

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sítio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, telefone 83. 99677-8542.

**OUTORGADO: FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO**, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 23.221/PB, CPF nº 097.234.454-33, **JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS**, brasileiro, casado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 26822/PB; **ANA BEATRIZ CÂNDIDA DANTAS SILVA**, CPF nº 121.460.314-92, ambos com endereço profissional na Rua Padre Sandoval Ferrer, n.º 161, Centro, São Bento-PB.

**PODERES:** pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, enfim, praticar todos os atos previstos no **artigo 38 do Código de Processo Civil**, com redação dada pela Lei nº. 8.952/94 e art.5º § 2º da Lei nº. 8.906/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

**Especificação:\*\*\***

**Assistência judiciária: \*\*\*.**


**Honorários: a definir.**

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019.



**MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - OUTORGANTE**

flauberjoseadv@gmail.com  
@flauberjoseadvogado

 (83) 99621.0214  
(83) 98786.2097  
(83) 98197.3333



Sistema Único de Saúde

SUS

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Sexo: M

Data Nasc.: 29/07/1995

5482 6432 0104 404

121.881.274-55

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

121.881.274-55

Nome

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Nascimento

29/07/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

239-D

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

4.101.710

DATA DE EMISSÃO

26/09/2012

NOME

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

FILIAÇÃO

JOSENISSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

NATURALIDADE

PAULISTA-PR

DATA DE NASCIMENTO

29/07/1995

DOO ORIGIN

NASC. N. 15802 FLS. 251 LIV. A-14

CARTÓRIO SÃO BENTO-PR

ASSINATURA DOBMEH

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



ERIKÁ RODRIGUES LIMA  
SIT: RUA NOVA, S/N - CS - ARRAIAL  
SAO BENTO / PB CEP: 58855000 (AG: 237)



Ligação: MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RES-MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 1 - 237 - 201 - 2890 Referência: Set / 2019  
Medidor: 00006225949 Emissão: 04/09/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680  
CNPJ: 09.095.169/0001-40 Insc. Est. 16.015.322-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.476.754  
Cód. para Déb. Automático: 00013872585

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Set / 2019	04/09/2019	04/10/2019	703.818.264-14 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1387258-5

#### Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
saude.gov.br/vacinatras!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 02/09/19	Leitura 14551	Data 04/09/19	Leitura 14604	
		1	53	33

#### Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Ccto	Ang	ICMS(R\$)	Base Ccto	Pto(R\$)	Cofins(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pto/Cofins(R\$)		(0,2912%) (4,5657%)	
0801	Consumo em kWh	53,000	0,814150	43,15	43,15	25	10,78	43,15	0,42
0801	Adic. El. Vermelha	3,05	3,05	25	0,76	3,05	0,03	0,03	0,13
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	13,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2019	0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2019	2,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 88,10 48,00 11,55 48,20 0,45 2,10  
Tarifa e Tributos: 0,565379

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
152	11/09/2019	R\$ 63,19

#### Histórico de Consumo (kWh)

182 | 229 | 249 | 246 | 249 | 217 | 210 | 151 | 80 | 70 | 0 | 102



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS,  
RG nº 4.101.710, data de expedição 26/09/12,  
Órgão SSP/PB, CPF nº 121.881.274-55  
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço  
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SIT. XIQUE-XIQUE</u>
Número	<u>510</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>SÃO BENTO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58865-000</u>
Tei. de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: SÃO BENTO, 09 DE SETEMBRO 2019.

Mikael Clementino de Moraes

Assinatura do Declarante






**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sítio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019



**DECLARANTE**



**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA**

**Eu MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sítio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, declaro que sou isento de Imposto de Renda, pelas a simples razão de, não ter auferido renda capaz gerar a incidência do fator gerador do referido imposto, por isso não há necessidade de realizar a referida declaração. Conforme dispositivo abaixo;

“Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008. A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.”

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019



**MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**

**Declarante**







## Integrantes da Família

**ERIKA RODRIGUES LIMA**

**NIS: 16012471972**

Data de nascimento: 02/04/1994

Parentesco: Pessoa Responsavel pela  
Unidade Familiar - RF

Sexo: Feminino

**MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**

**NIS: 21278028716**

Data de nascimento: 29/07/1995

Parentesco: Conjuge ou companheiro(a)

Sexo: Masculino



CONTA ABERTA A MENOS DE 2 MESES



AUTOATENDIMENTO - AG. SAO BENTO  
DATA: 29/10/2019 HORA: 10:20:17  
TERMINAL: 49171001 CONTROLE: 491710010188

AGENCIA: 4917 - SAO BENTO DA PARAÍ  
CONTA: 013.00013000-6  
CLIENTE: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA  
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			10,00C
Outubro			
03/10	000000	REM BASICA	0,00C
03/10	000000	CRED JUROS	0,03C
04/10	040936	DP DIN LOT	1.500,00C
07/10	051129	DP DIN LOT	500,00C
07/10	070837	SAQUE ATM	700,00C
15/10	151555	SAQUE ATM	400,00C
18/10	180723	SAQUE ATM	70,00C
18/10	180727	SAQUE ATM	830,00C
18/10	191018	SAQUETERMINAL	2,30C
RESUMO EM 28/10			7,73C
SALDO			
RESUMO DO DIA			7,73C
SALDO DISPONIVEL			0,00
SALDO BLOQUEADO			7,73C
SALDO TOTAL			





## TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

212.78028.71-6

4723237

0040

PB

Mikael Clementino dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITA



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



**MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**

FILIAÇÃO: JOSE NILSON DOS SANTOS CLEMENTINO

MARIA LIMA CLEMENTINO SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 29/07/1995

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PAULISTA - PB

DOCUMENTO: C. I. 4101710 28/09/2012 SDDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 121.881.274-55 CNH: SEÇÃO:

TIT. ELEITOR: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 14/08/2013

Superintendência Regional de Trabalho e Emprego na Paraíba

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO

PARA

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

**LEGENDA**  
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - ABUNDANCIA VOLUNTÁRIA

03



## DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

## CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

06

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR	01.110.785/0001-18
CGC/CPF	Teclagem São Cristóvão LTDA
ENDEREÇO	Rua José Felinto de Moura Filho, 400
	CEP: 52.865-000
	São Bento-PB
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Industrial
CARGO	Auxiliar linha produtor
	CBO Nº 784205
DATA DE ADMISSÃO	01 de março de 14
REGISTRO Nº	24
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 734,00
	CNPJ 01.110.785/0001-18
	Teclagem São Cristóvão Ltda
DATA DE SAÍDA	26 de março de 2015
	CNPJ 01.110.785/0001-18
	Teclagem São Cristóvão Ltda
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

07

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR	
CGC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
	CBO Nº
DATA DE ADMISSÃO	DE FLS. / FICHA
REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
DATA DE SAÍDA	DE FLS. / FICHA
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

08

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR	
CGC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
	CBO Nº
DATA DE ADMISSÃO	DE FLS. / FICHA
REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
DATA DE SAÍDA	DE FLS. / FICHA
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

09









## Integrantes da Família

**ERIKA RODRIGUES LIMA**

**NIS: 16012471972**

Data de nascimento: 02/04/1994

Parentesco: Pessoa Responsavel pela  
Unidade Familiar - RF

Sexo: Feminino

**MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**

**NIS: 21278028716**

Data de nascimento: 29/07/1995

Parentesco: Conjuge ou companheiro(a)

Sexo: Masculino









**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0804/2019**

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **18/08/2019** hora: **18:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , nascido em / / , documento: ,  
, filho(a) de e de , endereço: \*\*\*\*\* ,  
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **ANDERSON FONTES CAMPOS**

