



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: GIVANILDO FERREIRA DE MELO, brasileiro, agricultor, com CPF nº 582.502.554-53, RG nº 119.6020 – SSP/PB, residente e domiciliado no Rua Onildo Ribeiro de Assis, s/n, Alto Conceição, Serra Branca-PB.

OUTORGADOS: THAYS KELLY TORRES ROCHA, brasileira, advogada inscrita na **OAB/PB** sob nº **16.961**, **VIRGINIA BRASIL JAPIASSU**, **OAB/PB 16.970** e **IGOR MEDEIROS GAUDÊNCIO**, brasileiro, advogado, **OAB/PB nº 17.485** com escritório no Centro Jurídico Desembargador Luiz Sílvio Ramalho, Sala. 101, Rua Estácio Tavares Wanderley, 265, Liberdade, Campina Grande - PB, podendo atuar em conjunto ou separadamente.

PODERES: O Outorgante acima qualificado, pelo presente instrumento particular de procuração, constitui e nomeia o outorgado supra mencionado como seu bastante procurador, a quem concede todos os amplos poderes da cláusula AD JUDICIA ET EXTRA em todas as ações em que for autor, réu ou oponente, ou de qualquer forma interessado, podendo transigir, desistir, receber e dar quitações, aqui incluídos depósitos recursais perante qualquer órgão judicial ou instituições bancárias, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei 7.115/83, firmar compromisso, concordar e discordar das descrições de bens, cálculos, impugnar dívidas, para tudo o que lhe concede o outorgante poderes para praticar todos os atos e usar os poderes permitidos em direito, inclusive o de substabelecer os referidos poderes.

HONORÁRIOS: Em caso de êxito, o (a) outorgante obriga-se ao pagamento de **30%** incidente sobre a vantagem econômica que advier da causa, quando o outorgante receber tal valor da parte adversa, valor esse que será pago diretamente aos advogados que atuarem no processo, conforme contrato com eles firmado, a título de honorários advocatícios.

Campina Grande, 13 de março de 2018.

Givanildo Ferreira de Melo

OUTORGANTE

Centro Jurídico Desembargador Luiz Sílvio Ramalho, Sala. 101, Rua Estácio Tavares Wanderley, 265, Liberdade, Campina Grande/PB/ Telefones: (083) 8816-7835 e (083) 9696-3709.



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 26/03/2018 11:46:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1803261133443500000012939974>
 Número do documento: 1803261133443500000012939974

Num. 13246863 - Pág. 1



DECLARAÇÃO DE NECESSIDADE

DECLARANTE: GIVANILDO FERREIRA DE MELO, brasileiro, agricultor, com CPF nº 582.502.554-53, RG nº 119.6020 – SSP/PB, residente e domiciliado no Rua Onildo Ribeiro de Assis, s/n, Alto Conceição, Serra Branca-PB.

Declara nos termos do Artigo 1º da Lei nº.7.115, de 29 de Agosto de 1983 (dispõe sobre prova documental), e Lei nº. 1050/1960, para fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que é necessitado na forma da Lei, não se encontrando no momento percebendo mensalmente importância financeira significativa, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu sustento próprio e de sua família.

Declara, ainda, ser convededor das sanções civis, administrativas e criminais, (Art. 2º da supra citada Lei) caso o presente documento não porte a verdade.

Campina Grande, 13 de março de 2018.

Givanildo Ferreira de Melo
(Declarante)

Centro Jurídico Desembargador Luiz Sílvio Ramalho, Sala. 101, Rua Estácio Tavares Wanderley, 265,
Liberdade, Campina Grande/PB/ Telefones: (083) 8816-7835 e (083) 9696-3709.



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 26/03/2018 11:46:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1803261133443500000012939974>
Número do documento: 1803261133443500000012939974

Num. 13246863 - Pág. 2

GIVANILDO FERREIRA DE MELO
RUA ONILDO RIBEIRO DE ASSIS, S/N, CASA - ALTO CONCEICAO
SERRA BRANCA / PB CEP: 58580000 (AG: 100)



Emissão 22/02/2018 Referência: Fev / 2018 ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B/230, Km25 - Distrito Redentor- João Pessoa/PB - CEP58071-680
Roteiro 14 - 100 - 125 - 9430 N° medidor: 00008563183 CNPJ:09.095.132/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0

Nº da Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°002.800.221
Cód. para Déb. Automático: 00016532780

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

| | | | |
|---------------------|---------------|---------------------------------------|---------------|
| Contar referente a: | Apresentação: | Data prevista para a proxima leitura: | CPF/CNPJ/RAM: |
| Fev / 2018 | 22/02/2018 | 23/03/2018 | 58250255453 |
| | | Insc. Est. | |

UC (Unidade Consumidora): 5/1653278-0

Nome do contato: (Nome do contato)

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Levou cheiro no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança! Não arrisque a fazer sozinho. Deixe quem deve cuidar da sua casa.
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|-----------------------------|--------------------------|------------|----------|---|
| Data | Leritura | Data | Leritura | |
| 23/01/18 2857 22/02/18 2938 | | | | |
| DEMONSTRATIVO | | | | |
| CCN | Desconto | Quantidade | Unidade | Valor Base Calc. Alt. Iene(R\$) Base Calc. Pct(R\$) Colis(R\$) |
| | | | | Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS(R\$) Fis/Calis(R\$) (1,128%) (5,1934%) |
| 0601 | Consumo até 30kWh-BR | 30.000 | 0,249830 | 7,40 7,40 26 1,85 7,40 0,08 0,38 |
| 0601 | Consumo - 31 a 100kWh-BR | 51.000 | 0,423130 | 21,58 21,58 25 5,39 21,58 0,24 1,12 |
| 0810 | Subsídio | 29,37 | 29,37 25 | 7,34 29,37 0,33 1,53 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | |
| 0807 | CONTRIBUÍLUM PÚBLICA | 8,16 | 0,00 0 | 0,00 0,00 0,00 0,00 |
| 0906 | Devolução Subsídio | -20,17 | 0,00 0 | 0,00 0,00 0,00 0,00 |

CCN Código de Classificação do Item TOTAL: 46,34 58,35 14,56 58,35 0,65 3,03

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
77 01/03/2018 R\$ 46,34

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|
| 86 | | 87 | | 84 | | 75 | | 67 | | 61 | | 74 | | 74 | | 77 | | 85 | | 82 | | 70 |
| Fev/17 | | Mar/17 | | Abr/17 | | May/17 | | Jun/17 | | Jul/17 | | Aug/17 | | Sep/17 | | Out/17 | | Nov/17 | | Dez/17 | | Jan/18 |

RESERVADO AO FISCO
d47d.1c10.c9c2.a397.0c3d.2f04.e13e.5ca6.

| Indicadores de Qualidade | | | Composição da Conta no | | |
|--------------------------|---------|------------------|---------------------------------------|-------------|--------|
| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão | Discriminação | Valor (R\$) | % |
| DIC MENSAL 0,03 | 0,00 | NOMINAL | Serviços de Dist. de Energia/PB | 7,63 | 16,49 |
| DIC TRIMESTRAL 1,20 | 0,00 | 220 | Compra de Energia | 9,01 | 19,44 |
| DIC ANUAL 24,12 | 0,00 | 202 | Serviço de Transmissão | 1,17 | 2,52 |
| FIC MENSAL 3,42 | 0,00 | CONTRATADA | Encargos Setoriais | 2,11 | 4,55 |
| FIC TRIMESTRAL 8,85 | 0,00 | LIMITE INFERIOR | Impostos Diretos e Encargos | 28,42 | 57,01 |
| FIC ANUAL 13,70 | 0,00 | LIMITE SUPERIOR | Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| DIMC 2,54 | 0,00 | 231 | Total | 46,34 | 100,00 |
| DICRI 12,22 | | | Valor do EUSD (Ref 12/2017) R\$ 10,81 | | |

ATENÇÃO Faturas em atraso
Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$20,17





Secretaria de Segurança e da Defesa Social
14ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia de Serra Branca-PB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO em razão de meu cargo e a requerimento verbal pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de ocorrências policiais desta Delegacia de Polícia, encontramos a Ocorrência Policial de nº 048/2016 (livro 2, fls. 30V), que passamos a transcrever na Integra: Aos 02 (DOIS) dias do mês de FEVEREIRO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), por volta das 10:50, na esta cidade de Serra Branca/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Dr. Gerônimo P. Barreto Filho, Delegado de Polícia Civil Substituto, comigo escrivão, em seu cargo ao final assinado, si compareceu o Sr. GIVANILDO FERREIRA DE MELO, brasileiro, convivente, agricultor, com 49 anos de idade, nascido em 23/01/1967, natural de Serra Branca/PB, RG 1.196.020 SSP/PB, e CPF: 582.502.554-53, filho de Manoel Ferreira de Melo e Aurora Ferreira de Melo, residente na Rua Onílio Ribeiro, s/nº, Alto da Conceição, Serra Branca/PB. PARA EXPOR E NOTIFICAR. QUE, no dia 12/01/2016, por volta das 20:00h vinha conduzindo sua motocicleta Honda NXR150cc, Bros ES, cor laranja, Placa: PPF-1336/PB Chassi: 9C2KD0550CR504247, pela estrada de terra que leva até o Sítio Buxaba, Zona Rural de Serra Branca/PB, em sua mão de condução, quando uma motocicleta Honda CG ultrapassou, de repente, uma carroça de boi, carregada de capim. Que o noticiante não teve como desviar e chocaram-se de frente; Que o noticiante pegou uma carona em outra motocicleta até o Hospital Geral de Serra Branca, onde foi atendido e logo em seguida transferido para o Hospital do Trauma de Camoinha/Grande, onde foi cirurgiado após 09 (nove) dias de espera; Que o noticiante quebrou os dois braços, porém passou por cirurgia no braço direito, tendo alta médica após dois dias; Que o noticiante informa que não possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH); Que comunica tal fato a essa delegacia de polícia com a finalidade de dar entrada no seguro DPVAT. E nada mais disse.

Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao registro da Ocorrência, que originou a presente Certidão. (Artigo 299 do CPP)

Serra Branca/PB, 02 de fevereiro de 2016.



Notificador

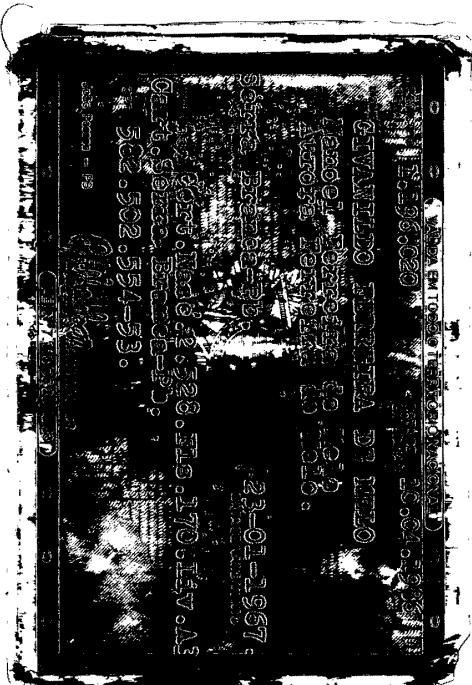
Alysson Magalhães de Oliveira
Delegado de Polícia

Assinatura

Alegria Maria Jose Ricardo Lopes







Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 26/03/2018 11:47:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1803261142217200000012940308>
Número do documento: 1803261142217200000012940308

Num. 13247206 - Pág. 2



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

• Grandes ferros
Pé operários de
áshes Fundeções
P/ solo com
cotação

MOD. 001

22/2/16

_____ / _____ / _____
Data

Dr. ALESSANDRE GHEZZOLI NETO
Cirurgião-Dentista - TEC - CRM-SP 12827
Clínica GTO - Rua Dr. Góes, 206
Tel: 321-2556



CISCO CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CARIRI OCIDEN

M. Juválio Lira

ans. Itaipu

Batatinha — 01 an

Apelin 01 an (11) on
03/08/15 foto

ans. Lira

Alginac refard — 0 an

Lira 01 an. (20) an

almeida

Profissional: *[Signature]*
Assinado por: *[Signature]*
Orgão de Controle: *[Signature]*
Médico: *[Signature]* CRM 4704-3804 1997

31/07/15

[Signature]





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido(as) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 90 (noventa)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 552

Campina Grande, 37/05/16

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 22.11441880

Assinatura do Médico - CRM Nº

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

MOD. 004

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
|  SUS Sistema Único de Saúde | | ESTADO DA PARAÍBA PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA BRANCA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL GERAL DE SERRA BRANCA FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL | | CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NATUREZA DA CONSULTA CONSULTA BÁSICA (PAB): _____ CONSULTA ESPECIALIZADA: _____ PROcedimento: _____ | |
| UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS) CÓDIGO DA UNIDADE: 2822710 CHPJI/CPF: 06.874.695/0001-42 NAME: HOSPITAL GERAL DE SERRA BRANCA ENDEREÇO: Rua Reui da Costa Leão, s/n - Centro MUNICÍPIO: Serra Branca | | ESTADO: Paraíba UF: PB PACIENTE NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____ DATA DO ATENDIMENTO: _____ CÓD. DO MUNICÍPIO: _____ CNS: _____ | | TIPO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> 02 - PRIMEIRA CONSULTA <input type="checkbox"/> 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE <input type="checkbox"/> 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA <input type="checkbox"/> 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES) <input type="checkbox"/> 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA <input type="checkbox"/> 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE | |
| ANAMNese E EXAME FÍSICO SUMÁRIO <p><i>.../.../.../.../...</i></p> | | MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> 2. APLICADA ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL: _____ <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAM <input type="checkbox"/> OSITO <input type="checkbox"/> OUTROS | | | |
| EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: _____ TIPOS _____ <p><i>.../.../.../...</i></p> | | SERVIÇOS REALIZADOS CONTRAPROCEDIMENTO _____ CBO _____ TIPO: _____ | | | |
| MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ | | ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO: <i>Dr. José Daniel Moreira Ferreira</i> <i>CPF: 07.771.494-93</i> <i>CRM: 9367-PP</i> ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL <i>.../.../...</i> ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO: <i>.../.../...</i> ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO: <i>.../.../...</i> | | | |
| DIAGNÓSTICO: <i>.../.../...</i> | | | | | |





GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): giovanni ldo PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. ✓
E lucena de Melo ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
AMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 52 NO CID. DURANTE
RÍODO DE 12/01/16 A 21/01/16 NECESSITANDO DE
o Noronha DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
pina Grande, 21/01/16
Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 9351

AUTORIZAÇÃO

_____ autorizo o
_____ a registrar o diagnóstico
cado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável





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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Floriano Peixoto F.

foi atendido(as) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 90 (noventa)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 552

Campina Grande, 31/05/16

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE CABO
CRM 11.103

Assinatura do Médico - CRM Nº

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

MOD. 004





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Gewaldo Ferreira de
relo

foi atendido(as) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 60 (Sessenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 552

Campina Grande, 29/3/16

Dr. Aristóteles Quirin
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA OMBRO E COTOVelo
CRM 6817 TECOT 12897
Clínica CTO / Rue Dr. Chateaubriand, 206
Tel: 3341-2566

Assinatura do Médico - CRM N° 6817

MOD. 004

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



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
Giovanni Ferreira de Melo
Portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das 17 : 20 horas, sendo portador da afecção
CID -10 S52.4.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um
período de Noventa (90) dias, a partir desta data.

