAMENTO L-00003 F-551 RG-1358 LAJES RN-2 CARTÓRIO	DATA DE NASCIMENTO 03/09/1947
645.743.854-72	2a. VIA Assinatura do Titular LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

	
POLEGAR DIREITO	ASSINATURA DO TITULAR <i>Raimundo Mariano Nunes</i>

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE  
2AEF.D5EE.894B.140F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 12:03:52 do dia 21/11/2016 (hora e data de Brasília)  
digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
645.743.854-72

Nome  
RAIMUNDO MARIANO NUNES

Nascimento  
03/09/1947

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



RITA MARIA DOS SANTOS  
RUA SANTOS DUMONT, 354 - CENTRO  
NOVA FLORÉSTIA / PR CEP: 56170009 (AG. 90)

Emissão: 18/12/2017 Referência: CxL/2017  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br/220, Km.25- Cidade: Redentor - João Pessoa/PB - CEP:58071-590  
Potro: 10-198-350-3540 NP medidor: 00020568782

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 220, Km 25 - Cidade: Redentor - João Pessoa/PB - CEP:58071-590  
CNPJ/02.056.192/0001-42 - Insc Est: 16.015.820-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº: 003 735 600  
Cód. para Débito Automático: 00003609411

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	18/12/2017	17/01/2018	51554712491 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/350941-1

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empne pipas perto dos fios da rede elétrica e não use este tipo de fios empreendidos na rede. Evite o uso de fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
<b>De Demonstrativo</b>						
Cód. Descrção Quantidade Tarifa/ºfº Valor Base Calc. Alq. Icmf/ºfº Base Calc. Pef/ºfº Detrs/ºfº						
0601 Consumo em kWh		129.036,722390	89,85	89,85	27	23,98
3901 Alq. B Vermelha			8,87	8,87	27	1,93
				8,87	8,87	3,05
					3,05	0,34

CCO Código de Classificação do bem TOTAL 09,52 99,52 25,70 09,52 0,77 3,55  
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 06/01/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 95,52

141 Histórico de Consumo (kWh)  
133 | 122 | 142 | 131 | 121 | 155 | 144 | 152 | 146 | 143 | 132 | 152  
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16

RESERVADO AOS SÓCIOS  
a3de.0379.1693.0690.c1bb.b58c.18ca.29d1.

Indicadores de Qualidade 10/2017-036			Composição do Consumo		
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
5,45	2,02	NORMAL	Serviço de Dto. da Energiaºfº	22,00	24,71
11,10			Compra de Energiaºfº	31,56	33,12
72,21			Imposto de Transmissãoºfº	3,62	3,79
3,58	1,90	CONTRATADA	Encargos Externosºfº	8,54	8,85
9,72		LIMITE SUPERIOR	Impostos, Direitos e Encargosºfº	29,11	31,62
13,45		LIMITE SUPERIOR	Outros Bônusºfº	0,00	0,00
3,26	2,02		Total	95,62	100,00

Valor do Bônus (Ref. 10/2017) R\$ 32,33

ATENÇÃO

Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: NILO TRIGUEIRO DANTAS - 07/12/2018 14:59:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912521309700000017229781>  
Número do documento: 18110912521309700000017229781

Num. 17698211 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO (Lei 7.115)

Eu, Raimundo Mariano Nunes, brasileiro(a), casado, func. Público, portador do RG nº 001.081.043 expedido por SSP / RN e do CPF nº 645.743.854-72, residente na(o) Rua Santos Dumont, município de Natal, F. Floresta - RN, DECLARO, nos precisos termos do art. 1º da lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (lei da desburocratização), para o fim de dispensa de custas processuais, **QUE SOU POBRE NA FORMA DA LEI**, cuja situação econômica não me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio ou da família, **BEM COMO QUE RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA ENUNCIADO.**

Declarando ainda, ser conhecedor(a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

20 - 10 de janeiro de 2018.