Vítima: **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, alcunha " ",  
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, idade: 24  
anos, nascido em 29/07/1995, cor/raça: Branca, Estado Civil:  
Solteiro, Profissão: autônomo, Escolaridade:  
fundamental incompleto, documento: CPF 121.881.274-55, filiação:  
Josenilson dos Santos Clementino de Moraes e de Maria Lima  
Clementino, endereço: Sítio Xique-xique, zona rural, São Bento-PB,  
referência: Dede de Sinhô. Tel/Cel:(83) 99677-8542;

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 18/08/2019 por volta das 18hrs a vítima conduzia a moto Honda NXR 160 Bros, 2015/2015, preta, chassi 9C2KD0810FR415279, placa NQK-0742 licenciada em nome de Rosihelio Vieira Ramalho, e quando trafegava no sentido Centro/São Bentinho na Av. Pedro Eulânpo, ao passar por uma lombada depois da ponte, ao frear a motocicleta perdeu o controle da mesma após acionar o freio dianteiro, vindo a cair, sendo socorrido por seu amigo Wagner Henrique Dias Alves; Que em virtude do acidente sofreu uma fratura na clavícula/ombro, tendo recebido os primeiros atendimentos no hospital local e em seguida transferido para a cidade de Pombal no hospital Se. Ruy Carneiro; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 29 de Agosto de 2019. Às 10:40 horas.

*Mikael Clementino de Moraes*

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim  
Matrícula: 168.203-2

POLÍCIA DIRETO



*Auricélio Nicolau da Silva*  
Escritor





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2455505 DATA DE EXPEDICAO 28 JUL 1997

NOME JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

MAÇAO João Clementino de Moraes

Francisca Cândida dos Santos

São Bento-PB 24.03.1978

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. de Nasc. Nº 4.649 Fls. 163 Liv. A-1

Cart. (de São Bento-PB)

CPF

JOSE NILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 21/08/97

ASSINATURA DO TITULAR

Assinatura

Este documento é comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido a partir da data de emissão, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Ministério da Fazenda

Superintendência da Receita Federal

Nome JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

Nº de inscrição 032429744-08

Data de nascimento 24/03/78

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2455505 SSP PB

CPF 032.429.744-09 DATA NASCIMENTO 24/03/1978

FIÇÃO JOAO CLEMENTINO DE MORAIS FRANCISCA CANDIDA DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CATIA AB

Nº REGISTRO 05607952181 VALIDEZ 25/04/2017 1ª HABILITAÇÃO 02/10/2012

OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV REMUNERADA;

Assinatura do Titular

Assinatura do Emissor

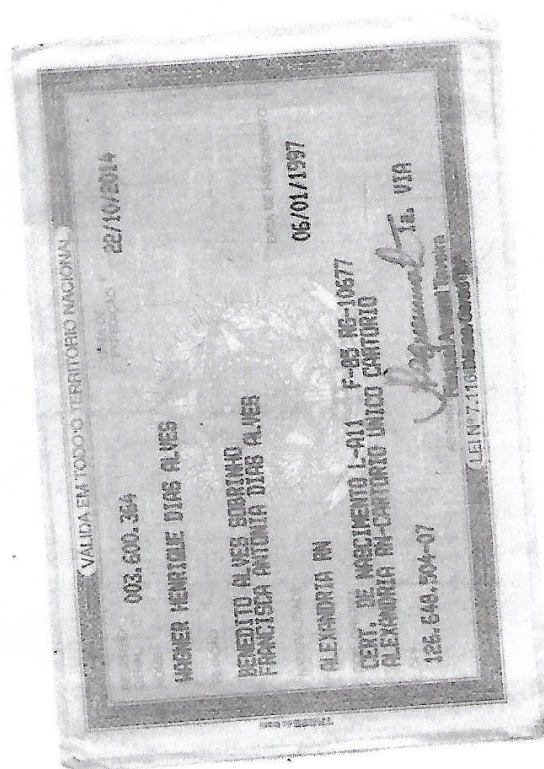
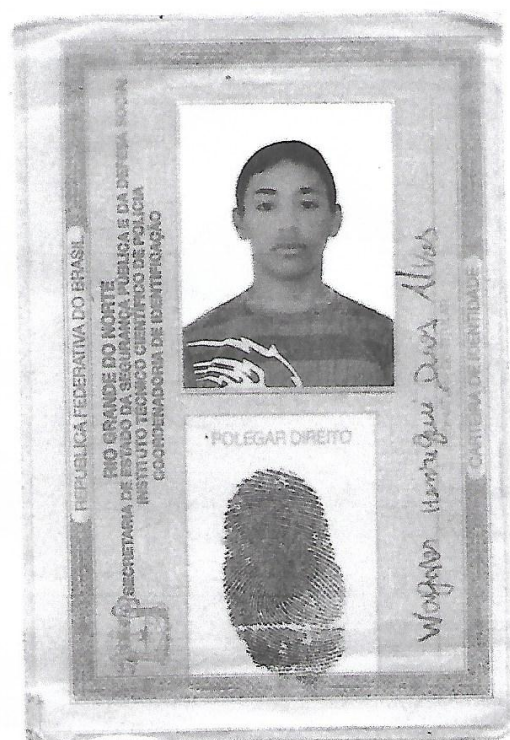
LOCAL CATOLE DO ROCHA, PB DATA EMISSÃO 08/11/2013

92824696865 PB027277097

DETRAN-PB (PARAIBA)









Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**“SENADOR RUI CARNEIRO”**

### AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: *Mikael Clementino de Moraes*

IDADE: *24* SEXO: *m*

Procedimento cirúrgico proposto: *Ortopédico - Fratura clavícula*

Medicação em uso: *—x—*

Alergias medicamentosas: *Nega*

Antecedentes / Comorbidades: *—x—*

#### EXAME FÍSICO:

Exame geral: *Bom*

PA: *110x60* mmHg FC: *89* bpm HGT: *14.30* → *90 mg/dl*

Aparelho cardiovascular: *Regulatório, 575*

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: *Normal*

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: ( ) Alto ( ) Intermediário (x) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPQ

LEE

ACP

*> BAIXO RISCO*

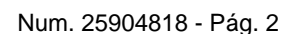
OBS:

*Dr. Jairo Leal CRM/PB 8882*  
*Cardiologista RQE 5345*  
*Cirurgião Cardiovascular RQE 5346*  
*Marcapasso RQE 5979*

DATA *26 / 9 / 2019*





FOLHA DE ANESTESIA





Ministério  
da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do estabelecimento Solicitante:		CNPES:	
Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		2592568	
Nome do estabelecimento Executante:		CNPES:	
Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"		2592568	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente:		Apelido:	Nº Prontuário:
Cartão Nacional de Saúde (CNS):		Data de Nascimento:	Sexo:
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe:		Nome do Responsável:	DDD Telefone de Contato:
Município de Nascimento:		UF:	Nacionalidade:
Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento):			
Nº Bairro:	Município de Residência:	Código IBGE de Município:	UF: CEP:
Ponto de Referência:	Documento:	Nº	
CPF	RG	R. Civil	PIS/PASEP
Ignorado			
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:		Nº Cons. De Classe:	CPF:
Ass. e Carimbo Diretor Clínico:			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais de Sintomas Clínicos:			
1 trauma em ombro (D)			
Condições que Justificam a Internação:			
Cirurgia.			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados):			
Raio X			
Diagnóstico Inicial:	CID 10 Principal:	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:
Fratura do ombro	S42.0		
Nº Notific. Compulsória:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado:		Código do Procedimento Solicitado:	
Osteotomia de clavícula			
Código do Caráter da Internação:	Clinica:	Leitor Complemento:	
<input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Eletivo <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopedia		
Equipamentos Requeridos Para Internação:			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do Profissional Solicitante:			
Dr. José Casimiro Neto			
Documento:	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:		Nº de Conselho de Classe:
CNS	CPF	036484304-8	7801
Data da Solicitação:	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente:		Data Desejada Para Internação:
19/08/19	Dr. José Casimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 7801 TEOT 15253		16/08/19
PREENCHER EM CASO DE OTERNAS (ACIDENTES)			
ACIDENTE DE TRÂNSITO		ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO	
ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO			
CNPJ da Seguradora:	Número do Bilhete:	Série:	
CNPJ da Empresa:	CNAE da Empresa:	CBOR:	
Vínculo com Precidência:			
Empregado	Empregador	Autônomo	Desempregado
Aposentado	Não Segurado		
AUTORIZADO			
Nome do Profissional Autorizador:			
Documento:	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador:		
CNS	CPF		
Data de Autorização:	Código do Órgão Emissor:		
Ass. Do Autorizador/Carimbo:			
Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização			