Serra Branca, 18 / 10 / 16

Assinatura e Câmpio do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar o
diagnóstico codificado CID ou POC extenso neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável



Guilherme de Souza
Gmail.com
Setembro 2016
Obs - Obs 1204.
maiscula



Ato ordinatório praticado nos termos da Portaria nº 01/2018 de 22 de janeiro de 2018, da lavra do Juiz de Direito Dr. Bruno Medrado dos Santos, previsto no art. 67, VIII e do Provimento CGJ nº 04/2014 c/c art. 349 e seguintes do Código de Normas da CGJ, por:

- Expedir intimação para parte autora em face do requerimento de gratuidade de justiça.

Serra Branca, 02de abrilde 2018.

Gustavo José Dantas Fialho

Técnico Judiciário

Mat. 477.001-3



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO JOSE DANTAS FIALHO - 02/04/2018 08:48:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18040208483010900000013023800>
Número do documento: 18040208483010900000013023800

Num. 13334320 - Pág. 1

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

DE ORDEM do MM. Juiz de Direito da vara supra, através da Portaria nº 01/2018 de Atos Ordinatórios, manda que em cumprimento a este, intime a parte autora para no prazo de 15 (quinze) dias, juntar os documentos abaixo elencados para apreciação do pedido de Justiça Gratuita:

1. Declaração de IRPF dos últimos 3 anos OU declaração ou comprovação de ser isento de imposto de renda.
2. Comprovantes de seus rendimentos de trabalho e/ou aposentadoria OU, não possuindo, CTPS.

Serra Branca, 02 de abril de 2018.

Gustavo José Dantas Fialho

Mat. 477.001-3



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO JOSE DANTAS FIALHO - 02/04/2018 09:05:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18040209053557500000013024198>
Número do documento: 18040209053557500000013024198

Num. 13334726 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SERRA BRANCA - PB

Processo nº 0800166-61.2018.8.15.0911

GIVANILDO FERREIRA DE MELO, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por intermédio de seu advogado que esta subscreve, vem perante Vossa Excelência, em atenção ao ato ordinatório de ID nº13334320, REQUERER a juntada de documento comprobatório de que o autor é agricultor e ainda por cima está impossibilitado de trabalhar devido a este acidente ocorrido pois está com sequelas. Diante do exposto faz jus o autor ao pedido de Justiça Gratuita.

termos em que,

pede deferimento.

Serra Branca, 11 de abril de 2018.

IGOR MEDEIROS GAUDENCIO

OAB/PB 17.485



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 11/04/2018 09:56:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18041109560795500000013210905>
Número do documento: 18041109560795500000013210905

Num. 13528771 - Pág. 1



CONTRATO PARCERIA E MEAÇÃO RURAL QUE ENTRE SI
FAZEM O (A) SR (A) **JOSE DINO LOPES**
E O (A) SR (A) **GIVANILDO FERREIRA DE MELO**
, NA FORMA ABAIXO:

Pelo presente instrumento particular de Parceria e Meação Rural, de um lado o (a) Sr (a) **JOSE DINO LOPES**, brasileiro, solteiro Proprietário (a) Rural, portador (a) da cédula de identidade nº **2203124** SSP-PB e CPF nº **339.402.584-15**, residente e domiciliado (a) Sítio Lagoa da Serra, no Município de Serra Branca, Estado da Paraíba, aqui denominado (a) de Parceiro (a), Meeiro (a), Cedente e do outro lado o (a) Sr (a) **GIVANILDO FERREIRA DE MELO**, brasileiro (a), solteiro, trabalhador (a) rural, portador (a) da cédula de identidade nº **1.196.020** SSP-PB e CPF nº **582.502.554-53**, residente e domiciliado (a) R/ Onildo Ribeiro de Assis, s/nº, Alto da Conceição, no Município de Serra Branca, Estado da Paraíba, aqui denominado (a) de Parceiro (a), Meeiro (a), têm entre si justos e contratados o parceiro cedido:

CLÁUSULA PRIMEIRA – O (a) Parceiro (a) Cedente na condição de proprietário (a) do imóvel rural denominado **LAGOA DA SERRA**, localizado no Município de Serra Branca PB., cadastrado no INCRA sob nº _____ e na Receita Federal sob nº **1.769.420-5**, com área total de **28,0** hectares e área explorada de **1,0** hectares, conforme se vê no título de propriedade, cumprindo as determinações contidas na Lei nº 4.504/64, resolve arrendar **1,0** hectares da dita propriedade a (ao) Parceiro (a) Cedido (a).

CLÁUSULA SEGUNDA – Fica vedado a (ao) Parceiro (a) Cedido (a), sob pena de remissão contratual, o plantio de culturas permanentes, bem como, edificações de alvenarias, salvo se for com o consentimento expresso do (a) Parceiro (a) Cedente.

CLÁUSULA TERCEIRA – Poderá o (a) Parceiro (a) Cedido (a) criar animais domésticos e de montaria ou transporte dentro da área estabelecida neste contrato, desde que não venha causar prejuízos à propriedade ou lavoura de terceiros.



CLÁUSUL QUARTA – A área cedida poderá, a critério do (a) Parceiro (a) Cedido (a), ser substituída por outra de igual tamanho e condições de solo, respeitadas as condições de parceria e de direitos do (a) Parceiro (a) Cedido (a), previstos na Lei de nº 4.504/64.

CLÁUSULA QUINTA – O parceiro (a) Cedido (a), terá preferência de renovação do contrato na área, nos termos do inciso IV do art. 95 da citada Lei.

CLÁUSULA SEXTA – O valor a ser cobrado pela parceria é de **Comodatária**.

CLÁUSULA SÉTIMA – O presente Contrato tem validade de 07 (sete) anos, com início em 02 de Junho de 2013 e término em 31 de Dezembro de 2020.

CLÁUSULA OITAVA – O pagamento parceria deveria ser efetivado anualmente a (ao) proprietário (a) na moeda corrente ou através de produtos agrícola frutos da produção da área, sem prejuízo de equivalência para ambas as partes, mediante recibo.

CLÁUSULA NONA – O valor da presente parceria será ajustado anualmente de acordo com a conveniência das partes.

CLÁUSULA DÉCIMA – Em caso de falecimento de uma das partes contratantes, ou venda do imóvel objeto de presente contrato, fica este transferido para herdeiros e sucessores, o qual responderá pelo ônus real.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Fica eleito o foro da Comarca de Serra Branca-PB., para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste instrumento. E, por estarem de pleno acordo



sobre tudo que ora contratam , assinam o presente com 04 (quatro) testemunhas, em 03 (três) vias de igual teor e forma, destinando-se uma para cada parte e uma terceira para o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Serra Branca – Paraíba.

Serra Branca-PB., 27 de Janeiro 2016.

✓ José Dino Lopes

PARCEIRO (A) CEDENTE



Maria Jose Ricardo Lopes

PARCEIRO (A) CEDIDO (A)

TESTEMUNHAS:

- 1 - Fábio Gaudêncio Sá CPF N° 045.977.754-80
- 2 - Vanildo Boaventura Barreiros CPF N° 753.861.514-87
- 3 - Margarete Maria Lopes CPF N° 032.577.024-26
- 4 - José Adelson de Lopes CPF N° 537415874-00



CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Dep. Álvaro Gaudêncio, 12 - Centro - Fone: (83) 3354-2247 - cartsbpb@hotmail.com
TABELIÃO: Bel' MÔNICA CRISTINA ANTONINO DE MELO

RECONHECIMENTO por (✓) SEMELHANÇA () AUTENTICIDADE, da firma(s) de:

José Dino Lopes e Maria Jose Ricardo Lopes

28/01/2016

Assinatura

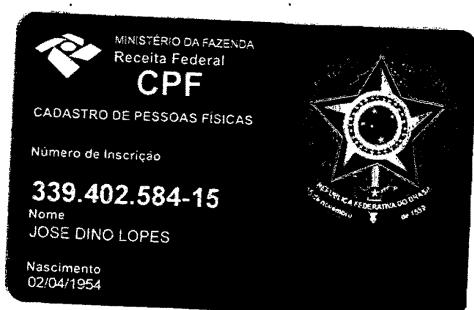
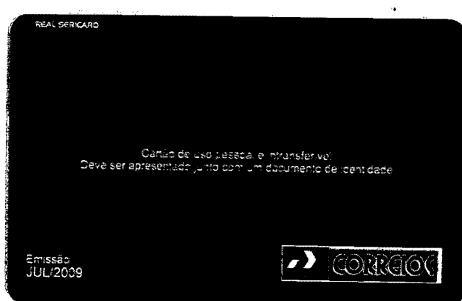
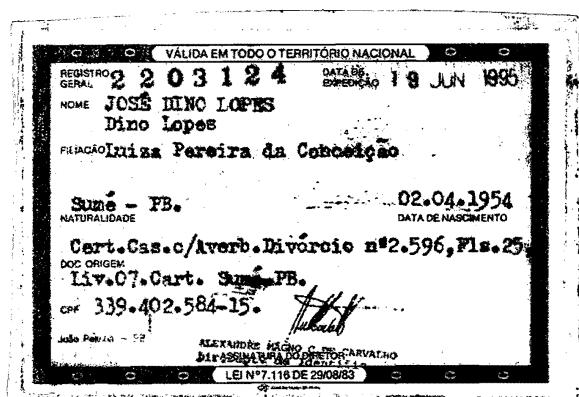
TABELIA PÚBLICA

Cartório Notarial, Registral e Protestos
CNEI: 09.129.628/0001-66

Bel' Mônica Cristina Antonino de Melo
Tabeliã Pública
Av. Álvaro Gaudêncio, 12
CEP: 58380-000
Comarca Serra Branca/PB

Selo Digital: AET00610-GZAF
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>







Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Serra Branca
Secretaria de Assistência Social.
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.

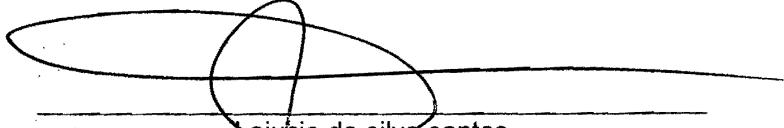
CERTIDÃO

Certifico, para os devidos fins, que o (a) **Sr. GIVANILDO FERREIRA DE MELO**, profissão de **Agricultor**, consta cadastrados na ficha de cadastramento Único para Programas Sociais do Governo Federal e que a última atualização de dados cadastrais foi realizada em 09/02/2010

O grupo familiar cadastrado é o seguinte:

01- MARIA JOSÉ RICARDO LOPES
02-GIVANILDO FERREIRA DE MELO
03-CAMILIA LOPES FERREIRA

Serra Branca, 30 de Janeiro de 2012


Laiúcio da Silva Santos
Operador e Técnico do Cadastro Único do Programa Bolsa Família



Associação Comunitária dos Usuários de Água dos Sítio, Lagoa da Serra e Adjacências

Ficha de Inscrição do Sócio Nº _____



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|------------------|--------|---------------------|----|------------------------------|-------------------------------------|----|--|---------------------------|----|--|---------------------------|----|--|---------------------------|
| Nome: <u>Givanildo Ferreira de Melo</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Filiação | Pal: <u>Manoel Ferreira de Melo</u> Mãe: <u>Aurora Ferreira de Melo</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Documentos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identidade: <u>J.196-020</u> | CPF: <u>582.502.554-53</u> | Carteira Profissional Nº | Série | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: <u>23-05-67</u> | Naturalidade: | Sexo: <u>M</u> | Estado Civil: <u>Solteiro AMAZONAS</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registro Civil, Nascimento, Casamento: | Nº: | Fis: | Livro Nº: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Documento Militar: | Outros: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esposa: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Nome dos Filhos:</td> <td style="text-align: center;">Nº de Filhos: _____</td> </tr> <tr> <td>1)</td> <td><u>Camila Lopes Ferreira</u></td> <td>Idade: <u>06</u> Grau de Instrução:</td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td></td> <td>Idade: Grau de Instrução:</td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td></td> <td>Idade: Grau de Instrução:</td> </tr> <tr> <td>4)</td> <td></td> <td>Idade: Grau de Instrução:</td> </tr> </table> | | | | Nome dos Filhos: | | Nº de Filhos: _____ | 1) | <u>Camila Lopes Ferreira</u> | Idade: <u>06</u> Grau de Instrução: | 2) | | Idade: Grau de Instrução: | 3) | | Idade: Grau de Instrução: | 4) | | Idade: Grau de Instrução: |
| Nome dos Filhos: | | Nº de Filhos: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) | <u>Camila Lopes Ferreira</u> | Idade: <u>06</u> Grau de Instrução: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) | | Idade: Grau de Instrução: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) | | Idade: Grau de Instrução: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4) | | Idade: Grau de Instrução: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Imóvel: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do sítio onde mora: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tem propriedade? | Quanros hectares? | Tem herdeiros? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local das propriedades: | | Benefícios da propriedade: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Que planta na propriedade? | | Quantos hectares ocupam com plantações? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Animais que criam: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bovino | Ovinos | Caprinos | Muar | Equinos | Suínos | Aves | | | | | | | | | | | | |
| De onde consome a água que Bebe? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quais os principais problemas de sua comunidade? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro estar de acordo com os Estatutos Sociais da Associação da qual passo a ser sócio a partir desta data. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>Serra Branca, 14/08/18</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DOS USUÁRIOS DE ÁGUA 385 DOS SALAO, LAGOA DA SERRA E ADJACÊNCIAS

13 de março de dois mil e dezessete aconteceu a
união ordinária mensal ás dez horas da manhã no
sítio da Associação. A pauta da reunião foi discutir
os problemas existentes da Comunidade. Começou
o debate de estreito em pessimas condições, programadas
moralidades mediantes etc. A vice presidente Dr.
Luciano Rogerio exemplificou a fala como votar
e boas vindas e des iniciou a reunião para
abrir comemoração do aniversário de 12 anos da
Sociedade. Dino Lopes propôs aprovarmos reunião e
se discordasse as condições pessimas de reunião
como resolver. Na oportunidade acudiu o
restaurante Honório São Vito falar sobre a
situação com aviso e ofícios na reunião de
síri. Em seguida aconteceu o pagamento de
versalidades. Nada mais a declarar reunião
acredita e ata preenchida e assinada por
Dr. Dino Lopes

Francina Regácia C. Neto Rodrigues
- Rita Fabiana Perreira

Sous 3 idées si l'on suppose

Jose. Alves de Britto

Eli Van Golding Ferris

Para facilitar la ejecución

House Number saved
from Bit 2

Leonilda Reis das
Pi 1872

Alma munda de Cristo Barrios

Ervaldo assessor Senador

Ri 3onolde da Soll3a Movals

Food b. f. - . a. f.