Raimundo Mariano Nunes

DECLARANTE

(A rogo se não souber ler nem escrever)

---

LEI N° 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

DOU 30/8/1983

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O Presidente da República,

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.**

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

**Art. 2º Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.**

**Art. 3º A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.**

**Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.**

**Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.**

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Abi-Ackel / Hélio Beltrão





## SINISTRO 3180151314 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** RAIMUNDO MARIANO NUNES

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** RAIMUNDO MARIANO NUNES

**CPF/CNPJ:** 64574385472

### **Posição em 09-10-2018 09:10:16**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





## OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 002/2018

NOTICIANTE: RAIMUNDO MARIANO NUNES (83 9.9949-1063)

Aos dezoito dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito (18/01/2018), nesta cidade de Nova Floresta, Estado da Paraíba, no cartório desta unidade policial, sob a responsabilidade do Bel. Elias J. Rodrigues da Silva, af compareceu **Raimundo Mariano Nunes**, brasileiro, casado, ensino fundamental incompleto, funcionário público aposentado, nascido aos 03/09/1947, com 70 anos de idade, natural de Lajes/RN, filho de Maria Pereira Nunes e de pai não declarado, portador do R.G. 001.081.043 SSP/RN e do C.P.F. 645.743.854-72, residente na Rua Santos Dumont, 354 – Centro – Nova Floresta/PB, e fez o seguinte registro: QUE o noticiante, no dia vinte do mês de dezembro do ano de dois mil e dezessete (20/01/2017), por volta das 08:30 horas, trafegava na sua MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN ES, COR PRATA, ANO/MODELO 2000/2000, PLACA MZH 3335/RN, CHASSI 9C2JC3020YR024115, CÓDIGO RENAVAM 00736479694, LICENCIADA EM NOME DE JOSE MAILSON ARAÚJO SANTOS, nas proximidades da rua onde o noticiante reside, quando não viu uma pedra de paralelepípedo que estava no meio da rua, tendo o noticiante tentado desviar já muito em cima da pedra, mas não conseguiu e perdeu o controle da moto, a qual caiu bem em cima perna esquerda do noticiante; QUE, foi socorrido por uma ambulância e encaminhado até a Unidade Mista de Saúde desta cidade, onde fizeram os primeiros socorros e constatado que o noticiante quebrou a perna esquerda e, posteriormente, encaminhado com urgência para o Hospital Regional de Picuí, onde foi submetido a uma cirurgia no dia 22/12/2017; QUE, o noticiante ficou internado naquele hospital por cerca de quatro dias e permanece de atestado médico até seis meses. Por esta razão, veio a esta Depol fazer a notificação para que sejam tomadas as medidas legais cabíveis. Nada mais havendo a tratar, ciente o Noticiante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal, deu-se por encerrado a presente Ocorrência Policial, devidamente assinada a Ocorrência Policial, pelo Noticiante e por mim, Leandro Rodrigues de Souza Azevedo que o digitai.

**1º TESTEMUNHA:** José Mailson Araújo Santos, portador do R.G.: 3.511.042 - SSP/PB e do CPF: 085.705.574-77 – Residente na Rua Projetada, s/n – Loteamento Alto da Floresta – Nova Floresta /PB.

**2º TESTEMUNHA:** Vitória Jarlete da Silva, portadora do R.G.: 3050901 SSP/PB e do CPF: 069.584.894-11 – Residente na Rua José Rufino, 323 – Centro – Nova Floresta/PB.

Nova Floresta/PB, 03 de janeiro de 2018.

Noticiante

Raimundo Mariano Nunes

Delegacia de Polícia Civil  
Leandro Rodrigues de Souza Azevedo  
Escrivão de Justiça - Mat. 180.296-0  
Nova Floresta - Paraíba

21 FEB. 2018  
2018-02-21



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Wilson Mauro Soárez,

RG nº 3.511.042, data de expedição 12/12/2006  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 085.705.574-77, com  
domicílio na cidade de Nova Floresta, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Projetos nº 514

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Raimundo M. Nunes, cujo o condutor era 18 mesme

Veículo: Motocicleta

Modelo: Hornada - 1125 - titan - es

Modelo: [Anexo](#)

Placa: MH3335 IRN

Placa: M-2 H 3335 TR  
Chassi: 9C-27C3020YR024315

Local e Data: ABPA 11/07/11

Local e Data: NOVA FLORIDA/01, 21/06/2018

IPRE Mairiporã anuncia sorteio

**Assinatura do Declarante**

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

SERVÍCIO NOT. E REGISTRO CIVIL  
Av. Pref. Felinto Florentino, 60  
Centro - Tel: (63) 3374-1414  
NOVA FLORESTA-PB

Reconheço a(s) firma(s) e letra(s) por autenticidade  
de: Jose Mailson Araujo Souto.

