



Número: **0800861-02.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>ADEILTON JOSE DE SOUZA (AUTOR)</b>		<b>ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
22867 296	22/07/2019 00:36	<a href="#">Petição Inicial</a>
22867 297	22/07/2019 00:36	<a href="#">COMPROVANTE DE REQUERIMENTO ADM</a>
22867 298	22/07/2019 00:36	<a href="#">GuiaCustas</a>
22867 549	22/07/2019 00:36	<a href="#">PROCESSO ADM. DOC PESSOAIS (1)</a>
22867 550	22/07/2019 00:36	<a href="#">PROCESSO ADM. DOC PESSOAIS (2)</a>
22867 551	22/07/2019 00:36	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>
22867 552	22/07/2019 00:36	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (1)</a>
22867 553	22/07/2019 00:36	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (2)</a>
22867 554	22/07/2019 00:36	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (3)</a>
22867 555	22/07/2019 00:36	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (4)</a>
22867 556	22/07/2019 00:36	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (5)</a>
22867 557	22/07/2019 00:36	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (6)</a>
22867 558	22/07/2019 00:36	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (7)</a>
22867 559	22/07/2019 00:36	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (8)</a>
22977 356	25/07/2019 08:37	<a href="#">Despacho</a>

**Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca De Alagoa Grande – PB**

**ADEILTON JOSÉ DE SOUZA**, brasileiro, estado civil: união estável, profissão: Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Caixeiro, S/N, Área Rural. Município de Juarez Távora - PB, Estado da Paraíba, Cep 58387-000, portador do Rg. nº 28.186.835-7 SSP/RJ e CPF nº 028.509.514-55, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

## **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

### **1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA**

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.



## 2. DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 02 de Janeiro de 2019, aproximadamente às 15h00min, estava se deslocando do Sítio Caixeiro em direção a cidade de Juarez Távora/PB, CEP: 58387-000, onde conduzia o veículo, quando foi surpreendido por outra motocicleta de marca, cor, placa e demais características que ignora, inclusive o condutor que trafegava em sentido contrário, tendo o autor desviado um pouco na tentativa de evitar o acidente mas mesmo assim foi atingido na parte frontal. Sendo assim, veio este cair ao solo, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela Delegacia de Polícia Civil de Campina Grande – PB, a vítima estava trafegando no veículo HONDA/CG 160 FAN, ano/modelo 2018/2018, cor vermelha, placa QSE-2056/PB, CHASSI 9C2KC2200JR014284, licenciada em nome Pedro Bernardo da Silva.

Após o acidente, o autor foi socorrido e logo foi conduzido ao Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi constatado que o mesmo sofreu FRATURA ZIGOMÁTICA ORBITÁRIA DIREITA E ESQUERDA, FRATURA NO MAXILAR DIREITO E FRATURA NO PUNHO, no qual foi submetido a tratamento cirúrgico.

## 3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

“Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementar, nos valores e conforme as regras que seguem, por pessoa vitimada”.

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

II – até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e

III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).



De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

#### EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

**DO VEICULO IRRELEVANTE.** Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acordão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

**Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido pago parcialmente no valor de R\$ 3.037,50 (três mil, trinta e sete reais e cinquenta centavos) e, razão pela qual está requerendo via judicial.**



## DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

## DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

***Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.***

## 4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;
2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;
3. Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do NCPC, o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação.**
4. **Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução



e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

**5. NO MÉRITO**, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 10.462,50 (dez mil quatrocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

**6.** Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 10.462,50 (dez mil quatrocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 22/07/2019.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670

### **QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE**

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: \_\_\_\_\_.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200342818600000022181751>  
Número do documento: 19072200342818600000022181751

Num. 22867296 - Pág. 5

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_\_ horas,  
apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

---

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A  
INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO  
ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE  
DEBILITADOS):

---

4 ) EXISTEM SÍQUE LAS RESIDUAIS ? :

---

---

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU,  
GRAVE ? :

---

---

Sem mais, em \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

(assinatura – carimbo – CRM)





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190325143** Vítima: ADEILTON JOSE DE SOUZA

**Data do Acidente:** 02/01/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADEILTON JOSE DE SOUZA**

Informamos que o pagamento da inde

abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%  
Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%  
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: APELTON JOSE DE SOUZA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000001100

Conta: 0000035404-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



030131



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 22/07/2019 00:34:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907220034290980000022181752>  
Número do documento: 1907220034290980000022181752

Num. 22867297 - Pág. 1

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)	<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00358/01
				<b>Data de emissão:</b> 22/07/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>		<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		
<b>Número da guia:</b>	004.2019.600358	<b>Tipo da Guia:</b>	Custas Prévias	<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Detalhamento:</b>				<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
- Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 156,94 - Taxa bancária: R\$ 1,35				<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Observações:</b>				<b>Valor total:</b> R\$ 1.167,69
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.				<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000112 676909283183 520190731007 421900358019				<b>Valor final:</b> R\$ 1.167,69

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)	<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00358/01
				<b>Data de emissão:</b> 22/07/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>		<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		
<b>Número da guia:</b>	004.2019.600358	<b>Tipo de Guia:</b>	Custas Prévias	<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Detalhamento:</b>				<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
- Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 156,94 - Taxa bancária: R\$ 1,35				<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Observações:</b>				<b>Valor total:</b> R\$ 1.167,69
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.				<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000112 676909283183 520190731007 421900358019				<b>Valor final:</b> R\$ 1.167,69

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)	<b>Número do boleto:</b> 004.2.19.00358/01
				<b>Data de emissão:</b> 22/07/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>		<b>Data de vencimento:</b> 31/07/2019
	Alagoa Nova	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		
<b>Número da guia:</b>	004.2019.600358	<b>Tipo de Guia:</b>	Custas Prévias	<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,47
<b>Detalhamento:</b>				<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7228.039-6
- Custas Processuais: R\$ 1.009,40 - Taxa Judiciária: R\$ 156,94 - Taxa bancária: R\$ 1,35				<b>Parcela:</b> 1/1
<b>Observações:</b>				<b>Valor total:</b> R\$ 1.167,69
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.				<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000112 676909283183 520190731007 421900358019				<b>Valor final:</b> R\$ 1.167,69





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 004.2019.600358

**Data Vencimento:** 31/07/2019

**Data Emissão:** 22/07/2019

**Comarca:** Alagoa Nova

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** ADEILTON JOSÉ DE SOUZA

**Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 10.462,50

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.009,40

**Taxa:** R\$ 156,94

**Total da Guia:** R\$ 1.166,34

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200342967300000022181753>  
Número do documento: 19072200342967300000022181753

Num. 22867298 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 22/07/2019 00:34:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343018600000022181754>  
Número do documento: 19072200343018600000022181754

Num. 22867549 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013814502182	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	20180500005592 EXERCÍCIO	
1	0116021190-3	00/00000000 2018	
NOME			
PEDRO BERNARDO DA SILVA			
CPF/CNPJ	PLACA		
09170892431	QSE2056/PB		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
NOVO PE	9C2KC2200JR014284		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLETA/BICICLETA	ÁLCOOL/GÁSOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 160 FAN	2018	2018	
CAP/POT/CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/162 /CI	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS	
IPVA PAGO EM	00/00/0000	1 <sup>a</sup>	
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 <sup>a</sup>	
*****	0	3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGURADO PAGO	31/07/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
DOCUMENTO DE PÓRTA OBRIGATÓRIO			
NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
JUAREZ TAVARES	LOCAL	DATA	
9999999		07/08/2018	31054

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO NO SEGURO DPVAT

PB Nº 013814502182 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 07/08/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	09170892431	QSE2056/PB
RENAVAM	MARCA / MÓDELO	
01160211903	HONDA/CG 160 FAN	

ANO FAB. CAT. MARC. NP CHASSI  
2018 9 9C2KC2200JR014284

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
*****	SEGURADO	PAGO

PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 31/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-0914016-20180807

DEZ-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE

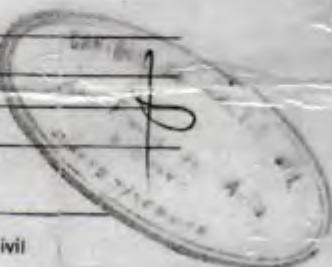
COMARCA DE

MUNICÍPIO DE

DISTRITO DE

Jasuba  
Alagoinha  
Jacutinga

Oficial Regina do Registro Civil



Nascimento N.o 2155

CERTIFICO que, às fls. 9511, do livro n.o 03 - A, de Registro de Nascimentos,  
foi Marília, hoje o assento de Adriana José da Costa

nascida aos 20 dias de dezembro (19) 71 do Bíbl de mil novecentos e  
sénta e seis (1976) às 10 horas e 55 minutos em Marília

filha de Ismael José da Costa

e de bona

natural de Marília

e avô paterno

e avô materno

e Dora

Foi declarante Ismael José da Costa

e serviram de testemunhas Ismael José da Costa e Ismael José da Costa

Observações

O referido é verdade e dou fé.

Ismael José da Costa

de 05 de 01 de 1971

Oficial

O referido é verdade e dou fé.