Zóio Queiroz da Silva

Luis Galdino da Bacerda

Silvemarcos Fornes da Costa

Vanilda Ferreira de Melo

Severina Veneranda de Moura

Fernando Queiroz da Silva

Priscimunda de Brito Bezerra

Eli Von Galdino Ferreira

Isvaldo dos Santos Ferreira

Joelma Pereira Pinto

Verônica de Bacerda Fariao

Mariamiz Pontes da Faís Lopes

Vanilda Cavalcante Bezerra

Suzilda Silva Soares

Wellington Braga

Wilma Ferreira de Souza

Yane Adilson da Costa

Yaneval Cavalcante Ramos

Yôge ~~da~~ de Souza

Maria Adriana Moura da Cunha

Maria das Graças Ponte

José ~~de~~ Bezerra de Brito

Roberto Moura

Mauro Antônio da Silva

Paula Andrade da Silva Agostinho

Paulo da Bacerda da Silva

Paulo Ferreira da Bacerda

Paulo Costa Cavalcante

Paulo Fornes da Costa Salminho

Pedro Bezerra da Araujo



Associação Comunitária dos Usuários de Água dos Sítio, Lagoa da Serra e Adjacências

Ficha de Inscrição do Sócio

Nº _____



| | |
|--|--|
| Nome: <i>Givanildo Ferreira de Melo</i> | |
| Filiação: | Pai: <i>Manoel Ferreira de Melo</i> |
| | Mãe: <i>Aurora Ferreira de Melo</i> |

Documentos:

| | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|--------------|
| Identidade: <i>3.196-020</i> | CPF: <i>582.502-554-53</i> | Carteira Profissional Nº: | Série |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|--------------|

| | | | |
|---|----------------------|--------------------------|--|
| Data de Nascimento: <i>23-01-67</i> | Naturalidade: | Sexo: <i>M</i> | Estado Civil: <i>Solteiro AMAZONAS</i> |
|---|----------------------|--------------------------|--|

| | | | |
|---|------------|-------------|------------------|
| Registro Civil, Nascimento, Casamento: | Nº: | Fls: | Livro Nº: |
|---|------------|-------------|------------------|

| | |
|---------------------------|----------------|
| Documento Militar: | Outros: |
|---------------------------|----------------|

| |
|-----------------|
| Espousa: |
|-----------------|

| | | |
|---|--|---|
| Nome dos Filhos: | | Nº de Filhos: _____ |
| 1) <i>Camila Lopes Ferreira</i> | | Idade: <i>06</i> Grau de Instrução: |
| 2) | | Idade: Grau de Instrução: |
| 3) | | Idade: Grau de Instrução: |
| 4) | | Idade: Grau de Instrução: |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Dados do Imóvel: | | |
|-------------------------|--|--|

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Nome do sítio onde mora: | | |
|---------------------------------|--|--|

| | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Tem propriedade? | Quanros hectares? | Tem herdeiros? |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|

| | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Local das propriedades: | Benefícios da propriedade: |
|--------------------------------|-----------------------------------|

| | |
|-----------------------------------|--|
| Que planta na propriedade? | Quantos hectares ocupam com plantações? |
|-----------------------------------|--|

| | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Animais que criam: | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---------------|---------------|-----------------|-------------|----------------|---------------|-------------|
| Bovino | Ovinos | Caprinos | Muar | Equinos | Suínos | Aves |
|---------------|---------------|-----------------|-------------|----------------|---------------|-------------|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| De onde consome a água que Bebe? | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Quais os principais problemas de sua comunidade? | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Declaro estar de acordo com os Estatutos Sociais da Associação da qual passo a ser sócio a partir desta data. | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Serra Branca, 14/10/2018



ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DOS USUÁRIOS DE ÁGUA DOS SÍTIOS SALÃO, LOGOA DA SERRA E ADJACÊNCIAS

FICHA DE RECADASTRAMENTO

| | | |
|-------------------|---|------------------------------|
| NOME: | Givanildo Ferreira de Melo | |
| ENDEREÇO: | Logoa da serra. | |
| PROFISSÃO ATUAL | Agricultor | |
| TELEFONE | 96817044 | |
| TEM BOLSA FAMÍLIA | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> |

DATA: 12/06/15

Presidente: Givanildo Ferreira de Melo
PRESIDENTE

SÓCIO



ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DOS USUÁRIOS DE ÁGUA DOS SÍTIOS SALÃO, LOGOA DA SERRA E ADJACÊNCIAS

FICHA DE RECADASTRAMENTO

| | | |
|-------------------|---|------------------------------|
| NOME: | Jivanildo Ferreira de Melo | |
| ENDEREÇO: | Loga da Serra. | |
| PROFISSÃO ATUAL | Agricultor | |
| TELEFONE | 968170411 | |
| TEM BOLSA FAMÍLIA | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> |

DATA: 12/06/15

Presidente: Jivanildo Ferreira de Melo SÓCIO: Jivanildo Ferreira de Melo
PRESIDENTE SÓCIO



Associação Comunitária dos Usuários de Água dos Sítio, Lagoa da Serra e Adjacências

Ficha de Inscrição do Sócio Nº _____

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------|----------------------------------|-----------|--------|------|
| Nome: | | Givanildo Ferreira de Melo | | | | |
| Filiação | Pai: | Manoel Ferreira de Melo | | | | |
| | Mãe: | Aurora Ferreira de Melo | | | | |
| Documentos: | | | | | | |
| Identidade: 3.196.020 | CPF: 582.502.554-53 | Carteira Profissional Nº | | | Série | |
| Data de Nascimento: 23-01-67 | Naturalidade: | Sexo: M | Estado Civil: Solteiro AMZ-00 | | | |
| Registro Civil, Nascimento, Casamento: | Nº: | Fis: | | Livro Nº: | | |
| Documento Militar: | Outros: | | | | | |
| Esposa: | Maria José Ricardo Lopes | | | | | |
| Nome dos Filhos: | | | Nº de Filhos: 01 | | | |
| 1) Camila Lopes Ferreira | Idade: 06 | | Grau de Instrução: | | | |
| 2) | Idade: | | Grau de Instrução: | | | |
| 3) | Idade: | | Grau de Instrução: | | | |
| 4) | Idade: | | Grau de Instrução: | | | |
| Dados do Imóvel: | | | | | | |
| Nome do sítio onde mora: Sítio Bolanca - Lagoa da Serra | | | | | | |
| Tem propriedade? Planta na terra do Sítio | Quanros hectares? | Tem herdeiros? | | | | |
| Local das propriedades: Lagoa da Serra | Benefícios da propriedade: Barragem - cercado | | | | | |
| Que planta na propriedade? Palma - milho - feijão | Quantos hectares ocupam com plantações? 02 | | | | | |
| Animais que criam: | | | | | | |
| Bovino | Ovinos X | Caprinos X | Muar | Equinos | Suínos | Aves |
| De onde consome a água que Bebe? Lísterna | | | | | | |
| Quais os principais problemas de sua comunidade? falta estrada | | | | | | |
| Declaro estar de acordo com os Estatutos Sociais da Associação da qual passo a ser sócio a partir desta data. | | | | | | |
| Serra Branca, 14/08/11 | | | | | | |





**Cadastramento Único para Programas Sociais
do Governo Federal**

Identificação do Domicílio e da Família

Ministério do
Desenvolvimento Social
e Combate à Fome

1-Dados de controle

101-Tipo Doc. 102-Nº de ordem 103-Data da pesquisa 104-NIS do entrevistador Código domiciliar
01 00 09/02/2010 19006380043 22229093

105-Nome do entrevistador 106- CNPJ da Prefeitura/Órgão/Empresa 107-Modalidade
LAIUCIO DA SILVA SANTOS 08874695000142 2 1- Inclusão
2- Alteração
3- Exclusão
4- All Responsável

Atenção básica à saúde

108-Nome do estabelecimento de assistência à saúde

PSF IV

109-Código EAS/MS

2-Identificação do domicílio e da família

Endereço

201-CEP

58580000

202-Tipo de Logradouro

R

203-Nome

ANTONIO GAIAO

204-Número

47

205-Complemento 206-Bairro

CENTRO

207-UF

PB

208-Nome do município

SERRA BRANCA

209-DDD

210-Telefone para contato

Características do domicílio

211-Tipo de localidade

1-1-Urbana 2-2-Rural 212-Domicílio coberto por

1-1-PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde 2-2-PSF - Programa de Saúde da Família

3-Similares ao PSF
4-Outro

213-Situação

1-1-Próprio 2-2-Alugado 3-3-Arrendado 4-4-Cedido
5-5-Invasão 6-6-Financiado
7-7-Outra

214-Tipo

1-1-Casa 2-Apartamento 3-Cômodos 4-Outro

215-Nº de cômodos

3

216-Tipo de construção

1-1-Tijolo/Alvenaria 2-Adobe 3-Taipa revestida 4-Taipa não revestida 5-Madeira 6-Material aproveitado
7-Outro

217-Tipo de abastecimento de água

1-1-Rede pública 2-2-Poço/Nascente 3-Carro pipa 4-Outro

218-Tratamento de água

1-1-Filtração 2-Fervura 3-Cloração 4-Sem tratamento 5-Outro

219-Tipo de iluminação

1-1-Relógio próprio 2-2-Sem relógio 3-Relógio comunitário 4-Lampião 5-Vela
6-Outro

220-Escoamento sanitário

1-1-Rede pública 2-Fossa rudimentar 3-Fossa séptica 4-Vala 5-Céu aberto 6-Outro

221-Destino do lixo no domicílio

1-1-Coletado 2-Quemado 3-Enterrado 4-Céu aberto 5-Outro

222-Quantidade de pessoas

3

223-Quant. de mulheres grávidas

0

224-Quant. de mães amamentando

0

225-Quant. deficientes

0

226 - Família em Situação de Rua

2 1 - Sim
2 - Não

Programas sociais

227 - Beneficiário do Programa do Leite Consumidor

2 1 - Sim
2 - Não

228 - Beneficiário do Programa do Leite Produtor

2 1-Sim
2-Não

Lista de pessoas residentes no domicílio

| Nº de ordem | Nome |
|----------------|------|
| 01 | |
| 02 | |
| 03 | |
| 04 | |
| 05 | |

| Nº de ordem | Nome |
|----------------|------|
| 06 | |
| 07 | |
| 08 | |
| 09 | |
| 10 | |

3-Autenticação

Assumo a responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas

101 - Assinatura do entrevistado

302 - Assinatura do entrevistador



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

**NOME:
GABRIEL LOPES FERREIRA**

MATRÍCULA

0712660155 2013 1 00019 048 0012537 17

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)
três de dezembro de dois mil e treze

DIA
03

MÊS
12

ANO
2013

HORA DE NASCIMENTO
09:15

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Campina Grande-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

Serra Branca-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

GIVANILDO FERREIRA DE MELO e MARIA JOSÉ RICARDO LOPES

AVOS

PATERNO(S): Manoel Ferreira de Melo e Aurora Ferreira de Melo ;
MATERNO(S): José Dino Lopes e Rosália Ricardo Lopes.

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO)

nove de dezembro de dois mil e treze (09/12/2013)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

30611680434

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 09/12/2013, no livro A-00019, nº 12537, folha 48-V.