Dou fé. Teste (assinatura) ) da verdade.  
Nossa Senhora PB 07/12/2018

Nova Floresta-PB

Eliana Clementino Pereira  
Egresso(a) - Bacharelado

AHC44865 - GSS4

AN0044000 - 0001 NOL. 5105  
Consulte a autenticidade em: <http://seledigital.tjpb.jus.br>  
Eliane Cleonice Pereira  
Escrivã Substituta  
Nova Floresta Comarca de Cuité PB



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN N° 012832876996  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRG EXERCÍCIO  
2 00736479694 \*\*\*\*\* 2017

NOME  
JOSE MAILSON ARAUJO SANTOS

CPF/CNPJ PLACA  
085.705.574-77 MZH3335  
PLACA ANT/UF CHASSI  
MZH3335/RN 9C2JC3020YR024115

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APICAVE GASOLINA  
MARAÇA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 125 TITAN ES 2000 2000  
CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
0CV/124 CILINDRADAS PARTICULAR PRATA  
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS  
I R\$ 0,00 05/05/2017 1º PAGO  
P FAIXA I/PV/A PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO  
V A 002804 3X R\$ \*\*\*\*\* 3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\* TAXAS DETAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

OBSEVAÇÕES

MOTOR: JC30E2Y024115

SANTA CRUZ/RN DATA  
Siderley Bezerra da Silva  
Coordenador do Registro de Veículos  
DETAN - RN

TRANSPORTADORES DE VÍDEO/ARRESTO/CONDUÇÃO/INTERDIÇÃO  
TRANSPORTADAS ONU/DO/SEGURO DPVAT

RN N° 012832876996 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 15/09/2017

VIA COD. RENAVAM MARCA / MODELO  
2 00736479694 HONDA/CG 125 TITAN ES  
ANO FAB. CAT. TARI. N° CHASSI  
2000 9 9C2JC3020YR024115

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

DETAN

DETAN - RN N° 012832876996  
REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN N° 012832876996  
58005431/2017 43771462882  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRG  
2 00736479694 \*\*\*\*\*  
NOME/ENDEREÇO  
JOSE MAILSON ARAUJO SANTOS  
R ALUÍZIO BEZERRA, 124  
CENTRO  
59.200-000 SANTA CRUZ/RN PLACA  
085.705.574-77 MZH3335  
NOME ANTERIOR  
RAIMUNDO MARIANO NUNES  
PLACA ANT/UF CHASSI  
MZH3335/RN 9C2JC3020YR024115  
ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APICAVE GASOLINA  
MARAÇA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 125 TITAN ES 2000 2000  
CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
0CV/124 CILINDRADAS PARTICULAR PRATA  
OBSEVAÇÕES  
MOTOR: JC30E2Y024115

DETAN - RN N° 012832876996 DATA





PROPR. & TAN

VEICULO





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

Raimundo Mariano Nunes

CPF da Vítima

645.743.854-72

Data do Acidente

20/12/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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 atenda 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 Líder 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.

Nº Floração, 02 de Agosto de 2018

Local e Data

Raimundo Mariano Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA DE NOVA FLORESTA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS  
CNPJ: 08739625000181  
NOVA FLORESTA-PB CEP: 58.178-000

**DECLARAÇÃO n.º 01/2018**

Declaro para os devidos fins que o senhor **RAIMUNDO MARIANO NUNNES**, Casado, Portador do RG sob o nº 001.081.043 SSDS/RN e do CPF: 645.743.854-72, residente a Rua: Santos Dumont –358; Nova Floresta/PB, o mesmo foi socorrido no dia 20 de dezembro 2017 vítima de acidente de moto, foi socorrido pela ambulância placa MOQ - 2112 conduzida pelo motorista **CARLOS ANTONIO DE MEDEIROS** para outra unidade.

Para Efeitos legais, passo, assino e dou plena fé que a presente declaração é a expressão da verdade.

Nova Floresta, 16 de janeiro de 2018.

*Carlos Antonio de Medeiros*

Motorista





MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Sistema

Único

de Saúde

Centrando-se na pessoa

e na promoção

da saúde

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UMNFNSG  
CNPJ: 08739625000181  
NOVA FLORESTA-PB CEP: 58.178-000

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO:

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Raimundo Mariano MUNIZ  
IDADE: 70 COR: BRANCO SEXO: M ESTADO CIVIL: CASADO  
NATURALIDADE: IBIAPUERA-CE PROFISSÃO: agricultor  
ENDEREÇO: R- SANTOS DUMONT Nº 354  
CNS: 703 000 83873 8876 DOCUMENTO: RG- 001083-043  
CIDADE: NOVA FLORESTA PB DATA: 00/12/2017

#### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente com febre de  
muito acentuado de  
deveras e dificuldade de  
respirar os m. e t.