Ismael José da Costa

de 05 de 01 de 1971

Oficial

Ord. 7/3



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343018600000022181754>  
Número do documento: 19072200343018600000022181754

Num. 22867549 - Pág. 4

MANOEL PAULO DE ARAUJO  
VILA OLICIO, S/N - ÁREA RURAL  
JUAREZ TAVORA / PE CEP: 56397000 (AG: 22)

Emissao: 20/11/2018 Referencia: Nov/18  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200, KM25 - Centro Retenção-João Pessoa/PB - CEP 58071-480  
Roteiro: 11 - 41 - 894 - 1020 Nº medidor: 00001189226

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ:09.095.193/0001-40 Idec Est: 16.015.820-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°015.778.124  
Cód. para Déb. Automática: 00010917367

Atendimento ao Cliente Energisa 0800 083 0196 - Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/ RAMI  
Nov / 2018 20/11/2018 18/12/2018 086.738.074-84  
Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1091736-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
18/10/18	00/00	00/00	00/00	00/00
Demonstrativo				
CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa/c	Valor Base Calc. Alq. Incm/(R\$) Base Calc. Pd/(R\$) Colim/(R\$)
			Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pd(Cofins/R\$) (0,5440%) (4,3420%)	
0801	Consumo em kWh	94.000	0,820230	88,90 88,90 25 17,29 88,90 0,66 2,00
0801	Adic. B. Vermelha		2,22	3,22 25 0,66 2,22 0,02 0,10
0801	Adic. B. Amarela		0,78	0,78 25 0,19 0,78 0,00 0,03

CC: Código de Classificação do item - TOTAL: 71,88 - 71,88 - 17,07 - 71,88 - 0,67 - 2,00  
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

27/11/2018 R\$ 71,88  
Número de Conta (kWh)

38 | 48 | 47 | 54 | 68 | 68 | 68 | 76 | 73 | 77 | 70 | 87 | 71  
Nov/18 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Maio/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

559b.1f5b.2a94.fb62.8c7a.dbfa.5057.190c.

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade			Valores		
Límites de ANEEL	Aproxim.	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	11,50	0,00	NOMINAL	220	
DI TRIMESTRAL	23,15				
DI ANUAL	48,30				
FIC MENSAL	7,57	0,00	CONTRATADA	202	
FIC TRIMESTRAL	15,34		LÍMITE INFERIOR	202	
FIC ANUAL	30,58		LÍMITE SUPERIOR	231	
DMC	6,28	0,20			
DIOR	10,00				
ATENÇÃO			Total	71,88	100,00
			Vale da EUSD (Ref. 07/2018) R\$ 19,74		
			Faturas em atraso		

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acido contine(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/12/2018 Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não exime a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam 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 decurso do prazo de 50 (cinquenta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.  
- Leitura confirmada





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.susep.gov.br/biblioteca/seus/DOCCONTRALACOFATIFC-1&CODIGO=29030>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ADEILTON JOSÉ DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.509.514 / 55,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ADEILTON JOSÉ DE SOUZA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.509.514 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: LOC. ENGENHO OLHO D'AGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA	Número: 65	Complemento: ---
Bairro: OLHO D'AGUA	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 22/04/2019

Assinatura do Declarante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 028.509.514-55 Nome completo da vítima: ADEILTON JOSÉ DE SOUZA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: ADEILTON JOSÉ DE SOUZA CPF: 028.509.514-55

Profissão: Agricultor	Endereço: Sítio Vila Olício	Número: s/n	Complemento:
Bairro: Area Rural	Cidade: Juarez Távora	Estado: PB	CEP: 58387.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 986127750	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco(237)        | <input type="checkbox"/> Itaú(341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil(001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal(104) |

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1500

CONTA: 35404

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo;

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: Juarez Távora PB 22/04/2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Israel de Souza Farias

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

EBC 001 V001/2018



## **PROCURAÇÃO**

**Outorgante:** ADEILTON JOSÉ DE SOUZA, brasileiro, estado civil: união estável, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Vila Olicio, s/n, bairro: área rural, Município de Juarez Tavora, Estado da Paraíba, Cep. 58387-000, portador do Rg. nº 28.186.835-7 SSP-RJ e CPF nº 028.509.514-55

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA Cep : 58125 000 portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ADEILTON JOSÉ DE SOUZA, ocorrido em 02/01/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza: INVALIDEZ

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

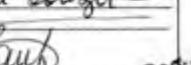
Joséy Tábara - PB, 22 / abril de 2019.

**Adults You like You**

## **Outorgante**

CPF N° 028.509.514-55

**"RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE"**

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE JUAREZ TÁVORA - PB	
Av. Adalberto Pereira de Melo - S/N - Centro - Juarez Távora - PB	
E-mail: cartoriojuareztavora@gmail.com	
<b>RECONHECIMENTO</b>	
Reconheço a(s) firma(s) do	
<i>Adelmo José de Souza</i>	
Como:	Sinal Públco <input checked="" type="checkbox"/> Autenticidade <input type="checkbox"/> Semelhança
Juarez Távora, PB	<i>Adelmo</i> 22.04.2019
SELO NORMAL	A1KG3919-3LDR
SELO DIGITAL N°	
Consulte a autenticidade: <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a>	
 <b>Irene Alverde Melo</b> <b>ESCRIVANA</b> <b>JUAREZ TÁVORA - PB</b>	





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-163 (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA N° 000066/19

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000066/19 registrada em 08/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:33 horas, compareceu o Sr. ADEILTON JOSÉ DE SOUZA, com 40 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e ILZA DEIOLINDA DE SOUZA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, União Estavel, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 28.186.835-7, expedido pela SSP-RJ, com C.P.F. de N° 02850951455, residindo à rua SITIO CAIXEIRO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de JUAREZ TÁVORA - PB.

**Declarou que:**

Informa o comunicante, que por volta das 15h00min do dia 02.01.2019, estava se deslocando do Sítio Caixeiro em direção a cidade de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 FAN, ano/modelo 2018/2018, cor vermelha, chassi n° 9C2KC2200JR014284, de placa QSE-2056/PB, licenciada em nome de Pedro Bernardo da Silva, quando foi surpreendido por outra motocicleta de marca, cor, placa e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, tendo o comunicante desviado um pouco na tentativa de evitar o acidente mas mesmo assim foi atingido na parte frontal e foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido do acidente, caso o mesmo seja identificado; Que, o comunicante está impossibilitado de apresentar a Declaração do Proprietário do veículo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 8 de Abril de 2019

ADEILTON JOSÉ DE SOUZA

Declarante

José Alberto do Nascimento  
Escrivão de Polícia  
JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



**Loterias CAIXA**

1ª VIA

**Loterias CAIXA**

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OVIDORIA 0800 725 7474

113-483095561-8

23/ABR/2019

HORA DF 10:10:36

LOT: 13.011820-6

TERM: 012477

LOCALIDADE: JUAREZ TAVORA

AG. VINCULADA: 1100

CONTROLE: 615085762

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1100 013 00035404-8

ADEILTON JOSE DE SOUZA

VALOR : 10,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

113-483095561-8

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Paro a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome... *Israel Souza Faria de Souza*  
Loc. Nasc. *Georgina* Est. *PB* Data *16/04/78*  
Filho...  
Doc. Nº *12.20.106.025.7120*

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado ..... Nasc. .....  
Obs.: .....  
Data Emissão *17/03/12*

Assinatura do encionário

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



2ª VILA

Número *30.679* Série *020 PT*

ASSINATURA DO PORTADOR

*Odílio Souza de Souza*

9

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome.....

Doc. ....

Nome.....

Doc. ....

Nome.....

Doc. ....

Est. Civil. ....

Doc. ....

Est. Civil. ....

Doc. ....

Nascimento. ....

Doc. ....