**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

4 - PRONTUÁRIO

38834

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707-4010-2379-2875

6 - DATA DE NASCIMENTO

29/07/1995

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

BRANCA

9 - NOME NA MÃE

MARIA LIMA CLEMENTINO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

12 - ENDEREÇO

CROMACIO WANDERLEY

N.º

VIDA NOVA I

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 Cód IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

1 trauma em ombro (D).  
P.F. Sanguinosa em região anterior do clavícula  
(D) + limitação de ADM.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Crânio.

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

Raxo X.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Clavícula (D)

22 - CID 10 PRINC.

S42.0

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese de Clavícula (D)

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

Ortopedia

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

Eleiva.

29 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

036284304-51

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Cassimiro Neto

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 2601 TEOT 15253

32 - DATA SOLIC.

16/08/19

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

/ /





ESTADO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE POMAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Flávia de Almeida

Idade: 24

Cor:

Enfermeira: EC

Leito: 12

Sector: 13

Setor: 13

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
24/08/19	1) Nota de 1000 ml de EV 24h	OK	
	2) 500 ml de EV 24h	OK	
	3) 500 ml de EV 24h	OK	
	4) 500 ml de EV 24h	OK	
	5) 500 ml de EV 24h	OK	
	6) 500 ml de EV 24h	OK	
	7) 500 ml de EV 24h	OK	
	8) 500 ml de EV 24h	OK	
	9) 500 ml de EV 24h	OK	
	10) 500 ml de EV 24h	OK	
	11) 500 ml de EV 24h	OK	
	12) 500 ml de EV 24h	OK	
	13) 500 ml de EV 24h	OK	
	14) 500 ml de EV 24h	OK	
	15) 500 ml de EV 24h	OK	
	16) 500 ml de EV 24h	OK	
	17) 500 ml de EV 24h	OK	
	18) 500 ml de EV 24h	OK	
	19) 500 ml de EV 24h	OK	
	20) 500 ml de EV 24h	OK	
	21) 500 ml de EV 24h	OK	
	22) 500 ml de EV 24h	OK	
	23) 500 ml de EV 24h	OK	
	24) 500 ml de EV 24h	OK	
	25) 500 ml de EV 24h	OK	
	26) 500 ml de EV 24h	OK	
	27) 500 ml de EV 24h	OK	
	28) 500 ml de EV 24h	OK	
	29) 500 ml de EV 24h	OK	
	30) 500 ml de EV 24h	OK	
	31) 500 ml de EV 24h	OK	
	32) 500 ml de EV 24h	OK	
	33) 500 ml de EV 24h	OK	
	34) 500 ml de EV 24h	OK	
	35) 500 ml de EV 24h	OK	
	36) 500 ml de EV 24h	OK	
	37) 500 ml de EV 24h	OK	
	38) 500 ml de EV 24h	OK	
	39) 500 ml de EV 24h	OK	
	40) 500 ml de EV 24h	OK	
	41) 500 ml de EV 24h	OK	
	42) 500 ml de EV 24h	OK	
	43) 500 ml de EV 24h	OK	
	44) 500 ml de EV 24h	OK	
	45) 500 ml de EV 24h	OK	
	46) 500 ml de EV 24h	OK	
	47) 500 ml de EV 24h	OK	
	48) 500 ml de EV 24h	OK	
	49) 500 ml de EV 24h	OK	
	50) 500 ml de EV 24h	OK	
	51) 500 ml de EV 24h	OK	
	52) 500 ml de EV 24h	OK	
	53) 500 ml de EV 24h	OK	
	54) 500 ml de EV 24h	OK	
	55) 500 ml de EV 24h	OK	
	56) 500 ml de EV 24h	OK	
	57) 500 ml de EV 24h	OK	
	58) 500 ml de EV 24h	OK	
	59) 500 ml de EV 24h	OK	
	60) 500 ml de EV 24h	OK	
	61) 500 ml de EV 24h	OK	
	62) 500 ml de EV 24h	OK	
	63) 500 ml de EV 24h	OK	
	64) 500 ml de EV 24h	OK	
	65) 500 ml de EV 24h	OK	
	66) 500 ml de EV 24h	OK	
	67) 500 ml de EV 24h	OK	
	68) 500 ml de EV 24h	OK	
	69) 500 ml de EV 24h	OK	
	70) 500 ml de EV 24h	OK	
	71) 500 ml de EV 24h	OK	
	72) 500 ml de EV 24h	OK	
	73) 500 ml de EV 24h	OK	
	74) 500 ml de EV 24h	OK	
	75) 500 ml de EV 24h	OK	
	76) 500 ml de EV 24h	OK	
	77) 500 ml de EV 24h	OK	
	78) 500 ml de EV 24h	OK	
	79) 500 ml de EV 24h	OK	
	80) 500 ml de EV 24h	OK	
	81) 500 ml de EV 24h	OK	
	82) 500 ml de EV 24h	OK	
	83) 500 ml de EV 24h	OK	
	84) 500 ml de EV 24h	OK	
	85) 500 ml de EV 24h	OK	
	86) 500 ml de EV 24h	OK	
	87) 500 ml de EV 24h	OK	
	88) 500 ml de EV 24h	OK	
	89) 500 ml de EV 24h	OK	
	90) 500 ml de EV 24h	OK	
	91) 500 ml de EV 24h	OK	
	92) 500 ml de EV 24h	OK	
	93) 500 ml de EV 24h	OK	
	94) 500 ml de EV 24h	OK	
	95) 500 ml de EV 24h	OK	
	96) 500 ml de EV 24h	OK	
	97) 500 ml de EV 24h	OK	
	98) 500 ml de EV 24h	OK	
	99) 500 ml de EV 24h	OK	
	100) 500 ml de EV 24h	OK	

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 7801 TEOT 15233

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 7801 TEOT 15233

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN:

Cybele Ferreira Oliveira  
CRM/PB 7801 TEOT 15233







Secretaria do Estado de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"

