

Anexo 01

-

QUESITOS

-

1) *Se existe nexô 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

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
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 esfinteriano; (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	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
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
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
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
---	----





TRIGUEIRO & NOBREGA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

O(A) Outorgante Raimundo Mariano Nunes
brasileiro, casado, func. Público, portador (a) do RG nº 001.081.043
001.081.043 expedido por SEI/RN e CPF nº 645.743.854-72, residente e
domiciliado(a) na(o) Rua Sombres Dumont
nº 354, Bairro centro, Cidade Nova Floresta, UF PB, pelo presente
instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procuradores e advogados os
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 fevereiro 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 / nelinhoadv@gmail.com



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME **001.081.043** DATA DE EMISSÃO **08/03/2017**

RAIMUNDO MARIANO NUNES

FILIAÇÃO

MARIA PEREIRA NUNES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

LAJES RN **03/09/1947**

DIG. ORDEM

CERT. DE CASAMENTO L-00003 F-951 RG-1358

LAJES RN-2 CARTÓRIO

CPF **645.743.854-72** *Josebias Ferreira do N. Junior* **2a. VIA**

LEI Nº 7.118 DE 20/06/83

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**



RAIMUNDO MARIANO NUNES
ASSINATURA DO TITULAR

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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:03:52 do dia 21/11/2016 (hora e data de Brasília)
dígito 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 OLIMONT, 354 - CENTRO
NOVA FLORESTA/PB CEP: 56179039 (AQ 90)
Emissão: 18/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Cód. Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-500
Roteiro: 10 - 108 - 330 - 3546 Nº medidor: 00002589793



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/02 096 182 / 0001-40 Ins. Est. 16.015 823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 795 600
Cód. para Deb. Automático: 00002589411

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse 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 empine, puxe, pise ou desfaça fios da rede elétrica e não as deixe jogar objetos presos na rede. Evite de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/11/17	20672	18/12/17	20195	1	122	23

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq.	Importo (R\$)	Base Calc.	Por (R\$)	Colato (R\$)
CCI - Descrição		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Por (Colato) (R\$)		(2,7250%)	
9601	Consumo em kWh	122,00	0,722390	88,85	88,85	27	23,98	88,85	3,72
9901	Alc. B. Vermeja	8,87	8,87	27	1,90	8,87	3,05	0,24	

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 89,52 89,52 25,78 89,52 0,77 3,55

Média últimos meses (kWh) 141 **VENCIMENTO** 06/01/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 95,52

Histórico de Consumo (kWh)

133 | 122 | 142 | 131 | 121 | 155 | 144 | 152 | 165 | 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

RESERVAÇÃO AO FISCO
a3de.0379.1693.0690.c1bb.b58c.18ca.29d1.

Indicadores de Qualidade 10/2017 - Ciel

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DVC MENSAL	5,55	2,02	
DVC TRIMESTRAL	11,70		NOMINAL 220
DVC ANUAL	22,21		
FC MENSAL	9,58	1,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	9,72		LIMITE INFERIOR 200
FC ANUAL	13,45		LIMITE SUPERIOR 231
DSMC	2,20	2,02	
DSMR	2,22		

Contribuição da Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	22,00	24,71
Consumo de Energia	31,55	33,12
Serviço de Transmissão	3,62	3,79
Encargos Setoriais	6,54	6,85
Impostos, Dívidas e Encargos	22,11	23,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	95,82	100,00

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

ATENÇÃO

Faturas em atraso



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 Nova Floresta - PB, 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.

Dici - 10, 19 de janeiro de 2018.

Raimundo Mariano Nunes

DECLARANTE

(A rogo se não souber ler nem escrever)

LEI Nº 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 93º 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, aí 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 RENAVAL 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 quebrara 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 digitici.

1ª 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.