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343077100000022181755>

Número do documento: 19072200343077100000022181755

Num. 22867550 - Pág. 5

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO  
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA/55 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA  
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AD-71)



Licença: MONOPÓLICO  
Cle/Sed: REB-MTC-B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 5-77- 614-290 Referência: Abr/2019  
Medidor: 00008716750 Emissão: 09/04/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA  
91200 Km26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - 08P60071490  
CNPJ: 09.095.183 / 0001-40 ins. Est: 16.013.820-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0203.090.423  
Cód. para Det. Aximática: 00017321514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	093.510.564-06 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

#### Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na Lei 12.207 de 23 de julho de 2009,  
informamos a autuação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora verificados no ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração subservirá, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quais se seguem os faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere e dos anos anteriores.  
Já conectou a sua rede social? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
11/03/19 3784	09/04/19 9939	1	144	29

Demonstrativo										
001	Descrição	Quantidade	Tarifa pr.	Valor Base Cofre	Alq. Icms(R\$)	Icms(R\$)	Este Cofre	Faz(R\$)	Cofre(R\$)	
0501	Consumo em kWh	-144.030	0.854400	123.03	123.03	27	33,21	123.03	1,33	8,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUÇÃO ILM PÚBLICA	1,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 02/2019	9,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 02/2019	2,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

001 Código de Classificação de Item TOTAL 128,41 123,03 33,21 123,03 1,33 8,14  
Tabela de Tributos 0,571770

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
127 11/05/2019 R\$ 128,41

#### Histórico de Consumo (kWh)

118 | 101 | 113 | 112 | 105 | 114 | 130 | 140 | 151 | 176 | 123 | 130  
Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19

#### RESERVADO AO FISCO

a669.29ee adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

#### Indicadores de Qualidade 2/2019-Area

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG-MENSAL	6,47	0,00
DIG-TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL
DIGANUAL	35,60	
FIC-MENSAL	2,42	0,00
FIC-TRIMESTRAL	6,86	CONTRATADA
FICANUAL	13,79	LIMITE INFERIOR
DMC	9,80	0,00
DICRI	12,44	LIMITE SUPERIOR

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energética	28,21	22,75
Compra de Energia	41,63	33,46
Imposto de Importação	4,26	3,34
Encargos Refinaria	0,91	0,71
Encargos Diretos e Encargos	46,08	36,93
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	128,41	100,00

Valor do IEDS (Ref. 2/2019) R\$ 38,69

#### ATENÇÃO

Abriu Verde, #ChegadaAcidente de Trabalho

#### Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 00243.900172 1 78860000012841

PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 093.510.564-06  
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000

Nosso Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Paga  
26249120000143800 001732151201904 11/05/2019 R\$ 128,41

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA CNPJ 09.095.183 / 0001-40

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** ADEILTON JOSÉ DE SOUZA, brasileiro, estado civil: união estável, profissão: Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Caixeiro, S/N, Área Rural. Município de Juarez Távora - PB, Estado da Paraíba, Cep 58387-000, portador do Rg. nº 28.186.835-7 SSP/RJ e CPF nº 028.509.514-55.

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

**Poderes e fins:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juizo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 22/07/2019.



Assinatura do outorgante



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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

**PRONT (B.E) N°:1805514 CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Maitinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58243-2809 Data: 02/01/2019

Bolelin de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: ADELTON JOSE DE SOUZA

Endereço:SITIO CACHOEIRA

Cidade:Juarez Teóvora

Nome da Mãe: ILZA DIOLINDA DE SOUZA

RG: 201060357 Idade:340

CPF: N.º:0

Profissão:AGRICULTOR

Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Sat02

Responsável: \_\_\_\_\_

Estado Civil:União Estável

Data de: Atend:02/01/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 17:35:24

CRM:

Especialidade:

Sexo:M

Telefone: 98178477

Nascimento:15/04/1978

Endereço:SITIO CACHOEIRA

Cidade:Juarez Teóvora

Nome da Mãe: ILZA DIOLINDA DE SOUZA

RG: 201060357 Idade:340

CPF: N.º:0

Profissão:AGRICULTOR

Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Sat02

Responsável: \_\_\_\_\_

Estado Civil:União Estável

Data de: Atend:02/01/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 17:35:24

CRM:

Especialidade:

Sexo:M

Telefone: 98178477

Nascimento:15/04/1978

Endereço:SITIO CACHOEIRA

Cidade:Juarez Teóvora

Nome da Mãe: ILZA DIOLINDA DE SOUZA

RG: 201060357 Idade:340

CPF: N.º:0

Profissão:AGRICULTOR

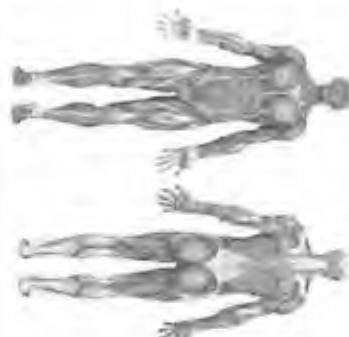
Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Sat02

Responsável: \_\_\_\_\_

Estado Civil:União Estável

Data de: Atend:02/01/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

OBS FICHA:  
MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crcptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entusísmo subcutâneo
10. Envenenamento
11. Equimose
12. Falsa ferida
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Corrente
16. F. Contuso-contuso
17. F. Perfurador-contuso
18. F. Partiu-roto-pente
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguiramenta venosa
23. Laceração
24. Lesão contínua
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto enterrado
29. Otorrênia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parafasia
33. Quemadura
34. Rincorragia
35. Sinal de Itiquinia

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º GrauDIAGNOSTICO / CID: *Pelv + cou mo*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*Dra. Dr. T. J. Souza Farias*  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Endoscopista: \_\_\_\_\_  
Data: 02/01/2019

02/07/2019

EVA RECCHIUMAIO TRABECER VERGOGNA

HTCG-Painel Administrativo

um. 22867552 - Pág. 2





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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Adilson José da Silva	
End:	Sítio Coqueiro	Bairro:
Data de Nascimento:	06.02.48	Documento de Identificação:
Queixa:	Cac. de	Data do Atend.: 02.01.18 Hora: 04:30 Documento: Tavares
Acidente de trabalho?	( ) Sim	(X) Não

*urso*

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

MOD. 110

### Estratificação

*Pau*  
(X) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

*Assinatura e carimbo do profissional*

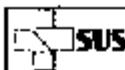




Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343195800000022181757>  
Número do documento: 19072200343195800000022181757

Num. 22867552 - Pág. 4

Data da Internação: 02/01/2019 Hora: 19:51:35



Sistema Memória  
União da da  
Brasil São Paulo

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <b>ADEILTON JOSE DE SOUZA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1805597</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>700007609503104</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>16/04/1978</b>	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ILZA DIOLINDA DE SOUZA</b>		10 - TELEFONE DE CONTATO PFB 83 988178477	
11 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) <b>SITIO CACHOEIRA , 0 , ZONA RURAL</b>		12 - CÓDIGO MUNICÍPIO 13 - UF 14 - CEP <b>Juarez Távora 250760 PB 58387000</b>	
15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Nefrite, gástrica, díarréa, constipação, febre, dor abdominal.</i>		16 - JUSTIFICATIVA DA INTERRAÇÃO <i>Fevr. - do fígado, febre, dor abdominal.</i>	
17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERRAÇÃO <i>Acidente de trânsito.</i>		18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame toxicológico.</i>	
19 - PRINCIPAIS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA (DOCUMENTOS DE EXAMES REALIZADOS)		20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>Acidente de trânsito.</i>	
21 - CID 10 PRINCIPAL <b>O2</b>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CRUZAS ASSOCIADAS <i>Exame toxicológico.</i>	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exame toxicológico.</i>		25 - DESCRIÇÃO DO PROcedimento INTRADISCIPLINAR <i>Exame toxicológico.</i>	
26 - CLÍNICA 27 - CAMPANHA DE INTERNAÇÃO <b>02</b>		28 - DOCUMENTO 1 X CNES 1 X CPF <b>190005316860006</b>	
29 - NOME DO PROFISSIONAL PRACTICANTE/ASSISTENTE <b>ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES</b>		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 31 - ASSINATURA E CAMPANHA 01 DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>02/01/2019</b>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO		33 - N° DO BILHETE 34 - SÉRIE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		36 - CNPJ DA SEGURODORA	
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - CNPJ EMPRESA	
39 - VÉHICULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR		40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CBO	
( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO		( ) ABSENTADISTA ( ) NÃO-SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - N° DO DOCUMENTO/CNS/CEPP/ ID PROFISSIONAL AUTORIZADOR 1 X CNES 1 X CPF	
44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTRUAÇÃO HOSPITALAR 46 - ASSINATURA E CARIMBO (NP DO REGISTRO ID CONSULTOR)	



*Assinado digitalmente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:32  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343195800000022181757  
Número do documento: 19072200343195800000022181757*



Datas da Imagem: 02/01/2019 Horas: 19:51:35

AUGUSTA





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Adilton José de Souza Idade: 40 anos  
Convênio: SUS Data: 18-01-18  
Procedimento: Fissões de fratura zigomática

Cirurgião: Dr. Camila Auxiliar: Dr. Roberto Anestesista: Dr. Valdeciro

Início: 08:30 Término: 12:00 Anestesia geral

#### **Observações:**

Assinatura-Anestesista

Circulante

## **Relatório de Operação**

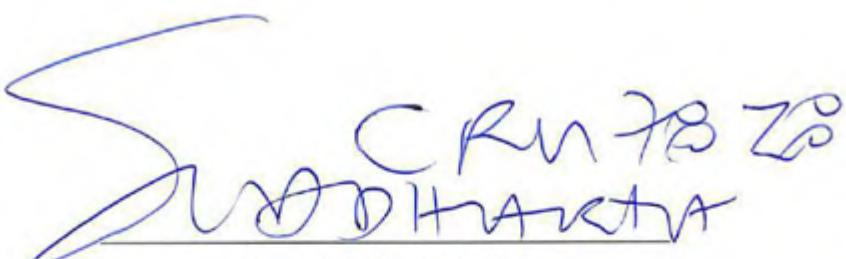
MOD. 103





**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
*( Critérios para altas da SRPA)*

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	2	2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2	3	2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2	2	2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	1	2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>	9	10



Assinatura do anestesista



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Adéltan José de Souza Pro 16/04/48