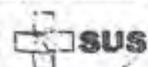
Admitir o paciente

*Assinatura*  
Dra. Lúcia Môrrega de Almeida  
Médica CRM 634  
CRM 25.657/964-15

MÉDICO PLANTONISTA

SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE





Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ**

2 - CNES

**2757710**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE  
**Edmundo Uauano Nunes**

4 - N.º DO PRONTUÁRIO

**97464**

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**6300038-38-846**

6 - DATA DE NASCIMENTO

**03/09/44**

7 - SEXO

Male:  1 Fem:  3

8 - RACA/COR

9 - NOME DA MÃE

**Uaua Alencio Nunes**

10 - FONE DE CONTATO

DDD 1 N.º DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

**Francesca Nunes**

12 - FONE DE CONTATO

DDD 1 N.º DO TEL.

13 - ENDERECO (RUA, N.º, BARRA)

**Rua Santos Dumont**

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**Nova Floresta**

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

**03000**

16 - UF

**PB**

17 - CEP  
**58178000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Faixa com fraco clj  
frio g-ros + dds**

Hospital Regional de Picuí  
Atesto conforme o original.  
Picuí, 13/01/2018  
Arquivo Médico

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**do + fuso fles fragme**

Iaponira de Lima D. Freitas  
Auxiliar Adm. - 210996-4

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

**Exame clínico + rx**

Iaponira de Lima D. Freitas

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**Fuso de fles**

22 - CID 10 PRINCIPAL

**S827**

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**Do - ceado + fuso fles**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

**Do - ceado + fuso fles**

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - CNS

31 - CPF

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGUROADORA

38 - N.º DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CBOR

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO)





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ**  
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo  
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990  
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH \_\_\_\_\_

Nº de Ordem \_\_\_\_\_

Nº de Reg. 91464

Nº do Docum. 001081043

**ARQUIVO MÉDICO**

Nome: Raymundo Naiaco Neves  
Responsável: Trigueiro Dantas

Pai: -

Mãe: Flavia Pereira Neves

Prof.: Aposentado Data Nasc.: 03/09/14 Idade: 50

Endereço: Santo Dumonci N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: U. Flávia Est. Civil: Cas.

**PREENCHIMENTO MÉDICO**

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

Tratamento efetuado no hospital: \_\_\_\_\_

Exames realizados: \_\_\_\_\_

Internado em 02/12/14 Alta em 11/12/14 Óbito em 11/12/14

Arquivista

Wra  
Médico Assistente





NOME: <u>Ronaldo Maia, M.</u>		IDADE: <u>70</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>01.4159</u>		
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: <u>Fractura de fíbula (C)</u>		ENFERMARIA: <u>202</u>	DATA DA INTERNAÇÃO: <u>21/01/2017</u>		
LEITO: <u>04</u>		DATA ATUAL: <u>21/01/2017</u>	EVOLUÇÃO DIÁRIA		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS			
Nº		1	2	3	4
1					
2					
3					
4					
5					
6	<u>Oxaprotiline 200 mg</u>				
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
<u>21/01/2017</u>					
<u>Medicamentos</u>					
<u>Medicamentos</u>					
<u>Medicamentos</u>					