2ª 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


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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Maílson Araújo Santos,
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 Projeção da, 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
o mesmo.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 125 Titan-ES
Ano: 2000
Placa: MZH33351RN
Chassi: 9C2JC3020YRD24115
Data do Acidente: 20/12/2017
Local e Data: NOVA FLORESTA/PB, 21/06/2018

RECONHECIMENTO

JOSE MAÍLSON ARAÚJO SANTOS
Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 60F
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA-PB

Reconheço a(s) firma(s) e letra(s) por autenticidade
de Jose Maílson Araújo Santos.

Dou fé. Teste (_____) da verdade.
Nova Floresta-PB, 21 / junho / 2018.

Eliana Clementino Pereira
Eliana Clementino Pereira
Escriturante Substituta

AHC44865 - GSS4

Consulte a autenticidade em: <http://pje.triguiro.com.br>
Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escriturante Substituta
Nova Floresta - Comarca de Curitiba - PB



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012832876996
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	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: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 TITAN ES	2000	2000

CAP/POT/GR	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRATA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	1º	2º	3º
R\$ 0.00	05/05/2017	PAGO	PAGO	PAGO

FAIXA I P V A	PARCELAMENTO/COTAS
002804 3X	R\$ *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES: MOTOR: JC30E2Y024115

SANTA CRUZ/RN 15/09/2017

Siderley Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

AUTOMOTORES DE VIAGEM PRESTADOS POR EMPRESAS DE
TRANSPORTAÇÃO OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	15/09/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
2	085.705.574-77	MZH3335

RENAVAM	MARCA / MODELO
00736479694	HONDA/CG 125 TITAN ES

ANO FAB.	CAT. TMB	Nº CHASSI
2000	9	9C2JC3020YR024115

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MAT-2016

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012832876996
58005431/2017 43771462882
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC
2	00736479694	*****

NOME/ENDEREÇO: JOSE MAILSON ARAUJO SANTOS
R ALUIZIO BEZERRA, 124
CENTRO
59.200-000 SANTA CRUZ/RN

CPF/CNPJ	PLACA
085.705.574-77	MZH3335

NOME ANTERIOR: RAIMUNDO MARIANO NUNES

PLACA ANT./UF	CHASSI
MZH3335/RN	9C2JC3020YR024115

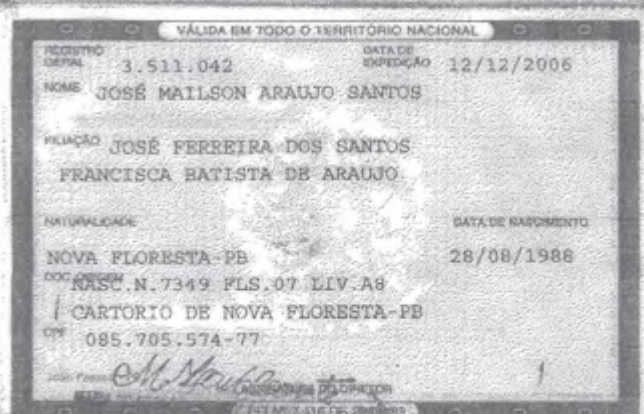
ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 TITAN ES	2000	2000

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRATA

OBSERVAÇÕES: MOTOR: JC30E2Y024115





PROPR. & TARIAS

VEICULO



ZIED ABOU CHAKRA DOS SANTOS
RUA PROJETOADA, 301 LOT 120 DA FLORESTA - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP: 58170-000 (AQ: 80)

Emissão: 14/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B4235, Km 25 - Crato-Renditor: João Pessoa / PB - CEP: 58071-880
Roteiro: 7 - 108 - 340 - 4190 Nº medidor: 93002718857

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.035.143/0001-40 Ins. Est. 16.045.823-0

Nota Fiscal/Costa de Energia Elétrica Nº 000 555 761
Cód. para Dth. Autenticação: 30017310194