QI

LEITE

CONVÉNIO

Salv

IDADE

REGISTRO

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Módulo da

Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga FernandesCIRURGIA Fractura zigomática  
anterior

CIRURGIÃO

Dr. J. S. Oliveira + Dr. Ramil

ANESTESIA

ANESTESIA

General Tensipr. Dr. Valdecius

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

Dr. M.R. 18/01/19 8:30 12:00

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

01 Atropina amp. proposta

Catet. p/ Oxi.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp. proposta

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. proposta

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp. proposta

Compressa Pequena

Catgut Simples

Diamidr. amp. proposta

Coloide

Catgut Simples Serlix

Diamidr. amp. proposta

Dreno

Catgut Simples Serlix

Fenegam amp. proposta

Dreno Keir nº

Catgut Simples Serlix

Fentanil ml. proposta

Dreno Penrose nº

Cera pl. osso

Fentanil ml. proposta

Dr. Pezzer nº

Ethibond

Ketalar ml. proposta

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Mercaina % ml. proposta

Equipo de Macrogotas

Elhibond

Nubatin amp. proposta

Equipo de Sangue

Fio de Algodão Sertix

Pavulon amp. proposta

Equipo de PVC

Fio de Algodão Sertix

Proligmid amp. N.N. proposta

Esparadrapo Larco cm

Fio de Algodão Sutupak

Proloxa 1ml. proposta

Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Queloin ml. proposta

Gase Pacote cl 10 unidades

Fita cardíaca

Rapifen amp. proposta

H2O ml

Mononylon

Thionembutal ml. proposta

Intracalh. Adulio

Mononylon

Tracrium amp. proposta

Intracalh. Infantil

Prolene Sertix

Qtd. MEDICAÇÕES

Lâmina de Bisturi nº 23

Prolana Sertix

0.6 Água Destilada amp. 01 proposta

Lâmina de Bisturi nº 12

Prolene Sertix

0.9 Decadron amp. 03 proposta

Lâmina de Bisturi nº 15

Prolene Sertix

0.1 Dipirona amp. 03 proposta

Luvas 7.0

Vicryl Sertix

Flaxidol amp. 04 proposta

Luvas 7.5

Vicryl Sertix

Flebocondil amp. 02 proposta

Luvas 8.0

Vicryl Sertix

Geramicina amp. 02 proposta

Luvas 8.5

Vicryl Sertix

Glucose amp. 02 proposta

Colgálio 1ml

Vicryl Sertix

Glucosol Calcio amp. 02 proposta

Polifix

Vicryl Sertix

Hemaccel ml. proposta

PVPI Degemante ml

Vicryl Sertix

Heparema ml. proposta

PVPI Topico ml

Vicryl Sertix

Kanakion amp. proposta

Sabão Antiséptico

Vicryl Sertix

Lack amp. proposta

Saco coletor

Vicryl Sertix

Medrotinazol. proposta

Seringa desc. 10 ml

SG Normotônico fr 500 ml

Plasitamp proposta

Seringa desc. 20 ml

SG Bétafrôn fr 500 ml

Prolamina proposta

Seringa desc. 05 ml

SG fr 500 ml

Revivan amp. proposta

Sonda

Regras Materiais de

Siquipan amp. proposta

Sonda Nasogástrica

Orteze e Prótese

0.1 Nisoldina (1) Vasoconstrictor proposta

Sonda Uretral nº 12

plastisol 014 furos 100 +

0.1 reperfusão proposta

Sterodren ml

SG Hiperfônico fr 500 ml

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Torneirinha

plastisol 014 furos 100 + extensão

0.3 Agulha desc. 25 x 7

Vaseline ml

tela de Tikhonovas

0.3 Agulha desc. 28 x 28

Galcon 18

Parafuso

Agulha desc. 3 x 4.5

Latex 20 ml

EQUIPAMENTOS RAYZONIC KLINIC

Agulha pi. raque nº 1

Seringa desc. 10 ml

(+) Oxímetro de Pulso

Alcool de Enfriamento 100%

Serra

(+) Foco Auxiliar

Álcool Iodado 1ml.

Destilador

(+) Eletrocautério

Ataduras de Crepon 20 cm

Foco Frontal

(+) Oxicapnôgrafo

Ataduras de Crepon 20 cm

Fonte Central

(+) Cardiomonitor

Ataduras de Crepon 20 cm

Folha

(+) Perfurador Elétrico

Elizabeth Lopes de SOBRALTE RESPONSÁVEL

COREN-PB 1.201.551-TE

MCD 066

61-10-08-1  
91-5

701 16-V  
D-18

80/04/18 V:30  
91:5





A. COSTA COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTADUAL 16.123.801-7

Rua João Quirino, 548 - Catolé - Campina Grande - Paraíba - CEP: 58410-370 - acimplantes@outlook.com.br

**Fones: 83 3337.3628 / 3337.6573 - Fax: 83 3337.3510 - TeleVendas: 0800 281 7161**

Paciente: Adelton José da Cunha  
Hospital: Umuarama H. Grandi  
Médico: Dr. Camila Dr. Roberto  
Procedimento: Fístula e ginecologia obstétrica

Data da Cirurgia: 12 / 01 / 2019

Prontuário: 1905614

Convênio: —

Código Proc.:

Controle Cirúrgico

Quant.	Descrição do material utilizado	Loté	Cod. Anvisa
01	placa 4 furos 4x6		
01	placa blanca curva 1DF		
01	parafuso n° 12		
01	placa oval lado furo + parafuso e. extensão		
01	placa reta 4 furos		
01	Tela de Tijolos		
01	parafusos n° 05		
06	parafusos n° 12		
10	1 x 2 n° 07 Caixa 2.0		
01	placa reta e. extensão 1DF QX 1.5		
04	parafusos n° 06 QX 1.5		
06	1 x 2 n° 05 QX 1.5		

1625

Verificado por: Juan Carlos Circulante: Elizabeth

Médicos

Gráfica Havet 83 1115 3053



place to fit  
flavorful  
and

and the new notable  
changes. I am not  
sure if they're all  
notable changes.

~~to do~~ ~~do~~ ~~do~~



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Sala 2

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO <i>1805514</i>
FOLHA DE ANESTESIA		NAME <i>Adulto Júnior de Souza</i>			IDADE <i>41</i>	SEXO <i>M</i>	COR
DATA <i>18/01/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
	TIPO SANGUÍNEO	HEMOCÍTAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de Zigoma</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO <i>RSA II E</i>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>O<sub>2</sub> Uretofase Propofol</i>				INDUÇÃO		
	<i>(50) (80) (60) (50)</i>				Satisfez: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
LÍQUIDOS					Laringo espasmo: _____	Lenta: _____	
					Náuseas: _____	Vômitos: _____	
				Outros: _____	MANUTENÇÃO		
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSICO: O - OPERAÇÃO	<i>50/80 140/100/100/100/100/100/100/100/100/100</i> <i>ETCO<sub>2</sub> 36-38-38-38-38-38-38-38-38-38</i>				① Aforâmetro 01	ANESTESIA SATISFEZ: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	<i>140 120 100 80 60 40 20</i>				② Urtivo 01	<i>Há, por quê?</i>	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>No</i>				③ Decada 01	<i>060 ml 01</i>	
					④ Injeção 02	<i>0700 ml 01</i>	
POSIÇÃO					⑤ DODina 01	<i>0700 ml 01</i>	
					⑥ Nasodriza 01	<i>0700 ml 01</i>	
AGENTES	<i>Fresenfeld Zang + Locam 50g</i>				DESPERTAR		
	<i>Anestesia Geral balanceada</i>				Reflexos na SD		
TÉCNICA					Obstr.: _____	Co.: _____	Excit.: _____
					Náuseas: _____	Vômitos: _____	
OPERAÇÃO	<i>Intervento urgente Fratura de Zigoma</i>				Outros: _____		
					Com cânula:		
CIRURGIÕES	<i>Roxoto</i>				Para o Leito: Sim _____ Não _____		
	<i>valtellum abra</i>				CONDIÇÕES:		
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		
MOD. 988							
FOLHA DE ANESTESIA - SRPB							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

三〇四〇



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

## DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO



GOVÉRNO  
DA PARÁIBA

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



**AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO**

NOME: Adelilton José de Souza IDADE: 40 SEXO: M  
MOC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: 03/01/19

**1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:**

Assintomática  Sintomática  Oligosintomática

**SINTOMAS:**

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia                                     | <input type="checkbox"/> Tontura                               | <input type="checkbox"/> Sincope      |
| <input type="checkbox"/> Dispneia de esforço                          | <input type="checkbox"/> Grande                                | <input type="checkbox"/> Pequena      |
| <input type="checkbox"/> Palpitações                                  | <input type="checkbox"/> Média                                 | <input type="checkbox"/> Orthopneia   |
| <input type="checkbox"/> Dor Precoordial                              | <input type="checkbox"/> Tosse Seca                            | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| <input type="checkbox"/> Relacionada <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Tipica                                | <input type="checkbox"/> Atípica      |
|   | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: \_\_\_\_\_

**2 - DOENÇAS EM CURSO:**

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

**3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:**

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

Medicamentos em uso  Não  Sim ?