## CHECK LIST DE CIRURGIAS SEJURA

50

Nome completo: Mikael Clemente Moraes Data: 26 / 02 / 19  
Cirurgia Proposta: Catectomia da Glândula Unidade de origem  
Modalidade ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Consentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Consentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Consentimento transfusional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Horário <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Horário <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Início <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Exames</li><li>• Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia</li><li>• Retirado prótese e adornos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Tipo de precaução</li><li>• Radiação <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso</li><li>• Gotículas <input type="checkbox"/> Aerossóis</li><li>• En<sup>o</sup> Tec. enf. <u>Amanda</u></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Confirmação sobre o cliente</li><li>• Identificação do cliente</li><li>• Local da cirurgia a ser feita</li><li>• Procedimento a ser realizado</li><li>• Consentimento anestésico e cirúrgico</li><li>• Sítio cirúrgico certo</li><li>• Montagem da SO de acordo com o procedimento programado</li><li>• Revisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Revisão dos equipamentos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes</li><li>• Elarinoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O<sub>2</sub></li><li>• Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambu</li><li>• Cúedel <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador</li><li>• Cânula endotraqueal</li><li>• Há risco de perda sanguínea &gt; 500mL (7mL/Kg em crianças)?</li><li>• Reserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</li><li>• Acesso venoso adequado e pérvio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não</li><li>• O cliente tem alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</li><li>• Obs.: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais</li><li>• Staff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• 1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• 2º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Anestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Cirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam:</li><li>• Identificação do cliente</li><li>• Sítio cirúrgico</li><li>• Procedimento a ser realizado</li><li>• Placa de eletrocúterio <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Exames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Revisão do cirurgião. Passos críticos</li><li>• Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas</li><li>• <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Revisão do anestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Obs.: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Procedimento realizado <u>Catectomia da Glândula</u></li><li>• A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida?</li><li>• <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:</li><li>• Cirurgião _____</li><li>• Enfermeiro _____</li><li>• Ass.: <u>Amanda Rodrigues de Almeida</u></li><li>• Enfermeira</li><li>• COREN-PB 264378</li></ul>

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"**

Nome: Mikael Clementina Moura  
 Filiação: Maria Leimar Clementina  
 Sexo: Masculino Idade: 24a. Cor: Branca  
 Procedência: Clínica Cirúrgica Data: 26 / 08 / 19  
 Cirurgião: Dr. Casimiro Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: Dr. João Anestesia: Bloqueio + Sedação  
 Início da anestesia: 17:30 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Início da intervenção: \_\_\_\_\_ Término: 18:30 Duração: \_\_\_\_\_

**Procedimento Ortopédico com Bloqueio + Sedação**

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
<del>Dimorf 0,2</del>	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
<del>Cefalotina</del> ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseidron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
<del>Atropina</del>	05
Lidocaína 2%	02
<del>Adrenalina</del>	03
<del>Bupivacaína</del>	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida  
 Enfermeira  
 COREN-PB 264578







PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2613549 CNPJ: 09.009.709/0001-18 Ficha Número: 239980

NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO

ENDEREÇO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000

CIDADE: SÃO BENTO ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Mãe: MARIA LIMA CLEMENTINO

Nascimento: 29/07/1995 Idade: 24 Cor: BRANCA Sexo: M

Endereço: SÍTIO XIQUE XIQUE

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SÃO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901

CNS: 707-4010-2378-2875

CPF: 4101710-SSP PB

Data / Hora: 18/08/2019 13:32:21

Recepcionista: FRISCLA LUCIO 39636

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

DIAGNÓSTICO

Caracterização Atendimento

Cid.

NATUREZA DA CONSULTA

☐ Consulta simples  
☒ Consulta com medicamento  
☐ Consulta com observação  
☐ Consulta ortopédica

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ Urgência/Emergência (com Proc.)  
☐ Primeira consulta  
☐ Consulta Subsequente  
☐ Urg/Emerg. c/ referência p/ outra unidade  
☐ Consulta c/ referência p/ outra unidade

MEDICAÇÃO

☐ Prescrita  
☒ Aplicada

ENCAMINHAMENTO

☐ P/ Observação  
☐ P/ Residência  
☐ P/ Amb. SUS  
☐ P/ outro Hospital  
☐ Internação  
☐ Óbito  
☐ Outros

87046582

Procedimento

Serviços Realizados

CBO

IDADE

REALIZADOS NA UNIDADE

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

SOLICITADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

HORAS

Assinatura do(s) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

POLEGAR DIREITO

A cargo do SUS

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo







**Hospital Regional de Pombal**  
**Senador "RUI CARNEIRO"**

Nome do Paciente:

*Michael Cleme*

*Sd.*

*Hongreiras*

*Cagulo*

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 7801 TEOT 15253

*14.08.19*

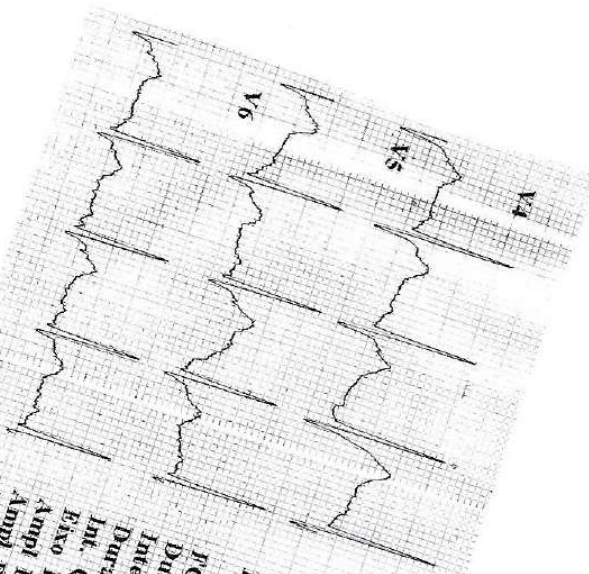
DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.  
"Tudo posso naquele que me fortalece"







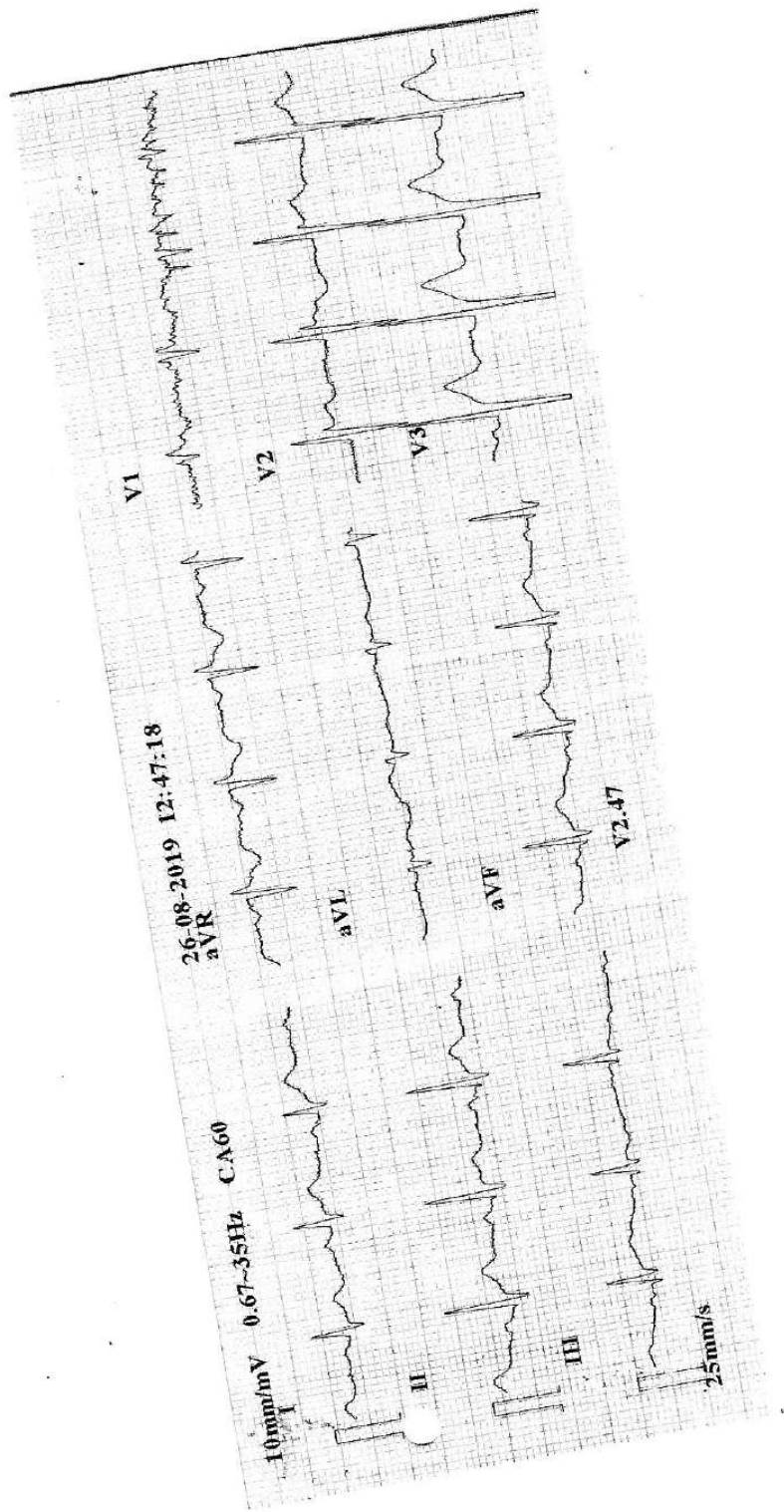
ID : 190826-1247  
 Nome :  
 Idade : 35 A  
 Sexo : Masc.  
 PA :  
 Altura :  
 Peso :  
 FC :  
 Duração P : 93 bpm  
 Intervalo PR : 91 ms  
 Duração QRS : 145 ms  
 Eixo Q/T/QTC : 94 ms  
 Amplitude P/Q/T : 325/406 ms  
 Amplitude RV5/SV1 : 51/68/56 °  
 Amplitude RV6/SV2 : 1.44/0.233 mV  
 : 1.674 mV  
 : 1.307/0.967 mV