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI

Dez / 2017 14/12/2017 12/01/2018 5942079404

UC (Unidade Consumidora): 5/1731019-4

Canal de contato

Diversidade com segurança é o que as crianças devem aprender.
Nunca empine papas perto das fiação elétrica e não se
reine caso fiquem pregadas na rede. Evite de usar fiação
modulada para instalar postes, cabos e fiação elétrica.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
14/11/17	745	14/12/17	912	27
Demonstrativo				
CCI - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Cota
0501 - Consumo em kWh	167,000	0,701880	47,02	47,02
0601 - Alug. R. Yemeha	3,00	9,50	28	9,50

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 50,88 12,72 50,88 0,41 1,89

Módulo Utilizados (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
45 21/12/2017 R\$ 50,88

Histórico de Consumo (kWh)

80 78 76 74 72 70 68 66 64 62 60 58 56 54 52 50 48 46 44 42 40 38 36 34 32 30 28 26 24 22 20 18 16 14 12 10 8 6 4 2 0

RESERVADO AO FISCO

fa80.1722.b27d.9722.c03d.a325.d339.8314.

Indicadores de Qualidade	Limite da ANEL	Aperado	Limite de Tensão (V)
DIAMETRAL	5,55	3,50	NOMINAL
DIAMETRAL	11,10		
DIAMETRAL	22,21		
DIAMETRAL	33,32		
DIAMETRAL	44,43		
DIAMETRAL	55,54		
DIAMETRAL	66,65		
DIAMETRAL	77,76		
DIAMETRAL	88,87		
DIAMETRAL	100,00		

Compreensão de Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	12,39	25,41
Serviço de Energia	17,35	34,10
Serviço de Transmissão	1,99	3,91
Encargos Setoriais	3,53	7,00
Impostos, Oneros e Encargos	15,02	29,55
Outros Serviços	3,00	6,00
Total	50,88	100,00

Valor R\$ 50,88 (R\$ 10,18) R\$ 10,18

ATENÇÃO

REAVISO: Caso sua fatura não seja entregue em tempo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 28/12/2017. Conforme Resolução N° 46/2015, o pagamento após essa data não elimina a suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado. Os dados das faturas estão em pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Letura confirmada

Faturas em atraso

Nov/17 50,55
Out/17 53,92
Set/17 43,12

ENERGISA PARAIBA
Roteiro: 7 - 108 - 340 - 4190
Matrícula: 1731019-2017-12-1

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
21/12/2017 R\$ 50,88

83680000000-9 50880054000-9 17310192017-8 12100106019-7



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 <u>Raimundo Marionne Nunes</u>	CPF da Vítima <u>645.743.854-72</u>	Data do Acidente <u>20/12/2017</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	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.

N. Florosia 02 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Raimundo Marionne 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







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

FICHA DE ENCAMINHAMENTO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RAEMUNDO MARIANO MUEIS
IDADE: 70 COR: Branco SEXO: M ESTADO CIVIL: CASADO
NATURALIDADE: INFANTILBUI PROFISSÃO: aposentado
ENDEREÇO: R. SANTOS DUARTE Nº 354
CNS: 703 000 8 3873 8876 DOCUMENTO: RG- 001081-043
CIDADE: NOVA FLORESTA PB DATA: 30 / 12 / 2017

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente vítima de acidente de
trânsito ocasionado por
colisão de veículos
ocorrido no m. # 6

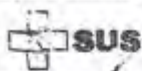
Realizar o atendimento

Dr. Luzia Nobrega de Almeida
Médica CRM 634
CPF 000.697.964-15

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 PICUI

2 - CNES
2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE
Samundo Mariano Nunes

4 - N° DO PRONTUÁRIO
91464

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
300083873876

6 - DATA DE NASCIMENTO
03/09/14

7 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE
Maria Pereira Nunes

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () N° DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL
Francisca Nunes

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () N° DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
Rua Dumont

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Nova Floresta

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
5800

16 - UF
PB

17 - CEP
58178000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
**Febre com febre e
tórax 5-8 H de**