**4 - EXAME FÍSICO:**

Estado Geral  Bom  Regular  Comprometido  Precário  Altura  Peso

Cardiovascular - Comentários: RCA, ET, SA

96 b.p.m P.A.: 100/60 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: \_\_\_\_\_

Abdômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros inferiores - Comentários: \_\_\_\_\_

**5 - E.C.G.:** normal (c/ interferência)

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

**6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:**

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

Obs.: \_\_\_\_\_

Ass. do Médico

*[Assinatura]*  
Dr. Israel de Souza Farias  
CRM-PB 000000022181758

00000





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS**  
**GONZAGA FERNANDES**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sr(a): ADEILTON JOSE DE SOUSA      Protocolo: 0000445675      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ      Data: 12-01-2019 15:07      Origem: CLINICA ORTOPEDICA I  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 40 anos      Destino: ENF 10 - L 02

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 12/01/2019 15:05 ]

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.23 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	12,6 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	4.200 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	168
Segmentados.....	52,0	2.184
Eosinófilos.....	1,0	42
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	40,0	1.680
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	126
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	439.000 mm <sup>3</sup>	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup> 140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão  
 Biomédico  
 CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C4BF-EB08-E68C-2472-8408-5038-320B-EB16



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 22/07/2019 00:34:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343257200000022181758>  
 Número do documento: 19072200343257200000022181758

Num. 22867553 - Pág. 4

Emissão : 12/01/2019 16:15 - Página 1 de 1

**RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

DATA: 06/07/2019  
IDADE: 61 ANOS  
SEXO: MASCULINO  
DN: 32109178 PRONT. N°: 1005392  
PROCEDÊNCIA:  
ALTA: 3011119

motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

paciente refere ter tido febre de origem materno-infecção predominante genc. bact. agudamente intensa em face, hematemese, vômito, constipação, com sangue de origem anal palpável direto, acompanhado insistentemente de dor abdominal.

resultado dos principais exames

Teste de rotina (hemograma)

Situação e complicações

Paciente evolui com epilepsia e infarto na artéria tibial anterior (músculo)

Terapêutica realizada

Admissão à enfermaria com fluxo de urina estagnada

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Até o momento diagnosticado: infarto tibial + hemorragia epidérmica.

Ensaços médicos para pacientes / exames

- Exames de rotina
- RTG - tórax / abd.
- Radiografia ur. tibial
- Hemograma
- Urina
- Coagulação

dições de alta

- Curado  A pedido  Óbito  Melhorado  Inalterado
- Transferido para:

Órgão - Hospital, 30/07/19

J. L. Borges dos Santos 54021  
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba  
Tribunal de Contas 5401



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

*Ast. comp. zigzagatus* (D.) +  
*zigzagata* (C) + *marike* (D)



Adilson José da Silva

- 1- Dáta líquida / parada a falar
- 2- não é latim alto
- 3- Tudo em EV. (24/4)
- 4- Depois, se puder + o M&A) EV. (6/6)
- 5- Impressionante EV. (8/8)
- 6- Embora errado X
- 7- DSW + CC GC

José Ricárdio dos Santos Souza  
Residente da Cunha  
www.josericardicosantos.com.br  
C.R.C. 22867553





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



## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que \_\_\_\_\_

foi atendido (às) hoje, às \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
horas, necessitando de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID \_\_\_\_\_

Campina Grande, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico - CRM Nº

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



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343257200000022181758>  
Número do documento: 19072200343257200000022181758

Num. 22867553 - Pág. 8

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7-3

H. corp. Zdrojnice - Chitavice (D) +  
Zámeček (S) & Manice (D)



19.01.19 ~ 08hs ~ PA: 130 e 80 mmHg - operários SS W; medicos conforme prescrição médica, reali-  
-zados cuidados gerais

Camila Adelaine Volney  
TEC. ENFERMAGEM  
COREN-PB 831.249

19/01/19 ~ 20hs ~ PA: 150x100 mmHg - operários SS W; medicos conforme prescrição médica

Camila Adelaine Volney  
TEC. ENFERMAGEM  
COREN-PB 831.249



**SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

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

Diagnóstico

St. M. Camp - Zimmerman's Landing  
② • 2nd home & 4th house / 12

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



58 praticou administração na sua sede, cedendo os bens aos 3545, momento suspeito de contratação, mas  
oj dosvidade da defensoria; PA 320x80, 1500 m²  
34  
38 PA = 320x80  
01 Dólar Murphy  
38



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

2904 + (1) 2904



101149  
8:00hs  
Ponto observado  
SSU intanto PA: 20AB  
t: 36°C, poliente clamoroso  
com dolorosa sensação  
muscular negra e desidratada  
evidentes da conjuntivite.

Ponto de observação  
Assinado por:



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Hutter JR | Registro: | Leito: 7-3 | Setor Atual: M

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO<sub>2</sub>: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

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

Obs:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele:  Corada ( ) Hipocondra ( ) Glaúco ( ) Sudorese ( ) Erva + 1 Alergida.  
 Tempo de encharcamento capilar: ( ) ≤ 3 segundos, ( ) > 3 segundos ( ) Turvagem jugular +  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: / Nítida ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Mercapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: *MSE* Data da punção: *16/01/19*  
 Edema: ( ) MMSS ( ) MMIL ( ) Face ( ) Anasarca. Observações.

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**

Reco sonárico:  Notável ( ) Enmagrecido ( ) Sacudido ( ) Obeso.  
 Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Fissada.  
 Alimentação: ( ) VNO ( ) BNG ( ) ISNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPO. Dias: \_\_\_\_\_  
 Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Diarréa ( ) Outros.  
 Abdômen: ( ) Normotônico ( ) Distendido ( ) Tensão ( ) Asciótico ( ) Cutílos.  
 RHA: ( ) Normocelícos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal: ( ) normais ( ) líquidas ( ) Constipação ( ) dias ( ) Outros.  
 Eliminação urinária: ( ) espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD. Débito: \_\_\_\_\_ ml/h.  
 Apresenta: ( ) outros: \_\_\_\_\_ Observações:

**INTERAÇÕES FÍSICA E PSICO-ANATMOCÓSICA**

Gonorréia de pele: ( ) Presente ( ) Ressecado ( ) Ecchimoses ( ) Hematomas ( ) Escorições + *todas*.  
 Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Invadida + *lúpulas* + *hemorragias* Turgor da pele: ( ) Fracassado  
 Condições das unhas: ( ) Unidas ( ) Brancas *Hiperplasia da cutícula* ( )

Inchaço crônico: ( ) Local/Aspecto: Curaativo em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Precoce: ( ) Hipofisiectomia Curaativo em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Morte de preceitos: ( ) Existem Local: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_ Curaativo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Eliminação urinária: \_\_\_\_\_  
 Comportamento: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependentes. Observações:  
 Higiene corporal: ( ) Adequada ( ) Insatisfatória ( ) Muito má ( ) Gostaria ( ) Insatisfatória.  
 Limpeza íntima: ( ) Incerto ( ) Cadeira na mesma ( ) Nenhuma

**SONO E REPOSO**

( ) Preservado ( ) Reduzido ( ) Durma durante o dia ( ) Sonolento. Observações:  
 4 - AVAIS DE ATIVIDADES REFERIDAS PELA DIAPOSITIVA

**QUALIGEIA, RELAXA/JUA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

Comunicação: ( ) Frustrada ( ) Prejudicada ( ) Sentimental e compreensiva ( ) Satisfeita ( ) Modo:  
 1 - Ansioso ( ) Ausência ou semelhante ( ) Nenhuma

5 - RECOMENDAÇÕES PROGESSIVAS

**REFLEXÃO / CONSCIENTIZAÇÃO E/OU ESPIRITUALIDADE**

Tipo: \_\_\_\_\_ ( ) Nenhuma ( ) Mais de quanto. Observações:

INTL. CORRÊNCIAS

*Paciente quis-se vir visitar duplo em obs d'uti nega em observação e aos cuidados do lequept*

Certidão e assinatura do Enfermeiro: *AB* DATA: *17/01/19* HORA: *15:59*

CORRENTE ASSISTENCIAL  
ELENCO DE ENFERMEIROS  
Geraldo P. Batista

#### Centro e Sistemi di Informazione

*[Signature]*  
CORN, AGS, 5528P  
CHEREMEKA,  
G. B. P. D. M.

DATA: 17.01.19

HORA: 15:59

TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DA AUTORIDADE MUNICIPAL.



fit error (B) + noe? ok

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



particular value can also be used to calculate the probability of a particular outcome occurring given some initial conditions.

16.01.19 - 08H - Química no mundo. Produtos em HSE. Tópicos MP. Formas  
- Fazendeira concentração, com base na equação.