NOME: <u>...</u>		Idade: <u>...</u>	Prontuário: <u>...</u>	Data: <u>...</u>	
Hipótese Diagnóstica:		Dia Internação:		Enfermaria: <u>...</u>	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Leito: <input type="checkbox"/>		
Cateter Periférico:	Local: <u>...</u>	Sondas <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SOE	
Cateter Central:	Local:	PA. <u>...</u> mmHg	P. <u>...</u> bpm		
Cateter Vesical:	Dreno de:	TA. <u>...</u> °C	R. <u>...</u> rpm		
HISTÓRIA PREGRESSA:		Tabagista: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	PESO:		
QUEIXA PRINCIPAL:		Etilista: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Obs:		
Alergias:					
Medicação em uso:					
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> VO				
<input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Emese				
<input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Evacuações <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente				
PUPILAS		<input type="checkbox"/> Flatos <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausentes	REGULAÇÃO VASCULAR		
<input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Fotoreagentes	<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> taquicárdico				
<input type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> anisocôricas	<input type="checkbox"/> Pulso <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fíliforme				
REGULAÇÃO TÉRMICA		<input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Aritmico <input type="checkbox"/> Normotensão	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Subfebril <u>...</u> °C	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> hipotensão				
<input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <u>...</u> °C	<input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Globoso	REGULAÇÃO URINÁRIO / DIURESE			
OXIGENAÇÃO		<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Cônico			
<input type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Bradipnélico <input type="checkbox"/> Traquipnélico	<input type="checkbox"/> RHA <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente				
<input type="checkbox"/> Dispnélico <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> ar ambiente	<input type="checkbox"/> Visceromegalias <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> FO				
<input type="checkbox"/> Mascara Venturi <input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> colúnia	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
PELE		<input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria			
<input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> acianótica	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria				
<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Estímulo Medicamentoso	PRESCRIÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Comunicar a enfermeira plantonista quaisquer intercorrências				
ÚLCERA POR COMPRESSÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> Aferir e Registrar SSVV de 8/8 Hs			
<input type="checkbox"/> GRAU I <input type="checkbox"/> GRAU II <input type="checkbox"/> RAU III <input type="checkbox"/> GRAU IV	<input type="checkbox"/> Observar alterações do nível de consciência do paciente				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas			
<input type="checkbox"/> Ansiedade relacionada à Procedimento cirúrgico evidenciado por agitação, preocupação.	<input type="checkbox"/> Verificar saturação de O2				
<input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias áreas superiores relacionada a secreções em grande quantidades	<input type="checkbox"/> Observar e anotar características da dor				
<input type="checkbox"/> Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirurgia e evidenciada por facies de dor/sofrimento	<input type="checkbox"/> Administrar analgesicos conforme prescrição médica				
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se evidenciada por cirurgia	<input type="checkbox"/> Observar e anotar edemas;				
<input type="checkbox"/> Retenção urinária relacionada à bloqueio no esfincter urinário evidenciado por presença de globo vesical e dor	<input type="checkbox"/> Preparar material para cateterismo vesical				
<input type="checkbox"/> Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos evidenciado por sinais flogísticos	<input type="checkbox"/> Auxiliar o (a) enfermeiro (a) em procedimento				
<input type="checkbox"/> Constipação relacionado a administração de farmácicos e modificações recentes no ambiente e evidenciado por Timpanismo abdominal	<input type="checkbox"/> Aplicar compressas <input type="checkbox"/> frias <input type="checkbox"/> mornas no baixo ventre				
<input type="checkbox"/> Náusea relacionada à período pós operatório evidenciado por relato de náusea e palidez cutânea	<input type="checkbox"/> Observar integridade da pele se há sinais de rubor/calor.				
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz relacionado à ansiedade evidenciado por dispneia, tosse e saturação alterada.	<input type="checkbox"/> Estimular a deambulação;				
<input type="checkbox"/> Déficit no auto cuidado-banho e higiene relacionada à fraqueza, dor e fadiga evidenciado por incapacidade de fazer a propria higiene.	<input type="checkbox"/> Registrar características da êmese;				
<input type="checkbox"/> Padrão do Sono Alterado relacionado a mudança no ambiente e evidenciado por insônia	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em Fowler				
		<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em semi/ Fowler			
		<input type="checkbox"/> Observar cianose periferica e perioral			
		<input type="checkbox"/> Observar e anotar padrão respiratório;			
		<input type="checkbox"/> Observar cianose periferica e perioral			
		<input type="checkbox"/> encaminhar <input type="checkbox"/> orientar <input type="checkbox"/> realizar banho			
		<input type="checkbox"/> encaminhar <input type="checkbox"/> orientar <input type="checkbox"/> realizar higiene oral			
		<input type="checkbox"/> administrar infusão venosa de 1.500 ml de soro ringer lactado ou S.fisiológico num período de 1 hora pós operatório imediato			
		<input type="checkbox"/> administrar infusão venosa de 2.000 ml de soro glicosado num período de 23 horas do P.O em pacientes jovens e adultos			
		<input type="checkbox"/> Administrar Infusão Venosa conforme Prescrição médica em pacientes Idosos/cardíopatias/hipertensos/diabéticos, etc.			
		<input type="checkbox"/> trocar equipo a cada 24 horas			
		<input type="checkbox"/> trocar cateter venoso a cada 72 horas.			
		<input type="checkbox"/> aferir P.A a cada 15 minutos na 1.ª hora pos-operatória			
ASSINATURA E CARIMBO DO (A) ENFERMEIRO (A)					
Fonte: Diagnóstico de Enfermagem: 2010. / NANDA 2014.					