Informação diagnóstica:  
 800: Ritmo sinusal  
 \*\*\*ECG Normal\*\*\*

Laudo Confirmado por:

26.08.19 Código de Minnesota:  
 Micael Clementino Mucari









GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

**Hospital Regional de Pombal**  
**Senador "RUI CARNEIRO"**

Nome do Paciente: Michael Clementino

2 Uso Ortol

1) Tamaritav na  
Tamaritav na 8/18h  
por 5 dia

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 7801 TEOT 15253

19.10.19  
DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.  
"Tudo posso naquele que me fortalece"





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568

CNPJ: 08.778.268/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE

CIDADE: POMBAL

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Mae: MARIA LIMA CLEMENTINO

Nascimento: 29/07/1995

Idade: 24

Cor: BRANCA

Sexo: M

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: CROMACIO WANDERLEY

Bairro: VIDA NOVA I

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Identidade: 4.101.710

CNS: 707-4010-2379-2875

Reg. Nasc.: 92922

Recepcionista: FATIMA

CPF: 19/08/2019

Data / Hora: 15:55:02

N Ficha: 92922

N Prontuario: 38834

Atendimento: FRATURA

SPO: FC: HGT: GESTANTE: SIM( ) NAO( ) SEMANAS

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÂTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO  
☐ 02 - URGÊNCIA

- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

- ☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Fratura de clavícula

CID-10

MEDICAÇÃO

- ☐ 1. PRESCRITA  
☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ RESIDÊNCIA  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	030	101	0072
2 -			
3 -	22	82	70

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Crm / Cns

JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direto



ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo







 <b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
Nome do estabelecimento Solicitante:				CNS:	
Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"				2592568	
Nome do estabelecimento Executante:				CNS:	
Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"				2592568	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente:		Apelido:		Nº Prontuário:	
McKael Ele mentano de Araújo					
Cartão Nacional de Saúde (CNS):		Data de Nascimento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nome da Mãe:		Nome do Responsável:		DDD Telefone de Contato:	
Município de Nascimento:		UF:	Nacionalidade:	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)	
Nº	Bairro:	Município de Residência:		Código IBGE de Município:	UF: CEP:
Ponto de Referência:		Documento:		Nº	
		CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R. Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:		Nº Cons. De Classe:		CPF:	
				Ass. e Carimbo Diretor Clínico:	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Principais Sinais de Sintomas Clínicos:					
1 trauma em ombro (D)					
Condições que Justificam a Internação:					
Cirurgia					
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados):					
Raio X					
Diagnóstico Inicial:		CID 10 Principal:	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:	Nº Notific. Compulsória:
Fratura Clavícula		S42.0			
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Descrição do Procedimento Solicitado:				Código do Procedimento Solicitado:	
Osteomíoma de clavícula					
Código do Caráter da Internação:		Clinica:	Leitor Complemento:		
<input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Eletivo <input checked="" type="checkbox"/>		Ortopédica			
Equipamentos Requeridos Para Internação:					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
Nome do Profissional Solicitante:					
João Casimiro Neto					
Documento:		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:		Nº de Conselho de Classe:	
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/>		036184304-81		7601	
Data de Solicitação:		Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente:		Data Desejada Para Internação:	
19/08/19		 Dr. João Casimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 17401 TEOT 15253		26/08/19	
PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, ACIDENTES DE TRABALHO, ACIDENTES DE TRÁFEGO)					
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>	
CNPJ da Seguradora:		Número do Bilhete:		Série:	
CNPJ da Empresa:		CNAE da Empresa:		CBOR:	
Vínculo com Precidência:					
Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado <input type="checkbox"/>					
AUTORIZADO					
Nome do Profissional Autorizador:					
Documento:		Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador:			
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>					
Data de Autorização:		Código do Órgão Emissor:			
ons. Classe:		Ass. Do Autorizador/Carimbo:			
Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização					





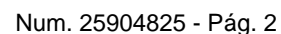
**HOSPITAL R**

Nome: Mikael Clementina Moraes  
Filiação: Maria Raima Clementina  
Sexo: Mas. Idade: 24a. Cor: Branca  
Procedência: Clínica Cirúrgica Data: 26 / 08 / 19  
Cirurgião: Dr. Cassimira Auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Bloquio + Sedação  
Início da anestesia: 17:30 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Início da intervenção: \_\_\_\_\_ Término: 18:30 Duração: \_\_\_\_\_

Procedimento Ortopédico- com <u>Bloquio + Sedação</u>	
Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
<del>Atropina</del>	05
Lidocaína 2%	02
<del>Adrenalina</del>	03
<del>Bupivacaína</del>	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida  
Enfermeira  
COREN-PB 264578



FOLHA DE ANESTESIA





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



NOME DO PACIENTE		HOSPITAL		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO		ENF.		LEITO	
OPERADOR		1º AUXILIAR			
AUXILIAR		3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA			
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATORIO					
TIPO DE OPERAÇÃO					
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO					
LABORATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA					
EXAME RADIOLOGICO NO ATO					
OCCORRÊNCIA DURANTE A OPERAÇÃO					

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

- 1) Acesso em 20,4 cm de comprimento.
- 2) Anestesia e Anticoagulação.
- 3) Colocação de Ruptor, Arterial.
- 4) Incisão da pele e abertura da cápsula.
- 5) Sutura por flanco.
- 6) Redução da cápsula + lavagem da cápsula e do saco de B. m. 2.
- 7) Sutura por flanco.
- 8) Sutura.