-480-611091



2011 + 1, 1620

九

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



15-01-2019

08:00 Paciente sul consciente, orientado,  
PA 92x80, supremo, delirio, H.C.P.M., segue  
os cuidados. Socorre rec. comprometido

15/01/19 120180

Paciente estrela sem  
queixas no momento  
exame



ORTOPEDIA 1  
LEITO 10-1  
Nº PRONTUÁRIO: 1805597  
ADEILTON JOSÉ

7-3

FX BARTON VOLAR

LEITO 10-1

- 14/1
- 1 DIETA LIVRE
  - 2 JELCO SALINIZADO
  - 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
  - 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN
  - 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
  - 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
  - 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ *Dr. CK*
  - 8 FISIO MOTORA
  - 9 SSVV+CCGG
  - 10 Alta: 005 PTA001; duplo de  
*outro lado*; 000 undolar  
der BMS.

14/1  
1. BCG, esteril. S/ infecção  
2. VPM: Alta: duplo, dg do sangue  
3. ANE + Analgésico + Anticoagulante + suorante + fundo de urinário -  
4. Dr. Everleny Meira  
MR Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9900

6. Fazer medicação

10. Alta: 005 PTA001; duplo der  
*outro lado*; 000 undolar  
der BMS.

Dr. Everleny Meira  
MR Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9900



14.05.19

PA:

paciente admitido na reunião 15:30, proveniente da sala extópica.  
paes: Tratamento capacitado, em uso de fluxo resumido, não possui quícloros.  
medicado conforme prescrição médica e magro sem ruidos da enfermagem.

Jennyfer Farias de Souza  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 1112517

14.05.19

PA: 190x80

paciente estava em consciente, orientado, sem intercorrências no momento  
segue norm quícloros, medicado conforme prescrição médica e magro sem  
sintomas da enfermagem. Jennyfer Farias de Souza

Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 1112517



ORTOPEDIA 1  
LEITO 10-1 N° PRONTUÁRIO: 0 1805597  
0 Adelito José

13/01

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN ~~34~~
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN ~~20~~
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ ~~(06)~~F
- 8 FISIO MOTORA
- 9 SSVV+CCGG

1

- ~~34~~
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
  - 5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN ~~34~~
  - 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN ~~20~~
  - 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ ~~(06)~~F

8 FISIO MOTORA

9 SSVV+CCGG

1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907

B2G, storred, xm intercon  
cls: v m

LEITO 10-1

0

Fx Boston Vole

Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907



21 horas → PA: 110 x 80 mmHg. Valéria  
nº

4P22081  
med. rotulada

16.00



## Diagnóstico

Fratura tibio  
fractura

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Acidente Docente JCS

Alojamento 10 Leito 1 Convenio

Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
		10/18	21/08	#ORTOPEDIA#	DTH:
1	DIETA LIVRE				
2	DIPIRONA				
3	DICLOFENACO 50MG 1 CP/VO 12/24HS/N				
4	TULC 20MG 1 CP/VO 6HS/SE DORMINTESA				
5	OMEPRAZOL 20MG 1 CP/VO 1HUM				
6	SSVV + COGS				
7					

ORTOPEDIA 1

LEITO 10-1

Nº PRONTUÁRIO: 0

0 Adilton José de Souza

12/01 1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MANHÃ

8 FISIO MOTORA

9 SSVV+CCGG

0

LEITO 10-1

DEG, estônia, dor abdominal

CD: VTR

Dr. Euler Patrício A. Cruz  
CRM-PB 9907

Dr. Euler Patrício A. Cruz

CRM-PB 9907

Bolson Votor



12/01/19 08:50

PA = 130 x 70 P=71

Poete Correia e  
agentado de Góis  
está o momento que  
esta encalado. Sua  
fase de encalado  
de conformação

12/01/19 21:00

PA = 140x70 P=72

Poete segue apos  
encalados para  
conformação

VERA LUIZA FARIAS  
CORRÊA-FB-203-185  
Assinado por



ORTOPEDIA 1  
LEITO 10-1

Nº PRONTUÁRIO: 0

0 Admitido para exame

11/1

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MAMMÁ
- 8 FISIO MOTORA
- 9 SSVV+CCGG

Dr. Euvaldo Mirel  
M.R. Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9900

- 1 DIETA LIVRE
- 2 JELCO SALINIZADO
- 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H
- 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN
- 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN
- 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN
- 7 OMEPRAZOL 20MG 01 CP VO EM JEJUM PELA MAMMÁ
- 8 FISIO MOTORA
- 9 SSVV+CCGG

Bruno Neto.

0

LEITO 10-1

Bruno Neto.  
BEC, univ, n/dmns

C.D.VPM

Dr. Euvaldo Mirel  
M.R. Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9900



110 x 80 mm Hg. Valéria  
21 horas -> PA: 120 x 80 mm Hg. Valéria

110 x 80





GOVERNO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
DE PARÁ HOSPITAL DE EMERGÊNCIA F. TRAJANO DOM LUIZ GONZ. - FERNANDES

DIAGNÓSTICO

The Sunday School

EDIHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
	Alojamento:		
<b>Prescrição Médica</b>			
Data			
02/01	1. Dieta <u>Liquida - Purífera</u>	Horário	Evolução Médica
	2. SRL 1500ml EV/24h + 500g p S/G 5%.	14- 15h	BGC estável s/ pressor
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	15- 18h	Drowsive e drowsy (+)
	4. Tlalitil 20mg + AD EV 12/12h	18- 21h	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum, dia 2, v/s	20- 21h	evol: levemente cianose (+)
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8- Clhexane 40mg SC/dia > Sintexim →		
	9. SSVV + CCGG		
	10. Acamp: C1 BMF.		
Alojamento:			
02/01	1. Dieta <u>Liquida - Purífera</u>	09- 10h	09- 10h
	2. SRL 1500ml EV/24h + 500g p S/G 5%.	10- 11h	paciente aquele minuto apresentando
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	11- 12h	alterna ligeira das pupilas e tempe
	4. Tlalitil 20mg + AD EV 12/12h	12- 13h	christmas ligeira marinha (E) e oligodiplopia e
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum, dia 2, v/s	13- 14h	alterna de micturientes escuras (D)
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	14- 15h	alterna fazendo excretar urina
	7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	15- 16h	"C" soluções para um "soft touch" mdc
	8- Clhexane 40mg SC/dia > Sintexim →	16- 17h	
	9. SSVV + CCGG	17- 18h	
	10. Acamp: C1 BMF.	18- 19h	
<b>EVOLUÇÃO</b>			
# OFTALMOLOGIA # 11h 12 min			
paciente vítima de acidente motociclistico item cagatata hé + dor. Supostamente rhombiano com a BMF L entedida. Pa- te relato que conseguiu ter alívio com oral do OD hé 2º dor e quando entrou não diplomou "monstro de sonque" e queixo -m de dor.			





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<i>Wheulton José de Souza, 40.</i>	Alojamento	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/01/19	Acetaminofen 500mg		

Prescrição Médica

Evolução Médica

Atividade:

AVL 5/10 → OD 20/200  
OE 20/20

relato: limitações de visão em OD

BD: OD HSC superior com hemorragia, conjunc-  
tiva venosa e hemorragia ómão macular.

CAF.

FO: VAC, EFC - 1 multiplex porto-hemorrágico,  
uma rede PPF irregular, hemorragias óm-  
âo conjuntiva venosa e hemorragia ómão macular.

OD: face contato com a FACCIA.

Mapamento de Retina e Retinopatia  
- edema da OD 3h30min em 10/10 com  
do perifílico no olho direito.

No momento, nenhum tratamento  
oftalmológico é indicado.

Sair com a BMR e etervino.

comune  
di Cervia

240

Avaliações de Bmf para previsão do  
desenvolvimento muscular da  
direita (Avaliação posterior com o utilizador  
início dum novo mês facim).

John Att. Dm. Wm. of

1003

Anatolia

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:34

<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343386700000022181760>

Número do documento: 19072200343386700000022181760

Num. 22867555 - Pág. 13





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

A PARÁIBA

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

Diagnóstico

Ex-Bontan Vdhr (2)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

cliente	Alojamento	10	Leito	✓	Convênio
<b>Evolução Médica</b>					
Data	Prescrição Médica		Horário		
10-01					
1	DIETAS Líquida - protéica	CIENTE			
2	HECO-SANHIZADO SRL 1000ML EV 12h + SCOM 500ML EV 22h	28 29			
4	DIPRONA 1G EV 6/6H	30 31			
5	TILATL 20mg + AD - EV 12/12h SN	S/N			
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H + SE DOR	S/N			
7	NAUSEBORT 1FR + AD EV 8/8H SN				
8	OMEPRAZOL 20MG VO JETUM	(0)			
9	SSVV + CCGG	CIENTE			
<b>10. Acamp. cl BNF</b>					
Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 14.000.000.0020					
Dr. Julio Vazeli Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 14.000.000.0020					

Ms. A. 1. B. 155

6228 HANDBUCH DER GEDICHTKUNST

10

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 00363CBM&RN-0320

100

Data  
10/07/159

Hora  
08:00

P.A  
530X500

paciente consciente, orientado  
medicamento conforme prescrição  
andar e deitar com cuidado  
de se desmanchar 1254 - 587.