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N.º 358/2009

NOME: <i>Thierryne Mariana Almeida</i>		Idade: <i>17</i>	Prontuário: <i>91-481</i>	Data: <i>23/12/2017</i>
Hipótese Diagnóstica: <i>Febre de 4 dias</i>		Dia Internação: <i>01</i>		Enfermeira: <i>201</i>
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Leito:	
Cateter Central:	Local:	SONDAS <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE		
Cateter Periférico:	Local:	PA. <i>100</i> mmHg P. <i>100</i> bpm		
Cateter Vesical:	Dreno de:	TA. <i>90</i> °C R. <i>100</i> mrpm		
Alergias:	TABACISTA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
Medicação em uso:	ETILISTA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
<b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>		<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>		
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Risco para Infecção			
<input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Risco para integridade da pele prejudicada			
<input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz (DPOC)			
<b>PUPILAS</b>		<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VIAS		
<input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Fotorreagentes	<input type="checkbox"/> Mobilidade física Prejudicada			
<input type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> anisocônicas	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Ineficaz (AVC)			
<b>Regulação Térmica</b>		<input type="checkbox"/> Disturbio do padrão do Sono		
<input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Subfebril <i>36.5</i> °C	<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído (ICC)			
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <i>37.5</i> °C	<input type="checkbox"/> Proteção Ineficaz			
<b>OXIGENAÇÃO</b>		<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene		
<input type="checkbox"/> Eupnélico <input type="checkbox"/> Bradipnélico <input type="checkbox"/> Traquipnélico	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral e Renal ineficaz			
<input type="checkbox"/> Dispnélico <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input checked="" type="checkbox"/> ar ambiente	<input type="checkbox"/> Risco de constipação intestinal			
<input type="checkbox"/> Mascara Venturi <input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> Nutrição Desequilibrada			
<b>PELE</b>		<input type="checkbox"/> Eliminação Vesical alterada		
<input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input checked="" type="checkbox"/> acianótica	<input type="checkbox"/> Eliminação Intestinal alterada			
<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Icterica <input checked="" type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Dor crônica			
<input type="checkbox"/> Hipertérmico <input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Disturbio no Padrão do Sono			
<b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		<input type="checkbox"/> Hipotermia relacionada a infecção		
<input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> NPT <input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> Hipotermia relacionada a infecção			
<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Emese	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VIAS			
<input type="checkbox"/> Evacuações <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral prejudicada			
<input type="checkbox"/> Flatos <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada (DPOC)			
<input type="checkbox"/> Flatos <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Dor aguda			
<b>REGULAÇÃO VASCULAR</b>		<b>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b>		
<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> taquicárdico	<input type="checkbox"/> Comunicar qualquer intercorrência a enfermeira			
<input type="checkbox"/> Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir e Registrar SSVV de 8/8 horas			
<input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Aritmico <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Pesar o paciente diariamente			
<input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> hipotensão	<input type="checkbox"/> Observar alteração no Nível de consciência			
<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		<input type="checkbox"/> Realizar Higiene Oral e nasal		
<input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Medir e anotar diurese a cada 8 horas			
<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Cônico	<input type="checkbox"/> Registrar eliminações intestinais a cada 8 horas			
<input type="checkbox"/> RHA <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Observar e anotar sinais flogísticos			
<input type="checkbox"/> Visceromegalias <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> FO	<input type="checkbox"/> Manter Decúbito em Fowler			
<b>SISTEMA URINÁRIO</b>		<input type="checkbox"/> Trocar equipamento a cada 24 horas		
<input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> colúnia	<input type="checkbox"/> Trocar cateter a cada 72 horas			
<input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria	<input type="checkbox"/> Controlar Gotejamento do soro			
<input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Estímulo Medicamentoso	<input type="checkbox"/> Estimular a deambulação a cada 6 horas			
<b>ÚLCERA POR COMPRESSÃO</b>		<input type="checkbox"/> Realizar Curativo em <input type="checkbox"/> FO <input type="checkbox"/> FI		
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Promover mudança de decubito de 2/2 horas			
<input type="checkbox"/> GRAU I <input type="checkbox"/> GRAU II <input type="checkbox"/> GRAU III <input type="checkbox"/> GRAU IV	<input type="checkbox"/> Verificar Permeabilidade SNG/SNE			
<i>Assinatura do enfermeiro</i> <i>ENFERMEIRA</i> <i>COFEN 2010</i>	<input type="checkbox"/> Realizar HGT a cada 12/12 hs e quando necessário			
<i>SINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO</i>	<input type="checkbox"/> Dá banho no leito a cada 24 horas pela manhã			

Fonte: D. Enfermagem: 2010. / NANDA 2014.