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PA 7804 TEOT 15253





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/08/2019 09:29:01

Ocorrência: **CIRURGIA**

2030

Servidor do Dr.:

Paciente **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**

Idade: 24 Sexo M

Filiação  
Pai: JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS  
Mãe: MARIA LIMA CLEMENTINO

Endereço  
Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101  
Endereço: CROMACIO WANDERLEY  
Bairro: VIDA NOVA I  
Naturalidade: PAULISTA - PB  
Fone:

N.:

Documentos  
CNS: 707-4010-2379-2875  
Identidade: 4.101.710  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais  
Nascimento: 29/07/1995  
Cor: BRANCA  
Estado Civil: UNIAO ESTAVEL  
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Tranquila com amarelado (D) há +  
(10) dias

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Son e Compressão femoral com US

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Fratura de Clavícula (D)

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1594 TECT 15253

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, / /

Recepcionista: FATIMA

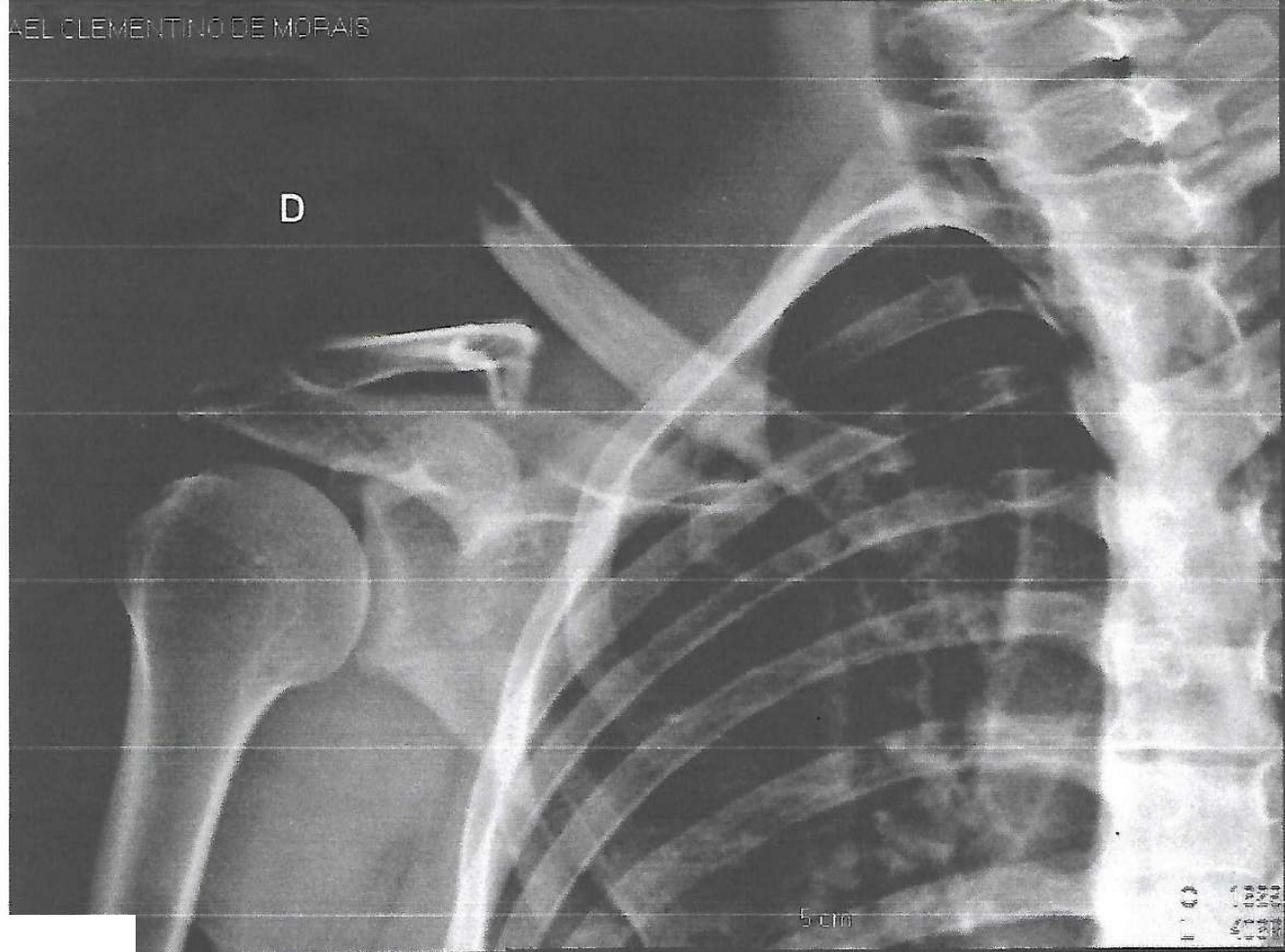




D



D



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



**RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

**DADOS GERAIS:**

Enfermaria: C.C.U.II Leito: 02 Data Admissão: 26/08/14  
Paciente: Michael Clementino de Moraes Idade: 24 anos Hora Admissão:      
Dias de Internação:     Turno: D/N SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso:     Estatura:    

Admitido: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca ( ) Outros:      
Veio transferido: ( ) Residência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) UTI  
Transferência interna: ( ) Clín. médica/Cirúrgica ( ) Clín. cirúrgica/Médica ( ) Clín. médica/Área vermelha  
( ) Clín. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clín. médica/Obstetrícia ( ) Clín. cirúrgica/Obstetrícia ( ) Clín. médica e cirúrgica/UTI  
( ) UTI/Clín. médica ( ) UTI/Clín. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade:     /      
Tipo de tratamento: ( ) Clínico ( ☒ ) Cirúrgico ( ) Pediátrico

**ESTADO GERAL:**

EG: ( ) Bom ( ) Estável ( ☒ ) Regular ( ) Grave

**SINAIS VITAIS:**

12h00	T: <u>37</u> °C	P: <u>84</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>110x80</u> mmHG
18h00	T: <u>36,6</u> °C	P: <u>76</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>110x90</u> mmHG
00h00	T: <u>38</u> °C	P: <u>89</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>130x90</u> mmHG
06h00	T: <u>36,5</u> °C	P: <u>81</u> bpm	R: <u>20</u> irpm	PA: <u>130x80</u> mmHG

**FUNÇÃO NEUROLÓGICA:**

Nível de Consciência: ( ☒ ) Consciente ( ) Inconsciente ( ☒ ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso ( ☒ ) Cooperativo  
( ) Não Cooperativo ( ☒ ) Comunicativo ( ) Não Comunicativo ( ☒ ) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado  
Responde a estímulos: ( ☒ ) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Ocular  
Estado emocional: ( ☒ ) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipoativo ( ) Choro ( ) Deprimido ( ) Agressivo  
Crise convulsiva: ( ) Sim ( ☒ ) Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:    

**FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:**

Respiração: ( ☒ ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Em uso de dreno torácico  
( ) Em oxigenoterapia: ( ) Cateter nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) Nebulização  
Tosse: ( ) Sim ( ☒ ) Não ( ) Seca ( ) Cheia com expectoração ( ) Cheia sem expectoração ( ) Batimentos de asa do nariz  
Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta

**FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:**

( ) Incisão cirúrgica: ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva  
Curativo: ( ) Sim ( ☒ ) Não Data:     /     /     Hora:     :     :      
Estado nutricional: ( ☒ ) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso  
Dieta alimentar: ( ☒ ) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ☒ ) Restrição ( ) Não aceita dieta  
Via de administração alimentar: ( ☒ ) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral  
Vômitos: ( ) Sim ( ) Não Frequência:      
Eliminações intestinais: ( ☒ ) Presentes ( ) Ausentes Frequência:      
Aspecto: ( ☒ ) Normais ( ) Pastosas ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreica ( ) Obstipação

**SISTEMA URINÁRIO:**

Eliminações vesicais: ( ☒ ) Normais ( ) Ausentes ( ) Retenção ( ) SVF 02 vias  
( ) SVF 03 vias ( ) Uso de fraldas  
Aspecto: ( ☒ ) Limpida ( ) Concentrada ( ) Hematúria  
Diurese: ( ☒ ) Espontânea ( ) SVF

**FUNÇÃO LOCOMOTIVA:**

Desenvolvimento motor: ( ☒ ) Deambulando ( ) Não Deambulando ( ) Deambulação prejudicada  
Edema: ( ☒ ) Presente ( ) Ausente ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ☒ ) MSD  
Izuação: ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