~~10/07/159~~

10:00hs Dr. 140x90 ~~Maria da~~ Fortunato Soares  
COREN-PB 843.811-~TE







Diagnóstico

the last meeting of

45

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

WOD. 8

12:00

04.01.19.

PA : 180/80

✓ nctm H +

Pad. consciente, orientado.

Ag. correta. Fuci. C.R.H.

Ruborizado acrvo clavoso.

Maria do Socorro  
Téc. Enfermagem  
COREN: 203176

25/01/2019

25/01/2019

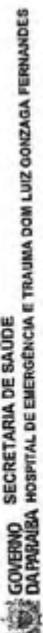


Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343460200000022181761>

Número do documento: 19072200343460200000022181761

Num. 22867556 - Pág. 5



DIAGNÓSTICO

**DIAGNOSTICO** Bioter. Veterinario -

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:		Leito	Convenção	Evolução Médica
	Prescrição Médica	Horário			
0601	1. Dieta Líquida (Líquido e gelado) 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilitri 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVN + CCGG	SND 12h 18h 06h 12h 06h 12h 06h 12h 06h 12h 06h 12h 06h 12h 06h 12h 06h 12h 06h			ECR, dor, náuseas, vômitos, febre, +.
					Não se queixa de dor, vômitos, febre, náuseas.
					Dr. Evaristo Menezes



Data  
06/01/49

Hora  
8:00

PA  
240x30

Paciente comunitário  
mudou-se para o bairro  
Imigrante, residindo no bairro  
do Ipiranga em Porto Alegre.





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**DIAGNÓSTICO** x **Pantom valen F**

Data 09/01/19  
Hora 8:00  
P.A. 130X90

Paulist Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Série Profissão Médico - Número da inscrição 1254-587.





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

## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

0%  
0%

Ex-jurado (E)

Paciente Adeilton José

Alojamento 10

Leito 10

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/01	Dreita direita Folhas Diferentes 500mg + ACTE 600mg Ticatuf 20mg +) AO EU 121200 SSNR + CCGC Correção da NCB Danos da Fase Tratar suspeita	07:00 17:00 18:00 19:00 20:00	PECO referente ao ferimento. Necessidade de cirurgia + significativa dissolução de tecido. Col: VENDE Salvo que seja de real BMS (regresso à anágua).  Hallisson Barros de Almeida
			ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562
			Hallisson Barros de Almeida ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 9562
			<u>Neurocirurgia</u> 05/01/19 06:00
			Cirurgia do cérebro / danos Neurotraumático queijo Geléia no lado direito com TC aponta lacerada. Sua lesão traumatizada profundamente / profunda mudança em sua
			<u>U.</u> Sua condição melhora Mudança evolução negativa nº alívio máxima por hemiparesia extrema em dia 03 dum dia a alívio máx. 100%.

MOD. 0



*8*  
Qualquer eventual alteração  
de projeto, deve sempre ser  
acertada, juntamente com o  
arquiteto, antes de qualquer  
execução.

QA = 300x60.

R\$ 4,00

040359




*04/07/19*
**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	<i>Adilson José de Souza</i>				
IDADE:	40	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /
SETOR:	<i>Amarela</i>				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	<i>Fx Pélvico</i>				
ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:	<i>Glucosuricos</i>	
DOENÇA CRÔNICA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>		DEAMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>			HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>		SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>		DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>AVIP</i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NAUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> <i>Rayssa K. S. Alves</i>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> <i>CPA/2019</i>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> <i>REV. 04-2019</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
	FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	<i>M+N</i>				
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	<i>S.W</i>				
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 6L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<i>S. Alves</i>				
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<i>S. Alves</i>				

MOD 125







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Chapitre 1

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:35  
<http://pjef.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907220034353370000022181762>  
Número do documento: 1907220034353370000022181762

Num. 22867557 - Pág. 5

1000, 0

03/07/19  
paciente estava sem queixas no momento daqueles  
do enfermeiro, imediatamente conforme prescrição  
médica.  
PA 120x80





**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

BOLETIM DE ENFERMAGEM						
NOME:	<i>Aleijton José de Souza</i>					
IDADE:	20	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	
SETOR:	<i>R - Amarela 10</i>					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	<i>Fr de rádio distal</i>					
ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	NORMOPOTENSO	HIPERTENSO			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE	INCONSCIENTE	ORIENTADO			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO	TAQUIPÉNICO	EUPNÉICO	BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL	POLÚRIA	OLIGÚRIA	SVD		
	DUSÚRIA	CISTOSTOMIA	ANÚRIA			
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO	S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA	HEMIAPLEGIA	PARESIA	RESTRITO NO PEITO		
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL: (DIETA)	VO	SNG	SNE			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO	OBESO	CAQUÉTICO		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <i>dieta 2g</i>					
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/>	CD/FR:					
<i>Maria Daguia Araújo Nitraga</i> <i>Enfermeira</i> <i>CORON 222415 - ENF</i> <i>CPF 000.000.000-00</i> <i>Almeida</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
	FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	07 20					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).						
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.						
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA)	continua					
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.						
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.						

MOD 125







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

franquia - bx. 00  
punkt (R)

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

or

A. F. A. José da Costa

Paciente | Alojamento | Leito | Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/07/2019	1. SAL 500 mg 1x/dia / 8/8h	00h	02/07/19 ALTE: UTI SINÔMICA S/ TRAQUEA C/ MORTALHA
3	Tiabat 400mg 1x/dia	00h	03/07/19 ESTAS DE BEBIDA ACOPLADA C/ MORTALHA
4	0.1% 200ml 8cc	00h	S/ FEVER E FRONTEIRA:
5	Dexamfetamina 40mg IV / dia	00h	00h MORTALHA
6	Sir + Viva	00h	03/07/19 REVISTA INTRODUTÓRIA POSSUI SINTOMAS DE FEBRE E DOR DE CABEÇA E ORL. PESQUISA: 3331 ORL: 3331
			SOL. EXS. / NEXO.
			MORTALHA
			02/07/19 # 1891 #
			02/07/19 ESTAS DE BEBIDA S/ FEVER, FRONTEIRA S/ ORL. SOL. EXS. / NEXO.







## **MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento  
11041

Hospital: de Emergência e Trauma de São Paulo - UTI  
Código: \_\_\_\_\_  
Procedimento: Teste de Coagulação de Protássio  
Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_  
Paciente: Adelton José da Silva  
Data da Cirurgia: / / Nº prontuário: 1803314 Convênio: \_\_\_\_\_  
Cirurgião: Dr. Juvencio Código: \_\_\_\_\_  Reposição  Caixa Pronta

## **DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

## **ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( 3,0 ) mm	Nº	16	18					
	Qtd.	00	01					
	Cód.							
Parafuso Cortical ( 4,0 ) mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTHÁBIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

**Condições de Pagamento:**

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodóro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521-4801 \* [www.bioimplants.com.br](http://www.bioimplants.com.br)





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Adilton José de Souza Idade: 40  
Convênio: SUS Data: 13/04/19  
Procedimento: T.C de fratura de rádio D.

Cirurgião: Dr. Juvêncio Auxiliar: Anestesista: Dr. Myson  
Início: 10:20 Término: 11:00 Anestesia Bloqueio de plexo

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

MOD. 103





**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
*(Critérios para altas da SRPA)*

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		9

Assinatura do anestesista



## **NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

PACIENTE: Adelton José de Souza  
QI: LBSITE CONVÉNIO

PR: 16/04/15578

REGISTRO  
40 1805514

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA  
RAFI  
ANESTESIA Bloqueio Plexo Bra-  
gual + Síndesmo  
INSTRUMENTAÇÃO DATA:

CIRURGIÃO *a*  
D<sup>2</sup> MUELENBO

S. Allison

INSTRUMENTADORA

DATA 13/01/15

[INICIO](#)