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Doi + febre febre + tosse

Hospital Regional de Picuí
Atesto conforme o original.
Picuí, 15/05/2018
Arquivo Médico
Laponira de Lima O. Freitas
Auxiliar Adm. - 210996-4

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Exame clínico + Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Febre de febre

22 - CID 10 PRINCIPAL
S822

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Doi - cefepim + febre febre + tosse

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050500

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

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

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO (/) EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
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: Leomundo Naveiro Nunes

Responsável: Marcelo Nunes

Pai: _____

Mãe: Marina Funes Nunes

Prof.: Aposent Data Nasc.: 03/09/74 Idade: 40

Endereço: Santos Dumont Nº _____

Bairro: _____ Cidade: J. Henriques Est. Civil: Cas.

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

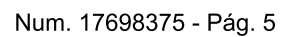
Exames realizados: _____

Internado em 02/12/17 Alta em 1/1/18 Óbito em 1/1/18

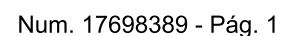
Arquivista _____

[Assinatura]
Médico Assistente



1015



[illegible]

CLINICA CIRURGICA
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN N.º 358/2009

NOME: <u>DALE FULGORA LACERDA</u>		Idade: <u>35</u>		Prontuário: <u>93.422</u>		Data: <u>03/10/17</u>	
Hipótese Diagnóstica:				Dia Internação:		Enfermaria: <u>051</u>	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				Sexo: () Masc. () Fem.		Leito: <u>01</u>	
Cateter Periférico: <u>01</u>	Local: <u>RT</u>	Sondas	() SNG	() SOG	() SNE	() SOE	
Cateter Central:	Local:	PA.	mmHg	P.	bpm		
Cateter Vesical:	Dreno de:	TA.	°C	R.	irpm		
HISTÓRIA PREGRESSA:				Tabagista: () sim () não		PESO:	
QUEIXA PRINCIPAL:				Etilista: () sim () não		Obs:	
Alergias:							
Medicação em uso:							
SISTEMA NEUROLÓGICO				SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Consciente () Orientado () Desorientado				() SNG/SOG () SNE/SOE () NPT () VO			
() Sedado () Torporoso () Comatoso				() Gavagem () Aberta () Êmese			
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage				() Evacuações () Presente () Ausente			
PUPILAS				() Platos () Presente () Ausentes			
() Mióticas () Midríáticas () Fotorreagentes				REGULAÇÃO VASCULAR			
() Não reagentes () Isocóricas () anisocóricas				() Normocárdico () Bradicárdico () taquicárdico			
REGULAÇÃO TÉRMICA				() Pulso () Cheio () Filiforme			
() Hipotermico () Subfebril °C				() Rítmico () Arritmico () Normotenso			
() Afebril () Febril °C				() Hipertenso () hipotenso			
OXIGENAÇÃO				REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Eupnéico () Bradipnéico () Traquipnéico				() Normotenso () Tenso () Globoso			
() Dispnéico () Oxigenioterapia () ar ambiente				() Distendido () Côncavo			
() Máscara Venturi () Intubação				() RHA () Presente () Ausente			
PELE				() Visceromegalias () Presente () Ausente () FO			
() Normocorada () Hipocorada () acianótica				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