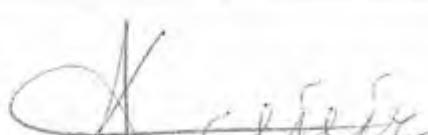




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

**FICHA DE ANESTESIA**

NOME:		IDADE:	SEXO:	GR. SANGUÍNEO
Raimundo Manoel Nunes		70	M	-
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		CATEGORIA: DATA:		
Fratura de tiba (6)		SUS 22/12/17		
OPERAÇÃO REALIZADA:		Trat. cir. de fratura de tiba e fricção		
CIRURGIAO: Dr. Raulton		AUXILIAR: ~	ANESTESISTA: Dr. Trigueiro	
AGENTES COMUNITÁRIOS				
CÓDIGO	220			
Anestesia X	200			
Oper. Inturb T	180			
Endotr Pres A	160			
Distol Pulso O	140			
Resp. RA	120			
Assit. Resp. RE	100			
Exbont. Resp. RC	80			
60				
Contr.	40			
	20			
Pré-anestésico:				
Anestesia: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Raquiana <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo <input type="checkbox"/> Outras				
Técnica:		Venoclise:		
Início:	Término:	Duração minutos:		
AGENTES DOSES	LÍQUIDO	ML		
Nembutal 100 mg	500 ml	1000		
Dilosef 0,5 mg				
Esperidoxina 100 mg				
Antacid 100 mg				
Desmidatetra 100 mg				
Urticápoli 100 mg				
Paracetamol 500 mg				
Carbogá 50 mg				
Epofen 300 mg				
OBS:				
				





GOVERNO  
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

### DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente:	Raimundo Mariano Nunes		
Data da operação:	25/12/17	Enf.:	207
Operador:	Dra. Raulton	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	—	3º Auxiliar:	—
Anestesista:	Dra. Vane	Tipo de Anestesia:	Gas
Diagnóstico Pré-operatório:	Tumor de fígado		
Tipo de operação:	Tum. hepato + fígado com ext.		
Diagnóstico Pós-operatório:	—		
Relatório Imediato do Patologista:	—		
Exame Radiológico no Ato:	—		
Acidente durante a operação:	—		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>			
Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspecto Visceras			
<i>Incisão subcostal fazendo furação lateral com fuso mão direita retrae fazendo fuso fazendo fuso sentido com fuso fazendo fuso fazendo fuso fazendo fuso fazendo fuso</i>			



FICHA DE CONTROLÉ DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Hospital Regional De Picos "Felipe Tiago Gomes"

Nome: Thierry Mariano Nunes Idade: 70 Sexo: H  
 Admissão: 22/12/17 Clínica: Cirúrgica Ala: Ortopédica Enf.: 207 Leito: 01  
 Diagnóstico: Fratura de fíbula (E)

INFECÇÃO:  SIM  HOSPITALAR  
 NÃO  COMUNITÁRIA

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO:  GASTRO INTESTINAL  GENITAL  S.N.C.  
 FERIDA CIRÚRGICA  URINÁRIA  SEPTICEMIA  
 RESPIRATÓRIA  PELE / TSC  OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:  Biópsia  Respirador  Punção Venosa  
 Catéter Venoso  Diálise  Punção Lombar  
 Catéter Vesical  Endoscopia  Punção Abdominal  
 Corticoterapia  Flebotomia  Punção Torácica  
 Drogas Antineoplásicas  Hemoterapia  Traqueostomia  
 NP  Nebulizador  Outros

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Cirurgia realizada: Trat. cir. de fratura de fíbula Anestesista: Dr. Tiago  
 Data: 22/12/17 Tempo: 50 min

Limpa  Urgência  
 Potenc. Contaminada  Emergência  P.P.  
 Contaminada  Eletivo  M.P.  
 Infectada