11:00

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO <i>1805574</i>																																																																																																																																		
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Adilton José da Souza</i>			IDADE <i>402.</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>Preto</i>																																																																																																																																		
DATA <i>13/01/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO <i>85kg</i>	ALTURA																																																																																																																																			
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS																																																																																																																																			
	URINA																																																																																																																																								
AP. RESPIRATÓRIO <i>nor</i>				ASMA <i>Ø</i>	BRONQUITE <i>Ø</i>																																																																																																																																				
AP. CIRCULATÓRIO <i>nor</i>				ELETROCARDIOGRAMA <i>PS</i>																																																																																																																																					
AP. DIGESTIVO <i>nor / Jejun (Ø)</i>	DENTES <i>OK</i>	PESCOÇO <i>OK</i>	AP. URINÁRIO <i>nor</i>																																																																																																																																						
ESTADO MENTAL <i>Consciente 15</i>	ATARAXICOS <i>Ø</i>	CORTICOIDES <i>Ø</i>	ALERGIA <i>Preto</i>	HIPOTENSORES <i>Ø</i>																																																																																																																																					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fr de rádio distal (Ø)</i>				ESTADO FÍSICO <i>SAI</i>	RISCO																																																																																																																																				
ANESTESIAS ANTERIORES <i>(SII)</i>																																																																																																																																									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA <i>—</i>	AS	EFEITO <i>—</i>																																																																																																																																			
<p><i>Wx20 11:00</i></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">ARITMIA ANESTÉSICOS <i>O3C</i></td> <td colspan="2"><i>500 ml</i></td> <td colspan="5">INLAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><i>500 ml</i></td> <td><i>500 ml</i></td> <td>Satisfe. <i>—</i></td> <td>Excit. <i>—</i></td> <td>Tosse. <i>—</i></td> <td>Laringo espasmo. <i>—</i></td> <td>Lenta. <i>—</i></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS <i>SFL</i></td> <td colspan="2"><i>500 ml</i></td> <td>Náuseas. <i>—</i></td> <td>Vômitos. <i>—</i></td> <td>Outros: <i>—</i></td> <td colspan="3">MANUTENÇÃO</td> </tr> <tr> <td><i>500 ml</i></td> <td><i>500 ml</i></td> <td colspan="6"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) R. Nitroglicerina 2g</li> <li>2) Dexametasona 10mg.</li> <li>3) Ranitidina 50mg.</li> <li>4) Furosemida 40mg.</li> <li>5) Dipirona 2g</li> <li>6) Alvedrona 8mg.</li> </ol> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">VP. ARTERIAL O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO</td> <td colspan="2"><i>120 80</i></td> <td colspan="6">ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>120 80</i></td> <td colspan="6">Não, por quê? _____</td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p><i>120 80 110 70</i></p> </td> </tr> <tr> <td>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>(SII)</i></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="5">DESPERTAR</td> </tr> <tr> <td>POSIÇÃO <i>ODA</i></td> <td colspan="3"></td> <td>Reflexos na SO: <i>—</i></td> <td>Obstr.: <i>—</i></td> <td>CO<sub>2</sub>: <i>—</i></td> <td>Excit.: <i>—</i></td> </tr> <tr> <td>AGENTES <i>Benzodiazepínicos e vaso-ativadores 73   Metformina + FNT + CFTA + Progesterona</i></td> <td colspan="3"></td> <td>Náuseas: <i>—</i></td> <td>Vômitos: <i>—</i></td> <td>Outros: <i>—</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TECNICA <i>Blugumus de FB acúbar quando por US + Sudamina</i></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4">Com cânula:</td> </tr> <tr> <td>OPERAÇÃO <i>Trau artigo de fr de rádio distal (Ø)</i></td> <td colspan="3"></td> <td>Paro o Leito: Sim _____ Não _____</td> <td colspan="3">CONDICIONES:</td> </tr> <tr> <td>CIRURGIOS <i>Dr. Allyson Souza</i></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>ANESTESISTAS <i>Dr. Allyson</i></td> <td colspan="3">Dr. Allyson Souza Barros Médico Anestesiologista CRM-PR 10.139</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>OBSERVAÇÕES</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.</td> <td colspan="3">PERDA SANGUÍNEA</td> </tr> </table>								ARITMIA ANESTÉSICOS <i>O3C</i>	<i>500 ml</i>		INLAÇÃO					<i>500 ml</i>	<i>500 ml</i>	Satisfe. <i>—</i>	Excit. <i>—</i>	Tosse. <i>—</i>	Laringo espasmo. <i>—</i>	Lenta. <i>—</i>	LÍQUIDOS <i>SFL</i>	<i>500 ml</i>		Náuseas. <i>—</i>	Vômitos. <i>—</i>	Outros: <i>—</i>	MANUTENÇÃO			<i>500 ml</i>	<i>500 ml</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) R. Nitroglicerina 2g</li> <li>2) Dexametasona 10mg.</li> <li>3) Ranitidina 50mg.</li> <li>4) Furosemida 40mg.</li> <li>5) Dipirona 2g</li> <li>6) Alvedrona 8mg.</li> </ol>						VP. ARTERIAL O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	<i>120 80</i>		ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____						<i>120 80</i>		Não, por quê? _____						<p><i>120 80 110 70</i></p>								SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>(SII)</i>				DESPERTAR					POSIÇÃO <i>ODA</i>				Reflexos na SO: <i>—</i>	Obstr.: <i>—</i>	CO <sub>2</sub> : <i>—</i>	Excit.: <i>—</i>	AGENTES <i>Benzodiazepínicos e vaso-ativadores 73   Metformina + FNT + CFTA + Progesterona</i>				Náuseas: <i>—</i>	Vômitos: <i>—</i>	Outros: <i>—</i>		TECNICA <i>Blugumus de FB acúbar quando por US + Sudamina</i>				Com cânula:				OPERAÇÃO <i>Trau artigo de fr de rádio distal (Ø)</i>				Paro o Leito: Sim _____ Não _____	CONDICIONES:			CIRURGIOS <i>Dr. Allyson Souza</i>								ANESTESISTAS <i>Dr. Allyson</i>	Dr. Allyson Souza Barros Médico Anestesiologista CRM-PR 10.139							OBSERVAÇÕES								ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		
ARITMIA ANESTÉSICOS <i>O3C</i>	<i>500 ml</i>		INLAÇÃO																																																																																																																																						
	<i>500 ml</i>	<i>500 ml</i>	Satisfe. <i>—</i>	Excit. <i>—</i>	Tosse. <i>—</i>	Laringo espasmo. <i>—</i>	Lenta. <i>—</i>																																																																																																																																		
LÍQUIDOS <i>SFL</i>	<i>500 ml</i>		Náuseas. <i>—</i>	Vômitos. <i>—</i>	Outros: <i>—</i>	MANUTENÇÃO																																																																																																																																			
	<i>500 ml</i>	<i>500 ml</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) R. Nitroglicerina 2g</li> <li>2) Dexametasona 10mg.</li> <li>3) Ranitidina 50mg.</li> <li>4) Furosemida 40mg.</li> <li>5) Dipirona 2g</li> <li>6) Alvedrona 8mg.</li> </ol>																																																																																																																																						
VP. ARTERIAL O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	<i>120 80</i>		ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____																																																																																																																																						
	<i>120 80</i>		Não, por quê? _____																																																																																																																																						
<p><i>120 80 110 70</i></p>																																																																																																																																									
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>(SII)</i>				DESPERTAR																																																																																																																																					
POSIÇÃO <i>ODA</i>				Reflexos na SO: <i>—</i>	Obstr.: <i>—</i>	CO <sub>2</sub> : <i>—</i>	Excit.: <i>—</i>																																																																																																																																		
AGENTES <i>Benzodiazepínicos e vaso-ativadores 73   Metformina + FNT + CFTA + Progesterona</i>				Náuseas: <i>—</i>	Vômitos: <i>—</i>	Outros: <i>—</i>																																																																																																																																			
TECNICA <i>Blugumus de FB acúbar quando por US + Sudamina</i>				Com cânula:																																																																																																																																					
OPERAÇÃO <i>Trau artigo de fr de rádio distal (Ø)</i>				Paro o Leito: Sim _____ Não _____	CONDICIONES:																																																																																																																																				
CIRURGIOS <i>Dr. Allyson Souza</i>																																																																																																																																									
ANESTESISTAS <i>Dr. Allyson</i>	Dr. Allyson Souza Barros Médico Anestesiologista CRM-PR 10.139																																																																																																																																								
OBSERVAÇÕES																																																																																																																																									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA																																																																																																																																				

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 22/07/2019 00:34:36

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343600400000022181763

Número do documento: 19072200343600400000022181763

Num. 22867558 - Pág. 7

Assinado eletronicamente  
por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/07/2019 00:34:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072200343600400000022181763>  
Número do documento: 19072200343600400000022181763

Num. 22867558 - Pág. 8



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

Nome do Paciente <i>Isaac</i>	Nº Prontuário	
Data da Operação <i>13/01/19</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Luiz Juvenal</i>	1º Auxiliar	<i>R. José Paulo</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>D. Alison</i>	Tipo de Anestesia <i>Prós.</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ortejado de Rodo E</i>		
Tipo de Operação <i>RAFI</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

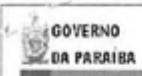
### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1. Acesso + Art. 5600</i>
<i>2. Desligá os canais esticos</i>
<i>3. Fissão da Mux</i>
<i>4. Drinque Pen Piora</i>
<i>5. Resegue dentro da Rodo</i>
<i>6. Desligá os filos 33 de ceno m</i>
<i>"T" + os 3 perfis contínuos</i>
<i>7. Sutura Pen Piora</i>
<i>8. Cerrado + Tava</i>
<i>Dr. Luiz Juvenal</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>0328 963771 EOT 15022</i>

Mod 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





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

PACIENTE:	ADEILTON JOSE DE SOUZA
DATA DO EXAME:	02/01/2019

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

**METODOLOGIA:**

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

**ANÁLISE:**

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

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

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

*Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.*

*Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*

Dra Ina Rossana L. Amorim  
CRM 4386







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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800861-02.2019.8.15.0031

**DESPACHO**

Vistos, etc.

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

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

Providências necessárias.

ALAGOA GRANDE, 25 de julho de 2019.

JOSÉ JACKSON GUIMARÃES

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 25/07/2019 08:37:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072508232770300000022285267>  
Número do documento: 19072508232770300000022285267

Num. 22977356 - Pág. 1