() Cianótica () Ictérica () Anictérica				() Espontâneo () SVD () Anúria () colúnia			
() Hipertérmico () Afebril () Hipotérmico				() Poliúria () Oligúria			
ÚLCERA POR COMPRESSÃO () SIM () NÃO				() Disúria () Hematúria			
() GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV				() Cistostomia () Estimulo Medicamentoso			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				PRESCRIÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM			
() Ansiedade relacionada à Procedimento cirúrgico evidenciado por agitação, preocupação.				() Comunicar à enfermeira plantonista quaisquer intercorrências			
() Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidades				() Aferir e Registrar SSVV de 8/8 Hs			
() Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirurgia e evidenciada por facies de dor/sofrimento				() Observar alterações do nível de consciência do paciente			
() Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se evidenciada por cirurgia				() Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas			
() Retenção urinária relacionada à bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical e dor				() Verificar saturação de O2			
() Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos evidenciado por sinais flogísticos				() Observar e anotar características da dor			
() Constipação relacionado a administração de fármacos e modificações recentes no ambiente e evidenciado por Timpanismo abdominal				() Administrar analgésicos conforme prescrição médica			
() Náusea relacionada a período pós operatorio evidenciado por relato de náusea e palidez cutânea				() Observar e anotar edemas;			
() Padrão respiratório ineficaz relacionada à ansiedade evidenciado por dispneia, tosse e saturação alterada.				() Preparar material para cateterismo vesical			
() Déficit no auto cuidado-banho e higiene relacionada à fraqueza, dor e fadiga evidenciado por incapacidade de fazer a própria higiene.				() Auxiliar o (a) enfermeiro (a) em procedimento			
() Padrão do Sono Alterado relacionado a mudança no ambiente e evidenciado por insônia				() Aplicar compressas () frias () mornas no baixo ventre			
				() Observar integridade da pele se há sinais de rubor/calor.			
				() Estimular a deambulação;			
				() Registrar características da êmese;			
				() Colocar o paciente em Fowler			
				() Colocar o paciente em semi/ Fowler			
				() Observar cianose periférica e perioral			
				() Observar e anotar padrão respiratório;			
				() Observar cianose periférica e perioral			
				() encaminhar () orientar () realizar banho			
				() encaminhar () orientar () realizar higiene oral			
				() administrar infusão venosa de 1.500 ml de soro ringer lactado ou S.fisiológico num período de 1 hora pós operatorio imediato			
				() administrar infusão venosa de 2.000 ml de soro glicosado num período de 23 horas do P.O em pacientes jovens e adultos			
				() Administrar Infusão Venosa conforme Prescrição médica em pacientes Idosos/cardiopatas/hipertensos/diabéticos, etc.			
				() trocar equipo a cada 24 horas			
				() trocar cateter venoso a cada 72 horas.			
				() aferir P.A a cada 15 minutos na 1.ª hora pos operatoria			
ASSINATURA E CARIMBO DO (A) ENFERMEIRO (A)				Fonte: Diagnóstico de Enfermagem: 2010. / NANDA 2014.			