EQUIPE: Cirurgião: Dr. Raulton Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Tiago

RAIO X NA SALA:  Sim  Não

USO DE ANTIBIÓTICO:  Profilático  Terapêutico

Nome: Cefalotin 1g Nome: \_\_\_\_\_  
 Dose / Dia: 0,2 f/ Amp Dose / Dia: \_\_\_\_\_  
 Duração: Trans-operatório Duração: \_\_\_\_\_

BACTERIOLOGIA

GRAM	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	CULTURA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
MATERIAL	DATA		RESULTADO	ATB	

Outras Observações: \_\_\_\_\_

CONDICÕES DE ALTA:  Curado  Transferido  Óbito  Melhorado  À readm.

Inalterado

Causa: \_\_\_\_\_

MÉDICO ASSISTENTE

C.C.LH



## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Código:

Procedimientos:

Cód. do Procedimento:

**Pacientes:**

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

#### DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Dr. Railton Marinho da Costa  
ORTOPEDISTA TEOF 12188  
Cati-B 13199 Cr. LAPE 13199

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

ESTOQUE DE PARAFUSOS						
PARAFUSO CORTICAL. 3.5mm	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO CORTICAL. 4.5mm	Nº	38	34	38	32	
	Qtd.	01	03	01	01	
	Cód.					
PARAFUSO ESPONJOSO. 4.0mm	Nº	10				
	Qtd.	01				
	Cód.					
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm ESP. R/16 CURTA	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm ESP. R/32 LONGA	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

#### Condições de pagamento:

Faturar N.F. para:

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

1000

### ESCRIVÃO DE ESTOQUE

Nº do pedido:







SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UMNFNSG  
CNPJ: 08739625000181  
NOVA FLORESTA-PB CEP: 58.178-000

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO:

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Raimundo Mariano  
IDADE: 70 COR: Branca SEXO: M ESTADO CIVIL: CASADO  
NATURALIDADE: JOAQUIM DO CABUGI PROFISSÃO: Aposentado  
ENDEREÇO: R. SANTOS DUMONT Nº 354  
CNS: 703 000 83873 8876 DOCUMENTO: RG 001083-043  
CIDADE: NOVA FLORESTA PB DATA: 90 / 12 / 2017

#### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente com febre de se  
moto acanhado de  
mucos e dificuldade de  
respirar de m. = t

Pronto de atend

Dra. Luzia Nobreza de Almeida  
Médica CRM 634  
CRM-021.697.964-15

MÉDICO PLANTONISTA

SECRETARIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE





Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Góes"

Jesus

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Romundo Medeiros Neto portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, submetido(a) a \_\_\_\_\_, portador da patologia CID-10 S82, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 06 (seis meses) dias, a partir desta data.

Picuí, 22.12.12.

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o(a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE      2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO





**Poder Judiciário da Paraíba  
Corregedoria-Geral da Justiça  
PROVIMENTO**

**22 de maio de 2019**

**Proferir despacho/decisão.**

**Marcos Coelho de Salles**

**Juiz Corregedor**



Assinado eletronicamente por: MARCOS COELHO DE SALLES - 22/05/2019 17:00:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052217001898600000020736384>  
Número do documento: 19052217001898600000020736384

Num. 21335237 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA**

**PODER JUDICIÁRIO**

**1ª VARA DA COMARCA DE CUITÉ**

Processo nº 0800762-64.2018.8.15.0161

Autor: RAIMUNDO MARIANO NUNES

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

A inicial preenche os requisitos do arts. 319 e 320 do CPC/2015 em preliminar análise, não sendo caso de emenda ou indeferimento, reclamando, portanto, o prosseguimento do feito.

Defiro a gratuitade processual, sem prejuízo de impugnação (art. 98, do CPC/2015).

Deixo de designar audiência de conciliação (art. 334, CPC/2015) em razão da parte demanda não oferecer proposta de conciliação sem prévio laudo médico.

Cite(m)-se o(s) réu(s) com as advertências de que deverá apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335,CPC) e que sua omissão importará em revelia (art. 344, CPC).

Cuité/PB, 1 de agosto de 2019

**IANO MIRANDA DOS ANJOS**

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: IANO MIRANDA DOS ANJOS - 01/08/2019 09:43:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080109423002600000022464398>  
Número do documento: 19080109423002600000022464398

Num. 23167783 - Pág. 1