**ACESSO VENOSO:**

Venoclise: ( ) MMSS e MMII ( ) MSD ( ) MSE (X) MID ( ) MIE ( ) Subclávia ( ) Cateter venoso central ( ) Dissecção venosa Data  
punção: 06/08/19 Hora: 10:40 (X) Gelco N° 20 ( ) Scalp N° \_\_\_\_\_

Quem punçou: \_\_\_\_\_

**ALTA HOSPITALAR:**

Alta autorização médica: ( ) Se sim: data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
( ) Se não, responsável: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

**PACIENTE EM ÓBITO:**

( ) Não ( ) Se sim, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_, causa da morte (diagnóstico médico): \_\_\_\_\_

**QUEIXAS:**

*Sem queixas*

**RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:**

*Paciente evolui em E.G.R. aguardando  
procedimento cirúrgico.*

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

Data: 06/08/19 Hora: 11:00

*Cybele Formiga Oliveira*  
Téc. em Enfermagem  
COREN-PB: 1005860

**AValiação Noturna do Técnico em Enfermagem:**

*Paciente evolui em E.G.E. feito procedimento  
cirúrgico, medicado e segue no pós  
imediato.*

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

Data: 06/08/19 Hora: 20:30

*Cybele Formiga Oliveira*  
Téc. em Enfermagem  
COREN-PB: 1005860



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



**FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO - ÚLCERA POR PRESSÃO**

**TABELA DE VALORES**

PERCEPÇÃO SENSORIAL - Habilidade de responder significativamente a pressão relacionada ao desconforto

- 1 - Completamente limitado  
2 - Muito limitado  
3 - Levemente limitado  
4 - Sem alteração

UNIDADE DA PELE - Grau no qual a pele está exposta à umidade

- 1 - Constantemente úmida  
2 - Muito úmida  
3 - Ocasionalmente úmida  
4 - Raramente úmida

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física

- 1 - Acamado  
2 - Na cadeira com ajuda  
3 - Anda ocasionalmente  
4 - Anda frequentemente

MOBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais

- 1 - Completamente imóvel  
2 - Muito limitado (Paraplégico)  
3 - Levemente limitado  
4 - Sem limitação

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral  
2 - Se alimenta pouco (Desid.)  
3 - Se alimenta de forma satisfatória

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta

- 1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área  
2 - Eritema / Escoriações em uma área  
3 - Edema em alguma área  
4 - Normal

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação Observação

Pontuação total

> ACIMA DE 16 PONTOS: RISCO MÍNIMO  
> DE 13 A 14 PONTOS: RISCO MODERADO  
> ABAIXO DE 12: RISCO ELEVADO

PONTUAÇÃO: A CONTAGEM BAIXA DE PONTOS INDICA UMA BAIXA HABILIDADE FUNCIONAL INDICADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO - ALTO

**CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE FUGULIN et al.**

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de Oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com áudio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
	Eviscerações.	Incisão cirúrgica, Ostomias, Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo útil. na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos.	Entre 15 a 30 minutos.	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total

26,08,19  
Data da avaliação

Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:38  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513782100000025035681  
Número do documento: 19110419513782100000025035681





## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### 1. Identificação do Paciente:

Nome: Mikael Clementino de Menezes Leito: 02  
Pront.: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Data da admissão: 26.08.19  
Idade: 24a Sexo: ☒ M ( ) F Religião: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

### 2. Motivo da Internação / Queixa Principal:

Tipo de tratamento:

Ortopédico - emergencial

### 3. Necessidade / Auto Cuidado:

Higiene

Corporal: ☒ Preservada ( ) Prejudicada

Oral: ☒ Preservada ( ) Prejudicada

Demanda de Auto Cuidado: \_\_\_\_\_

Sono e repouso: ☒ Satisfatório ( ) Prejudicado ( ) Insônia ( ) Auxiliares do sono Qual: \_\_\_\_\_

Dieta: ☒ Preservada ( ) Prejudicada ( ) Ajuda para Alimentação ( ) Restrição Alimentar

Movimentação: ☒ Deambula ( ) Não deambula ( ) Restrito ao Leito ( ) Acamado

Movimenta-se com ajuda: ( ) Sem movimentação ( ) Limitação localizada de movimento \_\_\_\_\_

Interação Social: ☒ Comunicativo ( ) Não Comunicativo

Conhecimento sobre seu problema de saúde: ☒ Informado ( ) Não informado

Orientação quanto procedimento cirúrgico: ☒ Boa ( ) Insuficiente ( ) Não orientado

### 4. Fatores de Risco:

( ) Tabagismo ☒ Etilismo ( ) Sedentarismo ( ) Perfil sanguíneo alterando por uso de drogas

Alergias: Negativa

Antecedentes Pessoais (Enfermidades / cirurgias anteriores): \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos: — X —

### 5. Exame Físico e Outras Informações:

Tax: \_\_\_\_\_ C° P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ ipm PA: \_\_\_\_\_ mmHg FC: \_\_\_\_\_ bpm

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm CA: \_\_\_\_\_ cm

Estado nutricional: ☒ Normal ( ) Obeso ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Desnutrido ( ) Outro

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ( ) Desorientado

Nível de Resposta: \_\_\_\_\_

Pele / Tecido: ( ) Inteira ( ) Hidratada ( ) Ressecada ( ) Sudoreica ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Escara

lesão extensa (queimadura) suppurativa

Cabeça: ( ) Alopecia ( ) Seborreia ( ) Pediculose ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Face: ( ) Cushingóide ( ) Paralisia facial ( ) Acromegálica Expressão: \_\_\_\_\_

Olhos: ☒ Visão normal ( ) Visão turva ( ) Acuidade visual diminuída ( ) Cegueira ( ) Exoftalmia

( ) Processo inflamatório / Infecioso

Aspecto da mucosa/outros: \_\_\_\_\_



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



Nariz: ☒ Sem anormalidade ( ) Deformidade ( ) Obstrução ( ) Secreção ( ) Epistaxe

Ouvidos: ☒ Audição normal ( ) Diminuída ( ) Zumbido ( ) Surdez ( ) Processo inflamatório/infeccioso  
( ) Outros:

Boca: ( ) Cáries ( ) Falhas dentárias ( ) Halitose ( ) Língua saburrosa ( ) Prótese

Mucosa oral: ☒ Íntegra ( ) Lesões:

Pescoço: ( ) Linfonodos palpáveis ( ) Tireoide aumentada ( ) Ingurgitamento jugular ( ) Traqueostomia  
( ) Mov. Difícil ou doloroso ( ) Outros:

Tórax: ( ) Atípico ☒ Típico Expansão torácica: ☒ Normal ( ) Diminuída

Mamas: ( ) Assimétricas ( ) Presença de nódulos palpáveis ( ) Secreção:

Sistema Respiratório: ☒ Eupnéico ( ) Bradipnéico ( ) Taquipnéico ( ) Dispnéico ( ) Em repouso ( ) Min. Esforço  
( ) Méd. Esforço ( ) Grand. Esforço ( ) Uso O<sub>2</sub> ( ) Tosse ( ) Secreção ( ) Ausculta pulmonar

Atividade Cardíaca: ☒ Regular ( ) Irregular Frequência:

Edema: ausente

Sist. Digestivo/abdome: ☒ Plano ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Globoso ( ) Incisão/cicatriz cirúrgica ( ) Sonda  
( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Pirose ( ) Plenitude pós-prandial ( ) Dificuldade deglutição.