**Serviço Registral
das Pessoas Naturais de
Serra Branca - PB**

CNPJ: 09.250.675/0001 - 63

**Niobe Maracajá H. Coutinho
- Registradora Civil -**

NOmE DO OFÍCIO

Serviço Registral Niobe Maracajá H. Coutinho

OFICIAL REGISTRADOR

Niobe Maracajá Henriques Coutinho

MUNICÍPIO/UF

Serra Branca-PB

ENDERECO

Rua: Cel. Manoel Gaudêncio, 43 - Centro Serra Branca-PB - CEP: - 58580010 FONE: (83)96332048

Serviço Registral das Pessoas Naturais de Serra Branca-PB

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Serra Branca-PB, 9 de Dezembro de 2013

Niobe Maracajá Henriques Coutinho

Niobe Maracajá Henriques Coutinho

Oficiala do Registro Civil

Niobe Maracajá Henriques Coutinho



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

FICHA INDIVIDUAL DO EDUCANDO
ENSINO FUNDAMENTAL 1º AO 5º ANO - MOD. 01

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1.1 UNIDADE DE ENSINO: | | 1.2 GREC: 59 | | | |
| 1.3 PROCEDÊNCIA ADMINISTRATIVA: | | 1.4 DECRETO DE EMISSÃO: | | | |
| 1.5 ATO QUE AUTORIZOU O FUNCIONAMENTO: | | 1.6 ATO QUE RECONHECEU O FUNCIONAMENTO: | | | |
| 1.7 MUNICÍPIO: Serra Branca | | 1.8 TELEFONE: 3354-2535 | | | |
| REGISTRO DE MATRÍCULA | | | | | |
| 2.1 NOME DO EDUCANDO: | | 2.2 NATURAL DE: | | | |
| 2.3 UF: SP | | | | | |
| 2.4 REGISTRO DE NASCIMENTO: | | 2.5 SEXO: | | | |
| 2.6 RACA: | | 2.7 DATA DE NASCIMENTO: | | | |
| 2.8 ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO: | | | | | |
| 2.9 NOME DO PAI: | | 2.10 NOME DA MÃE: | | | |
| 2.11 VIVO: <input type="checkbox"/> SIM: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO (ANO): <input type="checkbox"/> | | 2.12 VIVA: <input type="checkbox"/> SIM: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO (ANO): <input type="checkbox"/> | | | |
| 2.13 FOTO: | | | | | |
| 2.14 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO EDUCANDO | | | | | |
| 3.1 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.2 IDADE: 27 anos | | | |
| 3.3 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.4 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.5 IDADE: 29 anos | |
| 3.6 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.7 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.8 IDADE: | |
| 3.9 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.10 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.11 IDADE: | |
| 3.12 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.13 NOME DO RESPONSÁVEL: | | 3.14 IDADE: | |
| 3.15 ENDEREÇO (AV, RUA, N°, BAIRRO): | | | | 3.16 ENDEREÇO (AV, RUA, N°, BAIRRO): | |
| 3.17 MUNICÍPIO: Serra Branca | | | | 3.18 U.F. 3.19 TELEFONE: | |
| 3.20 ATUALIZAÇÃO DO ENDEREÇO (AV, RUA, N°, BAIRRO): | | | | | |
| 3.21 MUNICÍPIO: | | | | 3.22 U.F. 3.23 TELEFONE: | |
| 3.24 GRAU DE PARENTESCO: Mãe | | 3.25 NÍVEL DE FORMAÇÃO: Alfabetizada | | 3.26 PROFISSÃO: Agricultora | |
| 3.27 GRAU DE PARENTESCO: Mãe | | 3.28 NÍVEL DE FORMAÇÃO: Alfabetizada | | 3.29 PROFISSÃO: Agricultora | |
| 3.30 GRAU DE PARENTESCO: | | 3.31 NÍVEL DE FORMAÇÃO: | | 3.32 PROFISSÃO: | |
| 3.33 GRAU DE PARENTESCO: | | 3.34 NÍVEL DE FORMAÇÃO: | | 3.35 PROFISSÃO: | |
| 3.36 GRAU DE PARENTESCO: | | 3.37 NÍVEL DE FORMAÇÃO: | | 3.38 PROFISSÃO: | |
| 3.39 REMA FAMILIAR: | | ANO: 2011 VALOR: 90,00 | | ANO: VALOR: | |
| | | ANO: 2018 VALOR: 90,00 | | ANO: VALOR: | |
| 3.40 ENDEREÇO PROFISSIONAL (AV, RUA, N°, BAIRRO): | | | | 3.41 MUNICÍPIO: | |
| 3.42 ATUALIZAÇÃO DO ENDEREÇO PROFISSIONAL (AV, RUA, N°, BAIRRO): | | | | 3.43 U.F. 3.44 TELEFONE: | |
| 3.45 MUNICÍPIO: | | | | 3.46 U.F. 3.47 TELEFONE: | |
| 4.1 ESTABELECIMENTO DE ENSINO DE PROCEDÊNCIA: | | | | 4.2 PERÍODO: 4.3 ANO: | |
| 4.4 ENDEREÇO (AV, RUA, N°, BAIRRO): | | | | | |
| 4.5 MUNICÍPIO: | | | | 4.6 U.F. 4.7 TELEFONE: | |
| 5.1 PERÍODO: 2011 ANO: 12 ASS. DO RESPONSÁVEL PELO EDUCANDO: Maria José Ricardo Lopes | | | | 5.4 ASS. DO FUNCIONÁRIO / MATRÍCULA: <i>Maria José Ricardo Lopes</i> | |
| 5.5 PERÍODO: 2012 ANO: 20 ASS. DO RESPONSÁVEL PELO EDUCANDO: Maria José Ricardo Lopes | | | | 5.6 ASS. DO FUNCIONÁRIO / MATRÍCULA: <i>Maria José Ricardo Lopes</i> | |
| 5.8 PERÍODO: 5.10 ANO: 5.11 ASS. DO RESPONSÁVEL PELO EDUCANDO: | | | | 5.12 ASS. DO FUNCIONÁRIO / MATRÍCULA: | |
| 5.13 PERÍODO: 5.14 ANO: 5.15 ASS. DO RESPONSÁVEL PELO EDUCANDO: | | | | 5.16 ASS. DO FUNCIONÁRIO / MATRÍCULA: | |
| 5.17 PERÍODO: 5.16 ANO: 5.19 ASS. DO RESPONSÁVEL PELO EDUCANDO: | | | | 5.20 ASS. DO FUNCIONÁRIO / MATRÍCULA: | |
| 6. DADOS DE ESCOLAS ANTERIORES: | | | | | |
| 5. ATUALIZAÇÃO: | | | | | |
| 6. DADOS DE EDUCANDO FÍSICA: | | | | | |
| 7. ATIVIDADES EXTRACLASSE: | | | | | |
| 8.1 REGIÃO ONDE RESIDE: | | 8.2 UTILIZA TRANSPORTE ESCOLAR? | | 8.3 PODE UTILIZAR BICICLETA EM SUBSTITUIÇÃO AO TRANSPORTE ESCOLAR? | |
| <input type="checkbox"/> RURAL | | <input type="checkbox"/> URBANA | | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |

Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 11/04/2018 09:56:13
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1804110955258440000013211277>
Número do documento: 1804110955258440000013211277

Núm. 13529148 - Pág. 16



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Serra Branca**

DESPACHO

Processo nº 0800166-61.2018.8.15.0911

Vistos, etc.

Defiro o pedido de **Justiça Gratuita**.

Tratando-se de Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, a experiência tem demonstrado que a seguradora demandada não costuma celebrar acordos antes da realização da perícia médica necessária ao deslinde do feito, o que torna a conciliação bastante improvável nesta fase inicial da demanda.

Assim sendo, deixo de designar, por ora, audiência de tentativa de conciliação.

Cite-se a promovida para, no prazo de 15 (quinze) dias, contestar a ação, sob pena de se presumirem como verdadeiros os fatos articulados pelo autor.

Oferecida a defesa, vista ao advogado do autor, pelo prazo de 15 (quinze) dias, para, querendo, impugnar a contestação.

Serra Branca/PB, 29 de outubro de 2018.

FABRÍCIO MEIRA MACÊDO

JUIZ DE DIREITO





Assinado eletronicamente por: FABRICIO MEIRA MACEDO - 08/11/2018 15:30:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110815301124100000016990069>
Número do documento: 18110815301124100000016990069

Num. 17449146 - Pág. 2

**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Serra Branca
Rua Raul da Costa Leão, S/N, Centro, SERRA BRANCA - PB - CEP: 58580-000**

Nº DO PROCESSO: 0800166-61.2018.8.15.0911

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

CARTA DE CITAÇÃO

SERRA BRANCA, em 12 de novembro de 2018.

Ilmo. Sr.

Representante Legal

SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS S/A

Rua Senador Dantas, nº 74, SENADOR DANTAS, 74, 5º andar, centro, CEP 20031-205

Rio de Janeiro-RJ

Senhor Representante,

Cumprimentando-o, e de ordem do MM. Juiz de Direito da Comarca de Serra Branca, fica a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS S/A, através de seu representante legal, devidamente CITADO por todos os atos do processo acima mencionado, e para, querendo, contestar a ação, no prazo de 15 dias, sob pena de se presumirem como verdadeiros os fatos articulados pelo autor.

Atenciosamente,

Ilka Pinto Vilar

Técnica judiciária

Matrícula nº 476.882-5

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ Acesse o LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
18032611464326000000012939861



Assinado eletronicamente por: ILKA PINTO VILAR - 12/11/2018 13:55:03
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1811121355008700000017257676](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1811121355008700000017257676)
Número do documento: 1811121355008700000017257676

Num. 17726964 - Pág. 1

CERTIDÃO

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) foi devolvido nesta data e anexado ao Autos.

SERRA BRANCA

5 de dezembro de 2018

CYELLE CARMEM VASCONCELOS PEREIRA



Assinado eletronicamente por: CYELLE CARMEM VASCONCELOS PEREIRA - 05/12/2018 07:28:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18120507281288400000017674524>
Número do documento: 18120507281288400000017674524

Num. 18162266 - Pág. 1



**AVISO DE
RECEBIMENTO**

AR

DATA DE POSTAGEM / DATA DE PÉDÔT

14 / 11 / 18

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

AC/SERRA BRANCA

1

1

1000

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

FÓRUM PROMOTOR "GENIVAL DE QUEIROZ TORREÃO"

R. RAUL DA COSTA LEÃO, S/Nº, CENTRO, SERRA BRANCA - PB, CEP: 58.580-000

RUA DA COSTA LEAO,
ENDERECO PARA REVOLUCÃO / ADRESSE

CONTATO: (83) 3354-2928 E-MAIL: SRB.1VARA@TJPB.JUS.BR

CIDADE / LOCALITÉ

115

BRASIL
BRÉSIL

5 8 5 8 0 - 0 0 0



Assinado eletronicamente por: CYELLE CARMEM VASCONCELOS PEREIRA - 05/12/2018 07:28:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1812050728132120000017674525
Número do documento: 1812050728132120000017674525

Num. 18162267 - Pág. 2

CERTIDÃO

Certifico que **decorreu** in albis o prazo para a parte promovida apresentar contestação, apesar de devidamente citada para tanto, conforme expediente abaixo:

| | |
|--|--|
| Carta (2151803) SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A Correios (12/11/2018 13:55:03) CYELLE CARMEM VASCONCELOS PEREIRA registrou ciência em 22/11/2018 12:00:00 Prazo: 15 dias | 13/12/2018 23:59:59 (para manifestação) |
|--|--|

SERRA BRANCA, 16 de dezembro de 2018.

ILKA PINTO VILAR

técnica judiciária



Assinado eletronicamente por: ILKA PINTO VILAR - 16/12/2018 09:57:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121609571141900000017889220>
Número do documento: 18121609571141900000017889220

Num. 18384422 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Serra Branca**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800166-61.2018.8.15.0911

DESPACHO

Vistos, etc.

Em face da ausência de resposta, DECRETO A REVELIA DOS RÉUS.

Analizando os Autos, verifico ser hipótese de julgamento antecipado da lide, nos termos do art. 355, II, CPC.

Intimem-se as partes, por seus patronos, para dizerem, no prazo de 5 dias, se existem outras provas a serem produzidas, justificando-as fundamentadamente, ou, se aderem ao julgamento antecipado da lide, valendo o seu silêncio como anuência a este último.

SERRA BRANCA, 8 de abril de 2019.

Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Serra Branca**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800166-61.2018.8.15.0911

DESPACHO

Vistos, etc.

Em face da ausência de resposta, DECRETO A REVELIA DOS RÉUS.

Analizando os Autos, verifico ser hipótese de julgamento antecipado da lide, nos termos do art. 355, II, CPC.

Intimem-se as partes, por seus patronos, para dizerem, no prazo de 5 dias, se existem outras provas a serem produzidas, justificando-as fundamentadamente, ou, se aderem ao julgamento antecipado da lide, valendo o seu silêncio como anuência a este último.

SERRA BRANCA, 8 de abril de 2019.

Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Serra Branca**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800166-61.2018.8.15.0911

DESPACHO

Vistos, etc.

Em face da ausência de resposta, DECRETO A REVELIA DOS RÉUS.

Analisando os Autos, verifico ser hipótese de julgamento antecipado da lide, nos termos do art. 355, II, CPC.

Intimem-se as partes, por seus patronos, para dizerem, no prazo de 5 dias, se existem outras provas a serem produzidas, justificando-as fundamentadamente, ou, se aderem ao julgamento antecipado da lide, valendo o seu silêncio como anuência a este último.