CLÍNICA MÉDICA ADULTO
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/2009

NOME: <u>Yasuminda Mariana Almeida</u>	Idade: <u>75</u>	Prontuário: <u>93-484</u>	Data: <u>23/12/2017</u>
Hipótese Diagnóstica: <u>Infarto de t. V. D.</u>		Dia Internação: <u>01</u>	Enfermaria: <u>202</u>
CONTROLE DE CATÉTERES E SONDAS		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Leito: <u>202</u>
Cateter Central: <u>-</u>	Local: <u>-</u>	SONDAS <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE	
Cateter Periférico: <u>5mm</u>	Local: <u>4.00</u>	PA: <u>110/70</u> mmHg P: <u>-</u> bpm	
Cateter Vesical: <u>-</u>	Dreno de: <u>-</u>	TA: <u>-</u> °C R: <u>-</u> mrpm	
Alergias: <u>-</u>	TABAGISTA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
Medicação em uso: <u>-</u>	ETILISTA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
SISTEMA NEUROLÓGICO		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
<input checked="" 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)	
PUPILAS		<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VIAS	
<input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríáticas <input type="checkbox"/> Fotorreagentes		<input type="checkbox"/> Mobilidade física Prejudicada	
<input type="checkbox"/> Não reagentes <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> anisocóricas		<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Ineficaz (AVC)	
Regulação Térmica		<input type="checkbox"/> Distúrbio do padrão do Sono	
<input type="checkbox"/> Hipotermico <input type="checkbox"/> Subfebril <u>° C</u>		<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído (ICC)	
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <u>° C</u>		<input type="checkbox"/> Proteção Ineficaz	
OXIGENAÇÃO		<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	
<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Bradipnéico <input type="checkbox"/> Taquipnéico		<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral e Renal ineficaz	
<input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Oxigenioterapia <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	
PELE		<input type="checkbox"/> Eliminação Vesical alterada	
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> acianótica		<input type="checkbox"/> Eliminação Intestinal alterada	
<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Ictérica <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"/> Distúrbio no Padrão do Sono	
SISTEMA GASTROINTESTINAL		<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 checked="" type="checkbox"/> Evacuações <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Mucosa Oral prejudicada	
<input checked="" 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	
REGULAÇÃO VASCULAR		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> taquicárdico		<input checked="" type="checkbox"/> Comunicar qualquer intercorrência a enfermeira	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ritmico <input type="checkbox"/> Aritmico <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso		<input type="checkbox"/> Pesar o paciente diariamente	
<input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> hipotenso		<input type="checkbox"/> Observar alteração no Nível de consciência	
REGULAÇÃO ABDOMINAL		<input type="checkbox"/> Realizar Higiene Oral e nasal	
<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <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"/> Côncavo		<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	
SISTEMA URINÁRIO		<input type="checkbox"/> Trocar equipo 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	
ÚLCERA POR COMPRESSÃO		<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 decúbito 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	
		<input type="checkbox"/> Realizar HGT a cada 12/12 hs e quando necessário	
		<input type="checkbox"/> Dá banho no leito a cada 24 horas pela manhã	
SINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO		Fonte: D.Enfermagem: 2010. / NANDA 2014.	



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

FICHA DE ANESTESIA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

NOME:	RAIMUNDO MARINHO NUNES	IDADE:	70a	SEXO:	M	GR. SANGÜÍNEO	—
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura de fêmur (E)	CATEGORIA:	SUS	DATA:	22/12/17		
OPERAÇÃO REALIZADA:	Trat. cir. de fratura de fêmur. cl. fixação						
CIRURGIÃO:	Dr. Raulton	AUXILIAR:	~	ANESTESISTA:	Dr. Vitor		

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	
Contr.	60	
	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			
NEOTRIM 100 mg	5.00 ml 0.9%	9.00 ml			
DILUIÇÃO 0.50 ml					
EFECTIVAZIONE 20					
FRANCOSOL 100					
DEXAMETASONA 10					
ROSCOPOL 100 mg					
ANALGESICO 10					
RAVILIPRONE 5					
EPIDURAL 30					

OBS:

[Handwritten signature]





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Filipe Tiago Gomes"

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: <u>Raimundo mariano Nunes</u>		
Data da operação: <u>20/12/17</u>	Enf.: <u>207</u>	Leito: <u>01</u>
Operador: <u>Dr. Raiton</u>		1º Auxiliar: <u>—</u>
2º Auxiliar: <u>—</u>	3º Auxiliar: <u>—</u>	Instrumentador: <u>—</u>
Anestesista: <u>Dr. Vitor</u>	Tipo de Anestesia: <u>Raqui</u>	
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Tumor de fígado</u>		
Tipo de operação: <u>Tum. corpo e fígado fígado com f-x</u>		
Diagnóstico Pós-operatório: <u>—</u>		
Relatório Imediato do Patologista: <u>—</u>		
Exame Radiológico no Ato: <u>—</u>		
Acidente durante a operação: <u>—</u>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anti-Herpes
Anti-Herpes
com f-x
um me parece
Heur f-x
Boas curvas
Sentes com flocos e
procurados
—
—
—
—



Hospital Regional De Pícel "Felipe Tiago Gomes"