SERRA BRANCA, 8 de abril de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: ADRIANA MARANHAO SILVA - 08/04/2019 17:54:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040817545273700000019842366>
Número do documento: 19040817545273700000019842366

Num. 20410251 - Pág. 1

MM JUIZO DA VARA UNICA DA COMARCA DE SERRA BRANCA - PB

Processo nº 0800166-61.2018.8.15.0911

GIVANILDO FERREIRA DE MELO, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por intermédio de seu advogado que esta subscreve, vem perante este Juizo, REQUERER a juntada do prontuário médico do hospital na data em que o autor foi internado devido ao acidente de motocicleta conforme foi narrado na peça inicial, além do mais REQUER ainda que seja realizado pericia judicial para que comprove por meio de laudo que o autor ainda está com sequelas do acidente.

termos em que,

pede deferimento

Serra Branca, 06 de maio de 2019

IGOR MEDEIROS GAUDENCIO

OAB/PB 17.485



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050617261356700000020391237>
Número do documento: 19050617261356700000020391237

Num. 20966495 - Pág. 1



Até que

Permitir quebrar
não é permitir
que o direito
de ação seja quebrado

De fato, é permitido
fazer julgamentos
de direito quebrado



ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|----------------|-------|---------------------------|
| Nome do Paciente | Q. Gonçalves | | | Nº Prontuário |
| Data da Operação | 03/01/11 | Enf. | Leito | |
| Operador | Dr. Amorim | | | 1.º Auxiliar Dr. José Pal |
| 2.º Auxiliar | 3.º Auxiliar | Instrumentador | | |
| Anestesia | Ketamina, Oxybutinina, Nitroglicerina | | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório | Fratura de clavícula | | | |
| Tipo de Operação | Osteosíntese | | | |

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

W.M. Nere

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

| | | | |
|-----|---------------------|-----|-------------------|
| 1 | Abordagem | 2 | Preparo |
| 2 | Ligaduras | 3 | Colpos aspirações |
| 3 | Incidere de fratura | 4 | Extrair |
| 4 | Extrair | 5 | Reduzir |
| 5 | Reduzir | 6 | Colpos |
| 6 | Colpos | 7 | Parafuso |
| 7 | Parafuso | 8 | Fixar |
| 8 | Fixar | 9 | Fixar |
| 9 | Fixar | 10 | Fixar |
| 10 | Fixar | 11 | Fixar |
| 11 | Fixar | 12 | Fixar |
| 12 | Fixar | 13 | Fixar |
| 13 | Fixar | 14 | Fixar |
| 14 | Fixar | 15 | Fixar |
| 15 | Fixar | 16 | Fixar |
| 16 | Fixar | 17 | Fixar |
| 17 | Fixar | 18 | Fixar |
| 18 | Fixar | 19 | Fixar |
| 19 | Fixar | 20 | Fixar |
| 20 | Fixar | 21 | Fixar |
| 21 | Fixar | 22 | Fixar |
| 22 | Fixar | 23 | Fixar |
| 23 | Fixar | 24 | Fixar |
| 24 | Fixar | 25 | Fixar |
| 25 | Fixar | 26 | Fixar |
| 26 | Fixar | 27 | Fixar |
| 27 | Fixar | 28 | Fixar |
| 28 | Fixar | 29 | Fixar |
| 29 | Fixar | 30 | Fixar |
| 30 | Fixar | 31 | Fixar |
| 31 | Fixar | 32 | Fixar |
| 32 | Fixar | 33 | Fixar |
| 33 | Fixar | 34 | Fixar |
| 34 | Fixar | 35 | Fixar |
| 35 | Fixar | 36 | Fixar |
| 36 | Fixar | 37 | Fixar |
| 37 | Fixar | 38 | Fixar |
| 38 | Fixar | 39 | Fixar |
| 39 | Fixar | 40 | Fixar |
| 40 | Fixar | 41 | Fixar |
| 41 | Fixar | 42 | Fixar |
| 42 | Fixar | 43 | Fixar |
| 43 | Fixar | 44 | Fixar |
| 44 | Fixar | 45 | Fixar |
| 45 | Fixar | 46 | Fixar |
| 46 | Fixar | 47 | Fixar |
| 47 | Fixar | 48 | Fixar |
| 48 | Fixar | 49 | Fixar |
| 49 | Fixar | 50 | Fixar |
| 50 | Fixar | 51 | Fixar |
| 51 | Fixar | 52 | Fixar |
| 52 | Fixar | 53 | Fixar |
| 53 | Fixar | 54 | Fixar |
| 54 | Fixar | 55 | Fixar |
| 55 | Fixar | 56 | Fixar |
| 56 | Fixar | 57 | Fixar |
| 57 | Fixar | 58 | Fixar |
| 58 | Fixar | 59 | Fixar |
| 59 | Fixar | 60 | Fixar |
| 60 | Fixar | 61 | Fixar |
| 61 | Fixar | 62 | Fixar |
| 62 | Fixar | 63 | Fixar |
| 63 | Fixar | 64 | Fixar |
| 64 | Fixar | 65 | Fixar |
| 65 | Fixar | 66 | Fixar |
| 66 | Fixar | 67 | Fixar |
| 67 | Fixar | 68 | Fixar |
| 68 | Fixar | 69 | Fixar |
| 69 | Fixar | 70 | Fixar |
| 70 | Fixar | 71 | Fixar |
| 71 | Fixar | 72 | Fixar |
| 72 | Fixar | 73 | Fixar |
| 73 | Fixar | 74 | Fixar |
| 74 | Fixar | 75 | Fixar |
| 75 | Fixar | 76 | Fixar |
| 76 | Fixar | 77 | Fixar |
| 77 | Fixar | 78 | Fixar |
| 78 | Fixar | 79 | Fixar |
| 79 | Fixar | 80 | Fixar |
| 80 | Fixar | 81 | Fixar |
| 81 | Fixar | 82 | Fixar |
| 82 | Fixar | 83 | Fixar |
| 83 | Fixar | 84 | Fixar |
| 84 | Fixar | 85 | Fixar |
| 85 | Fixar | 86 | Fixar |
| 86 | Fixar | 87 | Fixar |
| 87 | Fixar | 88 | Fixar |
| 88 | Fixar | 89 | Fixar |
| 89 | Fixar | 90 | Fixar |
| 90 | Fixar | 91 | Fixar |
| 91 | Fixar | 92 | Fixar |
| 92 | Fixar | 93 | Fixar |
| 93 | Fixar | 94 | Fixar |
| 94 | Fixar | 95 | Fixar |
| 95 | Fixar | 96 | Fixar |
| 96 | Fixar | 97 | Fixar |
| 97 | Fixar | 98 | Fixar |
| 98 | Fixar | 99 | Fixar |
| 99 | Fixar | 100 | Fixar |
| 100 | Fixar | 101 | Fixar |
| 101 | Fixar | 102 | Fixar |
| 102 | Fixar | 103 | Fixar |
| 103 | Fixar | 104 | Fixar |
| 104 | Fixar | 105 | Fixar |
| 105 | Fixar | 106 | Fixar |
| 106 | Fixar | 107 | Fixar |
| 107 | Fixar | 108 | Fixar |
| 108 | Fixar | 109 | Fixar |
| 109 | Fixar | 110 | Fixar |
| 110 | Fixar | 111 | Fixar |
| 111 | Fixar | 112 | Fixar |
| 112 | Fixar | 113 | Fixar |
| 113 | Fixar | 114 | Fixar |
| 114 | Fixar | 115 | Fixar |
| 115 | Fixar | 116 | Fixar |
| 116 | Fixar | 117 | Fixar |
| 117 | Fixar | 118 | Fixar |
| 118 | Fixar | 119 | Fixar |
| 119 | Fixar | 120 | Fixar |
| 120 | Fixar | 121 | Fixar |
| 121 | Fixar | 122 | Fixar |
| 122 | Fixar | 123 | Fixar |
| 123 | Fixar | 124 | Fixar |
| 124 | Fixar | 125 | Fixar |
| 125 | Fixar | 126 | Fixar |
| 126 | Fixar | 127 | Fixar |
| 127 | Fixar | 128 | Fixar |
| 128 | Fixar | 129 | Fixar |
| 129 | Fixar | 130 | Fixar |
| 130 | Fixar | 131 | Fixar |
| 131 | Fixar | 132 | Fixar |
| 132 | Fixar | 133 | Fixar |
| 133 | Fixar | 134 | Fixar |
| 134 | Fixar | 135 | Fixar |
| 135 | Fixar | 136 | Fixar |
| 136 | Fixar | 137 | Fixar |
| 137 | Fixar | 138 | Fixar |
| 138 | Fixar | 139 | Fixar |
| 139 | Fixar | 140 | Fixar |
| 140 | Fixar | 141 | Fixar |
| 141 | Fixar | 142 | Fixar |
| 142 | Fixar | 143 | Fixar |
| 143 | Fixar | 144 | Fixar |
| 144 | Fixar | 145 | Fixar |
| 145 | Fixar | 146 | Fixar |
| 146 | Fixar | 147 | Fixar |
| 147 | Fixar | 148 | Fixar |
| 148 | Fixar | 149 | Fixar |
| 149 | Fixar | 150 | Fixar |
| 150 | Fixar | 151 | Fixar |
| 151 | Fixar | 152 | Fixar |
| 152 | Fixar | 153 | Fixar |
| 153 | Fixar | 154 | Fixar |
| 154 | Fixar | 155 | Fixar |
| 155 | Fixar | 156 | Fixar |
| 156 | Fixar | 157 | Fixar |
| 157 | Fixar | 158 | Fixar |
| 158 | Fixar | 159 | Fixar |
| 159 | Fixar | 160 | Fixar |
| 160 | Fixar | 161 | Fixar |
| 161 | Fixar | 162 | Fixar |
| 162 | Fixar | 163 | Fixar |
| 163 | Fixar | 164 | Fixar |
| 164 | Fixar | 165 | Fixar |
| 165 | Fixar | 166 | Fixar |
| 166 | Fixar | 167 | Fixar |
| 167 | Fixar | 168 | Fixar |
| 168 | Fixar | 169 | Fixar |
| 169 | Fixar | 170 | Fixar |
| 170 | Fixar | 171 | Fixar |
| 171 | Fixar | 172 | Fixar |
| 172 | Fixar | 173 | Fixar |
| 173 | Fixar | 174 | Fixar |
| 174 | Fixar | 175 | Fixar |
| 175 | Fixar | 176 | Fixar |
| 176 | Fixar | 177 | Fixar |
| 177 | Fixar | 178 | Fixar |
| 178 | Fixar | 179 | Fixar |
| 179 | Fixar | 180 | Fixar |
| 180 | Fixar | 181 | Fixar |
| 181 | Fixar | 182 | Fixar |
| 182 | Fixar | 183 | Fixar |
| 183 | Fixar | 184 | Fixar |
| 184 | Fixar | 185 | Fixar |
| 185 | Fixar | 186 | Fixar |
| 186 | Fixar | 187 | Fixar |
| 187 | Fixar | 188 | Fixar |
| 188 | Fixar | 189 | Fixar |
| 189 | Fixar | 190 | Fixar |
| 190 | Fixar | 191 | Fixar |
| 191 | Fixar | 192 | Fixar |
| 192 | Fixar | 193 | Fixar |
| 193 | Fixar | 194 | Fixar |
| 194 | Fixar | 195 | Fixar |
| 195 | Fixar | 196 | Fixar |
| 196 | Fixar | 197 | Fixar |
| 197 | Fixar | 198 | Fixar |
| 198 | Fixar | 199 | Fixar |
| 199 | Fixar | 200 | Fixar |
| 200 | Fixar | 201 | Fixar |
| 201 | Fixar | 202 | Fixar |
| 202 | Fixar | 203 | Fixar |
| 203 | Fixar | 204 | Fixar |
| 204 | Fixar | 205 | Fixar |
| 205 | Fixar | 206 | Fixar |
| 206 | Fixar | 207 | Fixar |
| 207 | Fixar | 208 | Fixar |
| 208 | Fixar | 209 | Fixar |
| 209 | Fixar | 210 | Fixar |
| 210 | Fixar | 211 | Fixar |
| 211 | Fixar | 212 | Fixar |
| 212 | Fixar | 213 | Fixar |
| 213 | Fixar | 214 | Fixar |
| 214 | Fixar | 215 | Fixar |
| 215 | Fixar | 216 | Fixar |
| 216 | Fixar | 217 | Fixar |
| 217 | Fixar | 218 | Fixar |
| 218 | Fixar | 219 | Fixar |
| 219 | Fixar | 220 | Fixar |
| 220 | Fixar | 221 | Fixar |
| 221 | Fixar | 222 | Fixar |
| 222 | Fixar | 223 | Fixar |
| 223 | Fixar | 224 | Fixar |
| 224 | Fixar | 225 | Fixar |
| 225 | Fixar | 226 | Fixar |
| 226 | Fixar | 227 | Fixar |
| 227 | Fixar | 228 | Fixar |
| 228 | Fixar | 229 | Fixar |
| 229 | Fixar | 230 | Fixar |
| 230 | Fixar | 231 | Fixar |
| 231 | Fixar | 232 | Fixar |
| 232 | Fixar | 233 | Fixar |
| 233 | Fixar | 234 | Fixar |
| 234 | Fixar | 235 | Fixar |
| 235 | Fixar | 236 | Fixar |
| 236 | Fixar | 237 | Fixar |
| 237 | Fixar | 238 | Fixar |
| 238 | Fixar | 239 | Fixar |
| 239 | Fixar | 240 | Fixar |
| 240 | Fixar | 241 | Fixar |
| 241 | Fixar | 242 | Fixar |
| 242 | Fixar | 243 | Fixar |
| 243 | Fixar | 244 | Fixar |
| 244 | Fixar | 245 | Fixar |
| 245 | Fixar | 246 | Fixar |
| 246 | Fixar | 247 | Fixar |
| 247 | Fixar | 248 | Fixar |
| 248 | Fixar | 249 | Fixar |
| 249 | Fixar | 250 | Fixar |
| 250 | Fixar | 251 | Fixar |
| 251 | Fixar | 252 | Fixar |
| 252 | Fixar | 253 | Fixar |
| 253 | Fixar | 254 | Fixar |
| 254 | Fixar | 255 | Fixar |
| 255 | Fixar | 256 | Fixar |
| 256 | Fixar | 257 | Fixar |
| 257 | Fixar | 258 | Fixar |
| 258 | Fixar | 259 | Fixar |
| 259 | Fixar | 260 | Fixar |
| 260 | Fixar | 261 | Fixar |
| 261 | Fixar | 262 | Fixar |
| 262 | Fixar | 263 | Fixar |
| 263 | Fixar | 264 | Fixar |
| 264 | Fixar | 265 | Fixar |
| 265 | Fixar | 266 | Fixar |
| 266 | Fixar | 267 | Fixar |
| 267 | Fixar | 268 | Fixar |
| 268 | Fixar | 269 | Fixar |
| 269 | Fixar | 270 | Fixar |
| 270 | Fixar | 271 | Fixar |
| 271 | Fixar | 272 | Fixar |
| 272 | Fixar | 273 | Fixar |
| 273 | Fixar | 274 | Fixar |
| 274 | Fixar | 275 | Fixar |
| 275 | Fixar | 276 | Fixar |
| 276 | Fixar | 277 | Fixar |
| 277 | Fixar | 278 | Fixar |
| 278 | Fixar | 279 | Fixar |
| 279 | Fixar | 280 | Fixar |
| 280 | Fixar | 281 | Fixar |
| 281 | Fixar | 282 | Fixar |
| 282 | Fixar | 283 | Fixar |
| 283 | Fixar | 284 | Fixar |
| 284 | Fixar | 285 | Fixar |
| 285 | Fixar | 286 | Fixar |
| 286 | Fixar | 287 | Fixar |
| 287 | Fixar | 288 | Fixar |
| 288 | Fixar | 289 | Fixar |
| 289 | Fixar | 290 | Fixar |
| 290 | Fixar | 291 | Fixar |
| 291 | Fixar | 292 | Fixar |
| 292 | Fixar | 293 | Fixar |
| 293 | Fixar | 294 | Fixar |
| 294 | Fixar | 295 | Fixar |
| 295 | Fixar | 296 | Fixar |
| 296 | Fixar | 297 | Fixar |
| 297 | Fixar | 298 | Fixar |
| 298 | Fixar | 299 | Fixar |
| 299 | Fixar | 300 | Fixar |
| 300 | Fixar | 301 | Fixar |
| 301 | Fixar | 302 | Fixar |
| 302 | Fixar | 303 | Fixar |
| 303 | Fixar | 304 | Fixar |
| 304 | Fixar | 305 | Fixar |
| 305 | Fixar | 306 | Fixar</ |



Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Givanildo Ferreira de Melo Idade: 49 a
Convenio: SUS Data: 19/01/16
Procedimento: tratamento cirúrgico e/ ou raccolha de
fratura das ossas do antebraço (P)
Cirurgião: Dr. Aristóteles Auxiliar: Dr. João Paulo Anestesista: Dr. Fábio
Início: 13:20 Término: 15:20 Anestesia: Bloqueio do
plexo

Observations:

Observações:
Pôs com cerca e orientado para o bloquinho - anotando
as 15h30. Só que queria dizer de 15h15.

B. CRM 7300



| | |
|--|--|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Cerada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgescência jugular: () | |
| Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia () | |
| Ausculta cardíaca: () Rítmica () Aritmica () Entra () Custo Marcapasso () Transitorio () Deltativo | |
| Caíter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção Localização _____ Data da punção <u>72/01/16</u> | |
| Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: <u>distado 15/01/16</u> | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Enragecido () Caquético () Óbeso. | |
| Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NHO () SNG () SNE () Garronoma () Jejunostomia () NFT; Hora _____ Data _____ | |
| Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Picosse () Outros: | |
| Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tensa () Ascítico () Outros. | |
| RHA: () Normoalveus () Ausentes () Diminuidos () Aumentados | |
| Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Consistido há _____ dias () Outros. | |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Relentão () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h | |
| Aspecto: () Outros: _____ Observações: | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condicação da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Resssecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: | |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado | |
| Condições das mucosas: () Umidas () Secas Manifestações de sede: () | |
| Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____ / _____ / _____ | |
| Dreno: () Troc/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____ | |
| Ulceras de pressão: () Eslágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo _____ / _____ / _____ | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória | |
| Limitação física: () Ademada () Cadeira de rodas () Outro: | |
| SONO E REPOUSO | |
| () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ | |
| DATA: <u>15/01/16</u> HORA: _____ h | |

Karoline Alichev
 Cátia Lima Marques
 GEFERMPRJ
 COSE/113/07/16

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilvando Ferreira | Registro: | Leito 10-1 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90; P: 80; bpm; FR: 16; bpm; PA: 120/80; mmHg; FC: 70; bpm; SpO2: 95; %
HGT: 70 cm; Peso: 75 Kg; Altura: 175 cm; Dor: () Local: () Obs: ()

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): 15 | Orcas (Sedação/Analgesia): ()Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas MidráticasMobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia LocalLinguagem: Claro Quel? Disfonia Afasia Disfasia DisartriaObs: ()

EXIGENAÇAO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % Imin Tracheostomia Ayre/Tubo T
(VLM) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O Eupneia Taquipneia Bradipneia Dispneia Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D ERuidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:Tosse: Improativa Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspectoAspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D JE Selo d'água:Data da inserção do dreno: 7/7/2019 | Aspecto da drenagem torácica: ()Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ | Data: 7/7/2019 | Hora: ()

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

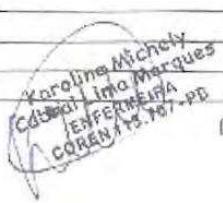
Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar | Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

 Tranquilo Agitado Agressivo Risco de queda | Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Fibríforme Cheio

| | |
|--|--|
| Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Clanose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> <3 segundos <input checked="" type="checkbox"/> >3 segundos <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/> | |
| Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ | Precordialgia <input type="checkbox"/> |
| Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Supr. <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo | |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção Localização _____ | Data da punção 16/01/16 |
| Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca Observações _____ | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso | |
| Defecação: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Présese | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NHO <input type="checkbox"/> ISNG <input type="checkbox"/> ISNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NFT; Horas: _____ | Data: _____ / _____ / _____ |
| Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Tensa <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| RHA: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados | |
| Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ileíca <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD. Débito _____ ml/h; | |
| Aspeto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações: _____ | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condicação da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equirrosa <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escorições <input type="checkbox"/> Outro. | |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocerada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictílica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado | |
| Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> | |
| Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto _____ | Curativo em _____ / _____ / _____ |
| Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ | Débito: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____ |
| Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____ | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: _____ | |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória. | |
| Limitação física: <input type="checkbox"/> Acaimado <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| SONO E REPOUSO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: _____ | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante Observações: _____ | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 18/01/16 HORA: _____ h | |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Giovanni de Oliveira Ferreira | Registro: | Leito: 10 - 1 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

| | |
|---|---|
| Sinais vitais: Tax: °C, P: bpm, FR: rpm, PA: mmHg, FC: bpm, SPO2: % | HGT: mg/dl; Peso: Kg, Altura: cm Dor: () Local: Obs: () |
|---|---|

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Móticas () Midráticas

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

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

Cls:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % | Fimbr () Tracheostomia () Ayro/Tubo T
 () VMI () VMI TOT nº | Comissura labial nº | FiO2 % | PEEP cmH2O

Eupnônia () Tequipnônia () Bradipnônia () Dispnônia () Outros.

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: pH | PCO₂ | PO₂ | HCO₃ | EB | SpO₂ | Data: / / | Hora: *

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alterações: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar | Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

RR: Regular () Irregular () Impalpável () Falso () Cheio





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gianilberto Fernanda | Registro: | Leito: JO - 1 | Setor Atual: Ort

2. AVALIAÇÃO GERAL

| | | |
|--|----------------------------------|----------------------|
| Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: bpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %. | HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs: |
|--|----------------------------------|----------------------|

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLOGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Tópico Comatoso Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésica)

Pupilas: Fisiológicas Anfisológicas D>E E>D Fotorreagentes Nicotinas Midriáticos

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENACAO

| | |
|--|--|
| Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Cateter Nasal <input type="checkbox"/> Venturi % l/min <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ayre/Tubo T | <input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O |
|--|--|

Eupnêia Tacupnêia Bradipnêia Dispnêia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente. Diminuídos JD E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

| | |
|--|--|
| Tosse: <input type="checkbox"/> Improdutiva <input type="checkbox"/> Produtiva | Expectoração: <input type="checkbox"/> Quantidade e aspecto: |
|--|--|

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio



| | |
|---|---|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Cetada <input type="checkbox"/> Hipocretada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida | Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos; <input type="checkbox"/> ≥ 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/> |
| Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ | Precordialgia <input type="checkbox"/> |
| Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo | Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: _____ Data da punção: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: _____ | ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso. | Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> ISNE <input type="checkbox"/> Galenoma <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Préciese. | Alterações: <input type="checkbox"/> Impetigina <input type="checkbox"/> Distogia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados | Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Auscultico <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Liquida <input type="checkbox"/> Constipada há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros: _____ | RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> ISVD: Débito _____ ml/h; | Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> ISVD: Débito _____ ml/h; |
| Aspectos: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações: _____ | Aspectos: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações: _____ |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocretada <input type="checkbox"/> Hipocretada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Gianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado |
| Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> | Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> |
| Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | CUIDADO CORPORAL |
| Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: _____ | |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória | |
| Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> V/camado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| SONO E REPOUSO | |
| ^(*) Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: _____ | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo. <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: _____ | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ | |
| DATA: <u>20/01/16</u> HORA: _____ h | |

Pele: Copada () Hipocorada () Gianose () Sudorese () Fria () Aquesida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: / /

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarcina. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: () Nutrida () Emagrecido () Cacúlico () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () VJO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /

Alterações: () Inapeténcia () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prósse () Outros:

Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Relação () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em / /

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro

SONO E REPOSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

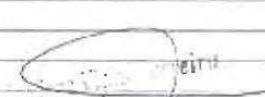
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros.

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRENCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 19/01/16 HORA: 15:39 h





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Giovanni Fimiani de Mello | Registro: Leito: 10.1 | Seção Atual: Ortopedia

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 80 C: P: bpm; FR: 16 bpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 60 bpm; SPO2: 98%
T: 36.5 °C; Peso: 70 Kg; Altura: 175 cm | Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confusa () Letárgico () Torporosa () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgésia):

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

Linguagem: () Clara () Quel? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Catefer Nasal () Venturi % I/min () Tracheostomia () Ayra/Tubo T
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupneia; () Taquipneia () Bradipneia () Disnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

RR: () Regular () Irregular () Imobilizável () Filiforme () Cheio



| RESULTADOS ESPERADOS: | | | | | | | | | |
|--|-------------|----|---|----|----|-----|---------|-----------|---|
| REGISTROS | | | | | | | | | |
| DATA | HORA | PA | T | FC | FR | HGT | DIURESE | AVALIAÇÃO | ASSINATURA / CRIMBO |
| 13/01/2018 | 08:13:21,60 | | | | | | | | Rosilene dos Santos Melo TÉC. EM ENFERMAGEM COREN - PB: QJL 014.372 |
| INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA | | | | | | | | | |
| INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA | | | | | | | | | |





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): GIVANILDO FERREIRA DE MELO
 Dr(a): ELIAS HOLANDA (CRM)
 Convenio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000254099
 Data: 13-01-2016 08:11
 Idade: 48 anos
 Reg: ARUA AMARELA
 Origem: ARUA AMARELA
 Destino: ARUA AMARELA

HEMOCRISTAL

(DATA DA COLETA: 13/01/2016 08:16)

Resultados

Unidades de Referência

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos | 3.75 milhões/mm ³ | 4,2 a 6,2 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina | 12,2 g/dL | 13,5 a 15,5 g/dL |
| Humatócrito | 37 % | 40,0 a 52,0 % |
| V.C.M. | 98 fL | 80,0 a 92,0 fL |
| H.C.M. | 33 pg | 21,0 a 25,0 pg |
| C.H.C.M. | 33 g/dL | 32,0 a 36,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | 8.000 /mm ³ | 6.000 a 10.000/mm ³ |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| | (%) | (/mm ³) |
| Leucócitos | | |
| Neutrófilos | 0 | 0 |
| Promieloцитos | 0 | 0 |
| Mieloцитos | 0 | 0 |
| Metamieloцитos | 0 | 0 |
| Bastonetes | 1,0 | 80 |
| Segmentados | 82,0 | 6.560 |
| Eosinófilos | 0 | 0 |
| Basófilos | 0 | 0 |
| Monocitos | 13,0 | 1.040 |
| Atípicos | 0 | 0 |
| Tipicos | 4,0 | 320 |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS | 247.000 mm ³ | 150.000 a 400.000/mm ³ |

OBSEVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

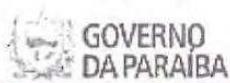
Mônica Fernanda
 Biomédica
 CRM 4604

Newlab



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle da Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

| | | | | | |
|-----------|--|------------|------------------|----------|---------------|
| Sra(s): | GIVANILDO FERREIRA DE MELO | Protocolo: | 0000254099 | RG: | NÃO INFORMADO |
| Dr(a)s: | ELIAS HOLANDA | Data: | 13-01-2016 08:11 | Orgão: | ÁREA SALARÍA |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade: | 48 anos | Residir: | ÁREA AMARALIA |

TEMPO DE SANGRAMENTO

1'30"

Data da coleta: 13/01/2016 08:18

Medicamento: 0,5mg

Média: 1,5s

Valores de Referência:

2'00" a 3'00"

TEMPO DE COAGULAÇÃO

6'00" min

Data da coleta: 13/01/2016 08:18

Medicamento: 0,5mg

Média: 10'00"

Valores de Referência:

6'00" a 12'00"

Marvin Fernanda
Biomedica
CRBM 4004

 **Newlab**
Laboratório



PNCQ
Programa Nacional
de Centros de Qualidade



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050617261573300000020391408>
Número do documento: 19050617261573300000020391408

Num. 20967166 - Pág. 4



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

| | | | | | |
|-----------|--|------------|------------------|----------|---------------|
| Setap: | GIVANILDO FERREIRA DE MELO | Protocolo: | 0000254099 | RG: | NÃO INFORMATO |
| Dr(a): | ELIAS HOLANDA | Data: | 13/01/2016 08:11 | Origem: | ÁREA AMARILLA |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade: | 48 anos | Destino: | ÁREA AMARILLA |

UREIA

DATA DA COLETA: 13/01/2016 08:11
Resultado 30 mg/dl
Resultados anteriores:
Materne: Corte
Referência: Autocorrelação: 100%

Referência: 10 a 20 mg/dl

CREATININA

DATA DA COLETA: 13/01/2016 08:11
Resultado 0,9 mg/dl

Referência: 0,2 a 1,1 mg/dl
Colesterol: 0,2 a 1,6 mmol
Glicose: 0,1 a 1,9 mmol
Urope: Glicosurias: Urina, Urine
Ox. Urinário: 0 mmol/dia
Referência: 0 mmol/dia
Nitrato: 0 mmol/dia
Referência: 0 mmol/dia
Urobilina: C. posit. +/++/++
Referência: 0 a 100.