Nome: Robson de M. Mariano Thuma Idade: 70 Sexo: M

Admissão: 22/12/17 Clínica: Ortopedia Ala: 207 Leito: 91

Diagnóstico: Fratura de fíbula (e)

INFECÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ HOSPITALAR ☐ 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 e fixação Anestesiado: Laque

Data: 22/12/17 Tempo: 50 min

☒ Limpa ☒ Urgência ☐ PP
☐ Potenc. Contaminada ☐ Emergência ☐ MP
☐ Contaminada ☐ Eletivo ☐ GP
☐ Infectada

EQUIPE: Cirurgião: Dr. Raiton Auxiliar: Dr. Thuma

Instrumentador: Dr. Thuma Anestesiado: Dr. Thuma

RAIO X NA SALA: ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Nome: Cefalotina 1g Nome:

Dose / Dia: 0.2 g / 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:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ À reavaliação

☐ Inalterado Causa:

MÉDICO ASSISTENTE

C.C.L.H



Empina Grande - PB
e-mail : mpmplantao@gmail.com

Código:

Procedimen'to: 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. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839

Cód. do Procedimento:

Pacientes: 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.

Data da Cirurgia: ____/____/____ Prontuário Nº: _____

Convênio:

Cirurgião: _____ Coódiço: _____

☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Dr. Raulton Marinho da Costa
ORTOPEDISTA - TEOT 12188
CRM-B 12035 / C.R.A.P.E 13189

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

2014.11.23

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



Nº do pedido:





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.000/160

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: RAIMUNDO MARIANO NUNES

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 03/09/1947 Idade: 70 anos(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA PEREIRA NUNES

Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO Documento: 1081043

Endereço: RUA SANTOS DUMONT Nº: 354

Bairro: CENTRO

Município/CEP/IBGE: NOVA FLORESTA / 58.178-000 / 251010

Telefone para contato: (83) 3371-2554 / 3371-2554 / 3371-2554

Data e Hora: 20/12/2017 10:25:33

PESO: P.A.: TEMP.: SSV

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Atestado de óbito
de Raimundo Mariano Nunes
cidado e para

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Assinatura de Sousa Silva

RECEPCIONISTA: HRP

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Infarto

MI

CID-10: _____

ENCAMINHAMENTO: _____

1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐

2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS ☐

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. _____
2. _____
3. _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): (CARIMBOS)

CNS CBO CRM

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

CADASTRO: 358039





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

FICHA DE ENCAMINHAMENTO:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RAEMUNDO MARIANO
IDADE: 70 COR: BRANCO SEXO: M ESTADO CIVIL: CASADO
NATURALIDADE: JOZE DO CABUÍ PROFISSÃO: aposentado
ENDEREÇO: R- SANTOS DUMONT Nº 354
CNS: 703000838738876 DOCUMENTO: RG 001081-043
CIDADE: NOVA FLORESTA PB DATA: 90 / 12 / 2017

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente sofreu queda de
motocicleta acamando no
asfalto e dificuldade de
locomover no m. + t

Tratado do ortopedista

Dra. Lúzia Nobrega de Almeida
Médica CRM 634
43-020.692.964-15

MÉDICO PLANTONISTA

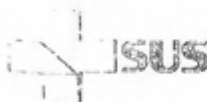
SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Trigueiro Gomes"



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Roberto Medeiros Nunes 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]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

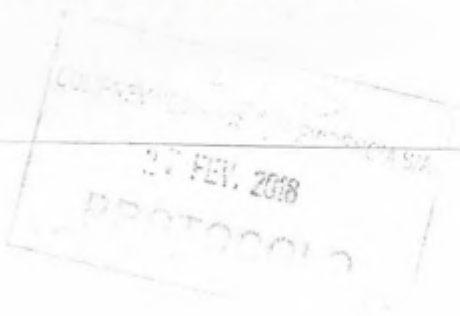
AUTORIZAÇÃO

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





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 gratuidade 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