Resultados anteriores:

Referência: 0,9
Referência: Corte
Referência: Corte

Marcia Fernanda
Biomédica
ORBM 4684

 **Newlab** Laboratório



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

| | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|-----|---------------------|-----|------------|-------------------|
| NOME: JAVIER AL | | SEXO: M | | DATA DE NASCIMENTO: | | LEITO: | |
| IDADE: 66 | | SFXO: M | | | | | |
| SETOR: 101 | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO | | | | | | | |
| ALERGIAS | | SIM | NAO | QUAIS: | | | |
| MEDICAÇÃO CONTINUA | | SIM | NAO | QUAIS: | | | |
| DOENÇA CRÔNICA | | SIM | NAO | QUAIS: | | | |
| PRESENÇA DE ESCARRA | | SIM | NAO | LOCAL: | | | |
| PRESSÃO ARTERIAL | | HIPOTENSO | | NORMOPOTENSO | | HIPERTENSO | |
| SISTEMA NEUROLOGICO | | CONSCIENTE | | INCONSCIENTE | | ORIENTADO | |
| SISTEMA RESPIRATORIO | | DISPÊNICO | | TAQUIPÊNICO | | EUPNEICO | BRAD PNEICO |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE) | | NORMAL | | POLURIA | | OLIGURIA | SUD |
| MOBILIDADE: | | DUSURIA | | CISTOSTOMIA | | ANURIA | |
| | | DEAMBULA | | DEAMBULA C/ APOIO | | ACAMADO | DEF C T MOTOR |
| | | TETRAPLEGIA | | HEMIPLÉGIA | | PARESIA | RESTRITO NO PEITO |
| SIST GAS RÓNTÉATINAL D ETAI | | VO | | SNG | | SNE | |
| ESTADO NUTRICIONAL | | NUTRIDO | | DESNUTRIDO | | CEESO | CAQUÊTICO |
| DADOS VITais | | PA: | IT: | FR: | FC: | PESO: | |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM | | | | | | | |
| RISCO DE QUEDA | | CD FR: <i>baixa ou apaga</i> | | | | | |
| RISCO DE ASPIRAÇÃO | | CD FR | | | | | |
| RISCO DE INFECÇÃO | | CD FR <i>pela respiração</i> | | | | | |
| RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL | | CD FR | | | | | |
| RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL | | CD FR | | | | | |
| RISCO DE RETENÇÃO URINARIA | | CD FR | | | | | |
| RISCO DE SANGRAMENTO | | CD FR | | | | | |
| NÁUSEA | | CD FR | | | | | |
| DOR AGUDA | | CD FR: <i>pela respiração</i> | | | | | |
| DOR CRÔNICA | | | | | | | |
| PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ | | CD FR | | | | | |
| MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA | | CD FR | | | | | |
| DEF C T NO AUTO CUIDADO | | CD FR | | | | | |
| ALIMENTAR-SE | | CD FR | | | | | |
| PARABANHO | | CD FR | | | | | |
| INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | | CD FR | | | | | |
| RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA | | CD FR | | | | | |
| RISCO DE SÍNDROMES DO DESUSO | | CD FR | | | | | |
| | | CD FR | | | | | |
| | | CD FR | | | | | |
| | | CD FR | | | | | |

| ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PESONAL | PREScriÇÃO DE ENFERMAGEM | APRAZAMENTO | ASSINATURA |
|---|--------------------------|-------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais | 15 22 | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR | - | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. | - | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 03ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. | - | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> AVAIIAR SINAIS DE INSUFICIENCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). | - | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VAS AÉREAS. | - | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45° | - | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. | - | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITRAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA). | - | - | - |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. | - | - | - |
| IZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE | - | - | - |
| CONFERIR OS DIAS IDENTIFICADOS AS CONSULTAS TOMADAS PELA | - | - | - |




**GOVERNO
DA PARAÍBA**
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

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 | | |
| Movimento 2 membros = 1 | | |
| Movimento 4 membros = 2 | | |
| Apneia = 0 | | |
| Respiração Limitada, Dispuícia = 1 | | |
| Respiração profunda e tosse = 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 | | |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 | | |
| Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 | | |
| Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2 | | |
| Não responde ao chamado = 0 | | |
| Despertado ao chamado = 1 | | |
| Completamente acordado = 2 | | |
| TOTAL DE PONTOS | | |

R CRM 7300

Assinatura do anestesista



Ortopedia

DN: 23/01/1969

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------------|------------------|-------------------------|--------|--|
| PACIENTE: GIVANILDO FERRÉIRA DE MELO | | | | | GOVERNO DA PARAÍBA | | |
| Qd 1-D | LEITE 01 | CONVÉNIO SUS | IOADE 49 | REGISTRO 1268106 | | | |
| CIRURGIA TURNO: 01 | DATA: 10/01/2016 | CIRURGÃO: DR. ANTONIO RIBEIRO | ANESTESIA: Dr. Ribeiro | | | | |
| INSTRUMENTADORA: NORTEA - B30 | DATA: 10/01/2016 | INICIO: 03:20 | FIM: 15:20 | | | | |
| Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | | | | Qtd. | FIOS | CÓDIGO | |
| Adrenalinamp | 01 | Bossa Colostomia | | | Catgut crimpado Sertix | | |
| Alcainaamp | | Catgut Org | | | Catgut crimpado Sertix | | |
| Dacetanamp | | Calef. De Jumar Sist. Fecm | | | Catgut crimpado Sertix | | |
| Umoreamp | | Comprese Grande | | | Catgut crimpado Sertix | | |
| Octaninaamp | | Comprese Pequena | | | Catgut Simples | | |
| Efane m | | Catonicia | | | Catgut Simples Sertix | | |
| Fenegamamp | | Drano | | | Catgut Simples Sertix | | |
| Fenamamp | | Drano Kerr n° | | | Catgut Simples Sertix | | |
| Ketalaramp | | Drano Pezzar n° | | | Catgut Simples Sertix | | |
| Meracina | 0.5 m | Equipo de Macrogomas | | | Catgut Simples Sertix | | |
| Nubstamamp | | Equipo de Sangue | | | Catgut Simples Sertix | | |
| Pavulonamp | | Equipo de PVC | | | Fio de Algodão Sertix | | |
| Programineamp | 0.3 | Espasamento Largo cm | | | Fio de Algodão Suturak | | |
| Protexolamp | | Furacim m | | | Fio de Algodão Suturak | | |
| 01 | | Gase Pacote c. 10 Unidades | | | Fio cardíaco | | |
| Respiratoramp | | 4.0 ml | | | Mononyan | | |
| Trivenemula ml | | Intracat. Azul | 07 | | Mononyan 2-0 | | |
| 01 | | Intracat. Infantil | | | Prolene Sertix | | |
| Qtd. MEDICAÇÕES | 03 | Lâmina de Bisturi n° 23 | | | Prolene Sertix | | |
| 05 | | Lâmina de Bisturi n° 11 | | | Prolene Sertix | | |
| 01 | | Lâmina de Bisturi n° 15 | | | Prolene Sertix | | |
| Dipronaamp | 01 | Luvas 7.0 | | | Vicryl Sertix | | |
| Flexoamp | 00 | Luvas 8.0 | | | Vicryl Sertix | | |
| Flexocorticoamp | 02 | Luvas 8.0 | 04 | | Vicryl Sertix | | |
| Cetamidraamp | 02 | Luvas 8.5 | | | Vicryl Sertix 0 | | |
| Oxoseamp | 0.5 | Oxigeno fm | | | | | |
| Glucos de Colio 3.5% | | Pulifix | | | | | |
| Pueroco m | 2.5 | Pueroco m CLOREX 10 ml | | | | | |
| Hepraleno m | | PVPI Topico ml | | Qtd. | SOROS | | |
| Kanakinamp | | Sabao Antiséptico | 2.5 | | SE Normalizado 1.500 ml | | |
| Lasixamp | 0.5 | Saco coletor | | | SG Geral 1.500 ml | | |
| Metodriptazol | 02 | Seringa desc. 10 ml | | | SG Hipertônico 1.500 ml | | |
| Flasolamp | 03 | Seringa desc. 20 ml | | 02 | SG Ringer 1.500 ml | | |
| Proamine | 02 | Seringa desc. 60 ml | | 02 | SE 500 ml | | |
| Revilamamp | | Sonca | | | SIST. - NORMA | | |
| St. Johnamp | | Sonca foley | | Qtd. | ORTSESE E PRÓTESE | | |
| 02 | | Sonda Nasogástrica | | | | | |
| 02 | | Sonda Urinaria | | | | | |
| 01 | | Sterigrem m | | | | | |
| Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES | | Tornérrinha | | | | | |
| 03 | | Vaseline ml | | | | | |
| Aguilha desc. 25 x 7 | | Galco 18 | | | | | |
| Aguilha desc. 25 x 25 | | Lakes | | | | | |
| 01 | | Aguilha desc. 3.5 x 7 | | | | | |
| Aguilha p/ ração n° | 05 | | | | | | |
| Alcool de Enfardagem | | | | | | | |
| Alcool Isotôpico ml | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| Algururas de Crepon 30 | | | | | | | |
| Algururas de Gessoada | | | | | | | |
| Agu. m/ leno amp | | | | | | | |
| Benzino ml | | | | | | | |
| EQUIPAMENTOS | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Serra | <input type="checkbox"/> Eletrocautério | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desbridador | <input type="checkbox"/> Oxícapnôgrafo | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal | <input type="checkbox"/> Cardiômetro | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico | | | | | | |
| CIRCULANTE RESPONSÁVEL | | | | | | | |

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| HUECG | | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | ENFERMAGEM | ESPECIE | PROBLEMA |
|---|--|---|-------------|--------------|--|----------|
| FOLHA DE ANESTESIA | | Nome: Giovanna Ferreira de Melo | | DATA: | SEXO: | CON: |
| 78-1-11 | | PERÍODO ANESTÉSICO | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO |
| TIPO SABATINHO | | ATMOCAS | HEMOGLOBINA | HEMOCRITOS | CICLOPS | ALTURA |
| | | URINA | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | | | ALMA | ESTRÉNIO |
| AP. CIRCULATÓRIO | | | | | ELETROGORDIGRAMA | |
| AP. DIGESTIVO | | DENTES | PERÍODO | AP. URINÁRIO | | |
| ESTADO MENTAL | | ATARAXICO | ECOENÓDOS | ALCOOL | HIGIENE | |
| DIAGNÓSTICO P.R.T-OPERATÓRIO | | frente ante-lateral | | | ESTIGMOS | PEROL |
| ANESTESIA ANTERIOR | | | | | | |
| MEDIDAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | | mida pele → 74 | | | APLICADA | AS |
| AGULHAS ALESTÉ SCN | | | | | ESTÉTO | |
| LÍQUIDOS | | 500 ml x 4 x 50 ml | | | INJECÃO | |
| UR. MELANOC. 205 ANEST. ANESTÉSICO. OFERECIDO. | | | | | Saliva: _____ Escol: _____ Peso: _____ Laringe: espesso: _____ Lento: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Quilos: _____ | |
| SÍMBOLOS ANOTAÇÕES | | | | | MANUTENÇÃO | |
| | | | | | 78-1-11 | |
| POSIÇÃO | | | | | ANESTESIA SAÍDE: Sim: _____ Não: _____ Não, por quê? _____ | |
| ACTIVOS | | | | | DESPERTAR | |
| TÉCNICA | | | | | Reflexos na SO: _____ Olhos: _____ Ol: _____ Fim: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Olhos: _____ | |
| OPERAÇÃO | | grau 1 cintura fratura ante-lata | | | Comida: | |
| CIRURGIOS | | M. AMARAL Tavares | | | Paro e Leto: Sim: _____ Não: _____ | |
| ANESTESISTAS | | Dr. Ricardo Rafael | | | CONDICIONES: | |
| AVIAÇÕES | | | | | | |



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

Hospital: Hospital de Leiria Código: _____
Procedimento: Reperfusão endovenosa Cód. Procedimento: _____

Paciente: Guadalupe Pérez de Mora

Data da Cirurgia: 17/01/18 Nº protocolário 3163473 Convênio:

Environ. Biol. Fish. (2007) 79:1–10
DOI 10.1007/s10641-006-9819-1

DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

| Qtd. | Descrição | Cód. Produto | Valor Unit. | Valor Total |
|------|--------------------------|--------------|-------------|-------------|
| 01 | Placa Rita DCP 132 Euros | | | |
| 01 | " " " 09 Euros | | | |
| 03 | Placa angular Rita 3x5 | | | |

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

| | | | | | Valor Unit. | Valor Total |
|---|-----|----|----|----|-------------|-------------|
| Parafuso Cortical 1.5 mm | Nº | 14 | 16 | 18 | 20 | |
| | Qtd | 01 | 03 | 10 | 09 | |
| | Cód | | | | | |
| Parafuso Cortical 1.5 mm | Nº | | | | | |
| | Qtd | | | | | |
| | Cód | | | | | |
| Parafuso Esponjoso 4.0 mm | Nº | 16 | 18 | | | |
| | Qtd | 02 | 03 | | | |
| | 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 FICHAZÃO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: _____ - Total: _____

Pad. Instrumentador: _____

Dr. Aristóteles Querido 100
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MULHER, CIRURGIA ORTOPEDICA E COTOVELO
CRM 2817 - TEC 1207
Av. 570 - 12º Dr. Chaves nº 206
Tel: 3341-2566



GOVERNO

SECRETARIA DE SAÚDE

Notificação

Síndrome de
Mucormicose

10/01/2020

10

Notificação
de Mucormicose

APLICAR
ANTIFUNGICOS
IMEDIATAMENTE

NOTIFICAR
O SUSPEITO
COM INFORMES
INFORMAÇÕES



30.00 PA-3400 PA-340

Em 05/05/2019, na sede da Unidade de Informações, na
rua Presidente Vargas, 200, no bairro

Presidente Vargas,
02000-000
Santos - SP

Assinado

Flávio





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

FRATURA DE Interno

Parental

folha de Tratamento e Evolução

OK OK,
Alquimia)

Leito

Convénios

Dr. José Palma Júnior Núm 25
DIRETOR E TRABALHADOR
22-M-PB 9551



14.004
P.A 130x80

T°C 34

21.004

P.A 190x80

T°C 36,2

10116-30.00 - Paciente niver alta hospital - x-

Diego S. Mariz
Enfermeira
COREN-PB 351547-6

medicamento
de limpar

10/01

10/01/2019 medicamento

Y



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Guilherme Paes de Melo IDADE: 48 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligosintomática

SINTOMAS:

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Síncope |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopneia |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tipica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: _____ | <input type="checkbox"/> Tabagismo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico: _____ |

Medicamentos em uso Não Sim: _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR et ST Bas

P: 80 b.p.m P.A: 122/70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: Arvores RRR

Abdômen - Comentários: rigido no RIO REN

Membros Inferiores - Comentários: edema

5 - E.C.G.: lipsos sinus
ex. Depois dos 60s de monitorização

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.: _____

pré-M<sup>369</sup>
Ass. do Médico

Ass. do



8/05/16 10h. PA = 120x80 t = 37°C

beira litorânea e orientado

em queixa de dor ati o
novecento.

fez exames de enfermagem

IGPm. 

12/05/2016

22:00

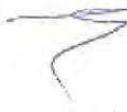
PA = 110x80

t = 36°C 

Assunto: Obesidade
sobrevida de 1000

1000

Qua



GOVERNOR

3-4 REFERENCE

Signo do Pernambuco

①

Dissemination

2

117

15

100

200

9

10

100

1

102

114

22

11

20

3

26





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| | | | | | | | |
|---------|------------------------------|-------------------|----|---------|---|------------------------------------|--|
| Cliente | <i>Dr. Vannu de Fornelli</i> | Alojamento | 10 | Leito | 1 | Convênio | |
| Data | 10/05/2019 | Prescrição Médica | | Horário | | Evolução Médica | |
| | | | | | | <i>BD regen gan</i> | |
| | | | | | | <i>anoxia aguda</i> | |
| | | | | | | <i>anoxia</i> | |
| | | | | | | <i>CD - VLM</i> | |
| | | | | | | <i>Dr. Igor Medeiros Gaudencio</i> | |
| | | | | | | <i>Assinado em 06/05/2019</i> | |
| | | | | | | <i>Med. dos</i> | |



Diagnóstico

| FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|-------------|-------|-----------------|
| Paciente | Quem/los Ferreira, M. B. b | Alojamento | Leito | Convenio |
| Data | Prescrição Médica | Horário | | Evolução Médica |
| ① | Ditoxa oral bix | at | | |
| ② | ANP | at | | |
| ③ | Paracetamol 500 | 12/12 | 30 | |
| ④ | Sipirax 10 | 6/06 | 20 | |
| ⑤ | Amoxiagel 200mg | 10/06 | 10 | |
| ⑥ | Fracal 500mg | 8/06 (5/06) | | |
| ⑦ | SSav + ecce | at | | |
| ⑧ | septol 500ml | at | | |

(Handwritten notes and signatures follow)

Diagnóstico:

Freq de cardíaco (1)
Freq d 1º náuseas (1)

Confls:

+ Infecção
+ Sobeira Tensão

(Handwritten signatures at the bottom right)





| Data | Hora | T | R | PA | Diurese | Observações Enfermagem | Assis |
|-------|-------|------|---|-----|---------|---|-------|
| 14/01 | 08:45 | 37.2 | + | 180 | | Pt. com constipação do. aguado da cirurgia em mímicos suprín- dos. Mantém AV. MORFICLAD. | |
| 14/01 | 22:00 | 37.2 | + | 180 | | Pt. com escravo do. de perda deixa de | |





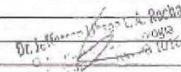
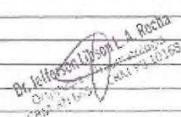
GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE
DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDEZ

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

LEI DA TRAMUTAÇÃO E EVOLUÇÃO

卷之三



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:17
http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905061726165820000020391412
Número do documento: 1905061726165820000020391412

Núm. 20967170 - Pág. 12

15:00 RA - 130 x 90 - 36,5

Foi realizada limpeza, regularização e organização.

Arredondado

1

01

Assento comum

anterior / maior

10/10

RA = 140 x 90
T = 36,5°C

Arredondado

1

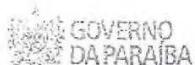
01

Assento comum

anterior / maior

10/10





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

FRATURA DE

ATURA DE Alebres & Cos.

i) Scienze)

Givanildo Freira
Givanildo

Alojamento

Leito) Convênio)

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------|----------------------------|------------------|------------------------------|
| | DICTA GERAL | 21/01/2016 06:00 | RGB VIGIL EUPNEICO |
| 13/1 | DIPIRONA 2 ML EV 6/GH | 14/01/2016 06:00 | BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII |
| | TIATIL 1 AMP EV 12/12H | 14/01/2016 06:00 | PELE SEM LESOES |
| | S F 0,9% 1000 ML EV 12/12H | 14/01/2016 06:00 | IMOBILIZACAO GESSADA |
| | METOCLOPRAMIDA 10 MG EV | | |
| | 8/8HS/N | | |
| | OMEPRAZOL 20 MG VO 7H | 14/01/2016 06:00 | EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS |
| | TRAMAL 100 MG EV 8/8HS/N | | |
| | CCCG SSVV | 14/01/2016 06:00 | CD AGUARDA CIRURGIA |
| | ACESSO VENOSO | 14/01/2016 06:00 | VPM |





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Edilane da Conceição | Alojamento: Jo | Leito: 2 | Convenio:

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|----------|--------------------------------------|---------|-----------------|
| 14/02/21 | 1) Tafta 500mg c. 2) folic. | ex | RG segun |
| 3 | Dipyrida 100g + AD c/100ml 100ml/dia | | |
| 4 | talatol 20g + AD ev 12/12 1x/08 | | desmenstruac |
| 5 | Ameprogal 400g + AD ev jejun ad | | |



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905061726174250000020391418>
Número do documento: 1905061726174250000020391418

Num. 20967176 - Pág. 3

DIAGNÓSTICO

Ex. Aristolochia

TEORIA DE BALANÇAMENTO E VOLTAGEM



17.01.16 8:00 PA 160x100 T 36.8°C Paineiras regulares e
sem gruixas no momento F 66

60
50
40
30
20
10
0

22:00 PA 140x90 T 36.7°C

F 66

0

2

F

50
40
30
20
10
0



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Nome | Sexo | Idade | Atendimento | Leito | Convenio |
|----------|--|------|-------|-------------|-------|--|
| ata | Prescrição Médica | | | Horário | | Evolução Médica |
| ① | Ditoxa 500 mg | | at | | | |
| ② | ATP | | at | | | |
| ③ | Paracetamol 500 mg (12/12) | at | 30 | | | ↑↑ Fct de 1 ^o dengue (1) |
| ④ | Paracetamol 500 mg (6/06) | at | 30 | | | ↑↑ fct de 1 ^o meningite (1) |
| ⑤ | Clorazol 200 mg (10/12) | at | | | | |
| ⑥ | Fraxal 500 mg (1/8/10) (1/8/10) (5/10) | | | | | Conflito: |
| ⑦ | SSav + ecog | at | | | | + Influenza |
| ⑧ | sebax 500 mg | at | | | | + Solut. Traum. |

Diagnóstico

• fct de 1^o matrizes (D)

Conf. + Influence + Select Gov.

1





Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050617261742500000020391418>
Número do documento: 19050617261742500000020391418

Num. 20967176 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050617261742500000020391418>
Número do documento: 19050617261742500000020391418

Num. 20967176 - Pág. 9



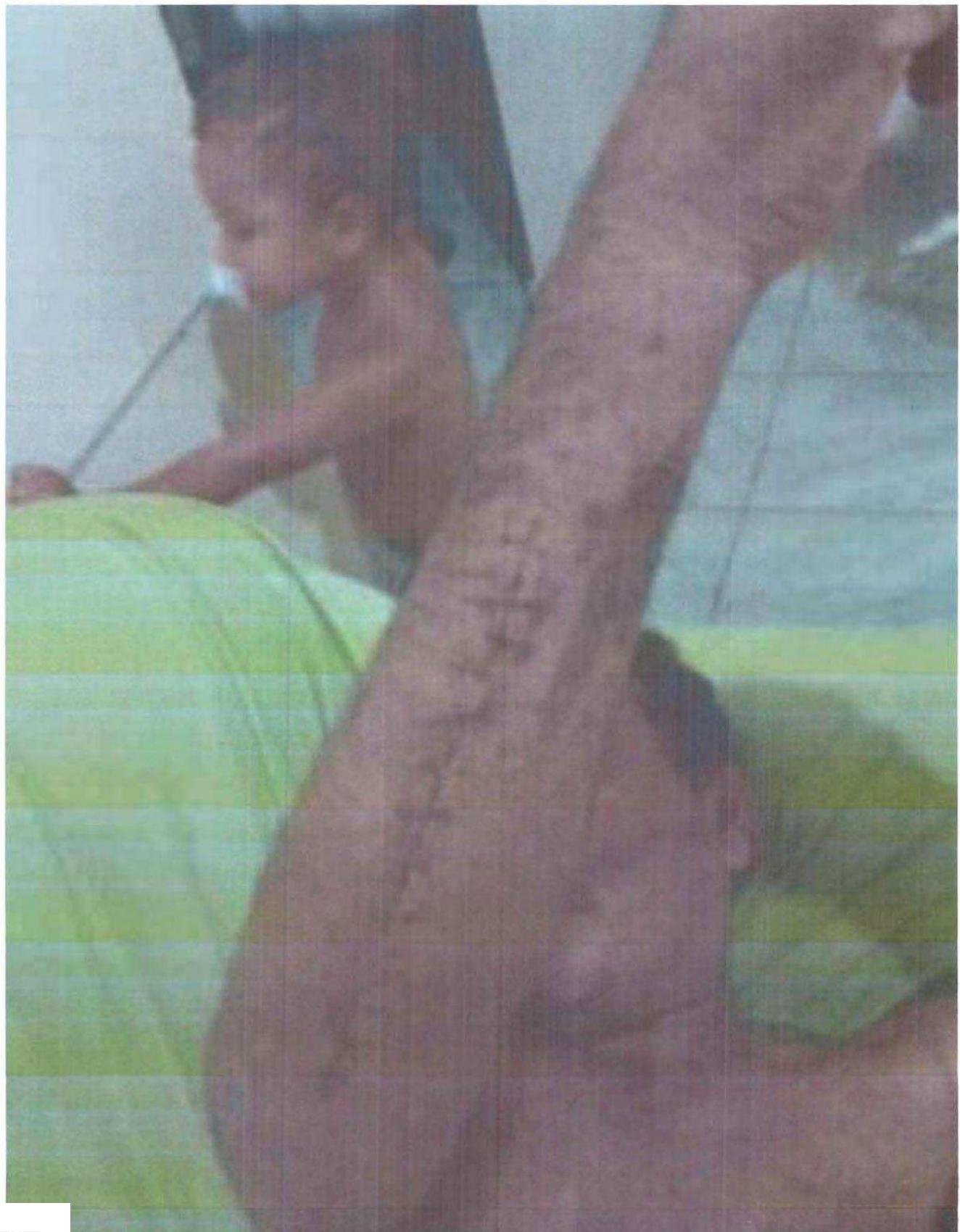
Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050617261742500000020391418>
Número do documento: 19050617261742500000020391418

Num. 20967176 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050617261742500000020391418>
Número do documento: 19050617261742500000020391418

Num. 20967176 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: IGOR MEDEIROS GAUDENCIO - 06/05/2019 17:26:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050617261742500000020391418>
Número do documento: 19050617261742500000020391418

Num. 20967176 - Pág. 12



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Serra Branca**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800166-61.2018.8.15.0911

DESPACHO

Vistos, etc.

A parte autora é beneficiária da gratuidade judiciária(ID 17449146). Assim sendo, nos termos do Convênio 015/2014, os honorários periciais devem ser custeados pela SEGURADORA LÍDER.

Analisando os autos, objetivando a realização de prova pericial na parte promovente, **NOMEIO** como perito, o médico ortopedista, **Dr. MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA** (tel/whatsapp 83-3472-2901 – 83 999991245 – marceloalvesmed@hotmail.com), devidamente cadastrado/validado perante o Sistema da Assistência Judiciária Gratuita AJG/JF, para realizar a perícia no Sr. **GIVANILDO FERREIRA DE MELO** lavrando-se laudo conclusivo, pelo que fixo os honorários periciais no valor estabelecido no convênio termos do Convênio acima citado, e **determino a intimação da promovida para, no prazo de 15(quinze) dias, efetuar o depósito judicial dos honorários e juntar o respectivo comprovante nos autos.**

Assim, **intime-se** o perito nomeado, preferencialmente via e-mail, para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, informando que os honorários foram arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJ/PB. Enviem-se cópias dos documentos necessários.

Havendo aceitação do encargo pelo perito designado, **intimem-se as partes, por advogado, e a parte promovente, também, pessoalmente**, para comparecerem no dia, hora e local indicado pelo(a) *expert* para a realização da perícia, bem como apresentarem quesitos e indicarem assistentes técnicos, *se assim desejarem*. Os quesitos do Juízo a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado nos mutirões do Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

Atente-se a parte demandante de que deverá levar para o exame pericial atestados, laudos, exames e quaisquer outros documentos médicos referentes à incapacidade em questão.

Após, enviado o laudo pericial para esta Escrivania, proceda-se à intimação das partes para, querendo, se pronunciar sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 477, § 1º, do CPC.

Cumpra-se.



Serra Branca, data da validação no sistema.

Adriana Maranhão Silva

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ADRIANA MARANHAO SILVA - 07/10/2019 20:50:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100411310793000000024220261>
Número do documento: 19100411310793000000024220261

Num. 25034039 - Pág. 2