Ruidos hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente

A palpação: ☒ Flácido ( ) Doloroso Hepatomegalia ( ) Ascite

Eliminação Intestinal (frequência/característica): presente normal

Genito-urinário: ☒ Micção espontânea ( ) Incontinência ( ) Retenção ( ) Dispositivo p/ incontinência ( ) Sonda  
( ) Disúria ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Nictúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Hematúria ( ) Colúria  
( ) Prurido ( ) Corrimento ( ) Lesões ( ) Aspecto de urina

Atividade sexual: ( ) Não tem atividade ( ) Tem atividade ( ) Uso de preservativo:

Ciclo menstrual: ☒ Normal ( ) Menopausa ( ) Dismenorreia ( ) Amenorreia ( ) Hipermenorreia:

Membros Sensibilidade: ☒ Preservada ( ) Parestesia ( ) Cãibras Força motora: ☒ Preservada ( ) Paresia

( ) Plegia ( ) Im. de mov. articular Pulsos periféricos: ☒ Palpáveis ( ) Diminuídos ( ) Ausentes ( ) Amputação

Rede venosa:

**6. Impressões do Enfermeiro:**

Pt adm prov. sudoreia, calma, desentado  
pul com sutura em superio; curado, afável,  
supine, abdome flácido, sem queixas me,  
consciente, sem alterações. Aguarda  
procedimento cirúrgico

Pt evolui com cor. Consciente, orientado, higienizado, afável,  
supine, em superio; pt anistesia; segue aos cuidados da  
equipe

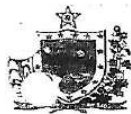
Thomaz

Enfermeiro: DATA: 26/08/19

COREN: COREN-PB 273.206







GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL	
NOME DO PACIENTE	Michael Carneiro
DATA DA OPERAÇÃO	26/08/19
ENF.	
OPERADOR	Dr. José Carneiro
1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	
3º AUXILIAR	
INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA	
TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de Clavícula (D)
TIPO DE OPERAÇÃO	Intercambio de Clavícula (D)
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	(D) melhor
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS	
1) Abertura com DASH sob anestesia	
2) Anestesia e Antiseptismo	
3) Colocação de Pincos, Arquivos	
4) Incisão com Y-Join anterior de Clavícula (D)	
5) Abertura por plano	
6) Redução Chaveada + Ligação da Juntura a Cava de B. m. 2	
7) Sutura por plano	
8) Curativo	

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 7801 TEOT 15253









## ATESTADO MÉDICO

Assento, para os devidos fins, que Michael Clementino  
de Moraes portador do RG \_\_\_\_\_  
foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas,  
sendo portador da infecção CID-10 S42.0  
em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas  
por um período de 60 (sessenta) dias, a  
partir desta data.

Pombal-PB, 07 de 09 de 2019

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

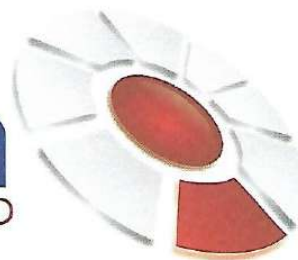
## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o

Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico

confirmado CID ou por extenso neste atestado médico.





Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS  
Nº do Paciente: PB180290795  
Data de Nascimento: 29/07/1995  
Data do Exame: 19/08/2019  
Sexo: M

## RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO OMBRO DIREITO

### RELATÓRIO:

Fratura completa do terço distal da clavícula com desvio ósseo, elevação proximal e fragmento ósseo desprendido.

Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Relação gleno-humeral mantida.

Altura acromioclavicular usual.

Aumento das partes moles e obliteração dos planos adiposos intermusculares na região supraclavicular.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES  
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:43:57 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

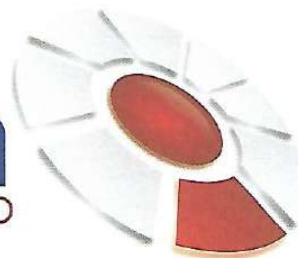
Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114







Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS  
Nº do Paciente: PB180290795  
Data de Nascimento: 29/07/1995  
Data do Exame: 19/08/2019  
Sexo: M

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO TÓRAX PA

### RELATÓRIO:

Traqueia e mediastino centrados.  
Parênquima pulmonar com transparência usual.  
Hilos pulmonares preservados.  
Seios costofrênicos visualizados livres.  
Índice cardiotorácico normal.

*Carla Fanchiotti Costa*

**Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES  
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:44:25 GMT -3 (Brasília Time)**

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513978500000025035684>  
Número do documento: 19110419513978500000025035684

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

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

Eu, ROSELI VIEIRA RAMALHO

RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição     /    /    

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60

com domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

\_\_\_\_\_  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

\_\_\_\_\_, cujo o condutor era

Veículo: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Placa: \_\_\_\_\_ Chassi: \_\_\_\_\_

Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e Data:

*Penstemon* *vera* *Romano*

Assinatura do Declarante

nikol alexandrovich de norvich

Assinatura do Condutor

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



Auricélio Nicolau da Silva  
Escrevente





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

Nº **014482079010**

VIA **1** Cód. RENAVAM **0103925378-1** R.N.T.R.C. **00/00000000** EXERCÍCIO **2019**

NOME **ROSIHELIO VIEIRA RAMALHO**

CPF / CNPJ **01741326460** PLACA **NQK0742/PB**

PLACA ANT. / UF **NOVO PB** CHASSI **9C2KD0810FR415279**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTIVEL **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO **HONDA/NXR160 BROS ESDD** ANO FAB. **2015** ANO MOD. **2015**

CAP. / POT. / CIL. **2 P/162 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **PRETA**

COTA ÚNICA **00/00/0000** VENC. COTA ÚNICA **1º**

FAIXA I.P.V.A. **\*\*\*\*\*** PARCELAMENTO / COTAS **2º**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **\*\*\*\*\*** IOF (R\$) **SEGURO** PRÊMIO TOTAL (R\$) **P A G O** DATA DE PAGAMENTO **28/02/2019**

OBSERVAÇÕES **A.F RECON ADM DE CONSORCIOS LTDA**

SAO BENTO-PB LOCAL **07/03/2019**

41521 14982

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

**PB Nº 014482079010 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO **2019** DATA EMISSÃO **07/03/2019**

VIA **1** CPF / CNPJ **01741326460** PLACA **NQK0742/PB**

RENAVAM **01039253781** MARCA / MODELO **HONDA/NXR160 BROS ESDD**

ANO FAB. **2015** CAT. TARIF. **9** Nº CHASSI **9C2KD0810FR415279**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) **\*\*\*\*\*** IOF (R\$) **SEGURO** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) **P A G O**

PAGAMENTO **SEGURO** DATA DE QUITAÇÃO **28/02/2019**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.249.408/0001-04

14982-0914043-20190307

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

NOME **ROSIHELIO VIEIRA RAMALHO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF **003177600 SSP RN**

CPF **017.413.264-60** DATA NASCIMENTO **18/06/1991**

RELACÃO **BENEDITO CANDIDO RAMALHO FRANCISCA VIEIRA DINIZ**

PERMISSÃO **ACC** CATHA **AB**

Nº REGISTRO **06806681081** VALIDADE **03/08/2021** 1ª HABILITAÇÃO **09/03/2017**

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR **Rosilho Vieira Ramalho**

LOCAL **JOAO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO **03/04/2018**

ASSINATURA DO EMISSOR **46540008906 PB036594482**

**PARAÍBA**



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, ROSÉLIO VIEIRA RAMALHO,  
RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição    /   /   ,  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60,  
com domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ANTONIO LUCIO DA SILVA, BAIRRO HERCULANO, nº 277,  
complemento    , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
MIRAEEL CLEMENTINO DE MORAIS, cujo o condutor era  
MIRAEEL CLEMENTINO DE MORAIS.  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR160 BROS <sup>ESDD</sup> Ano: 2015  
Placa: NQK 0742 Chassi: JC2KD0810FR415279  
Data do Acidente: 18/03/19

Local e Data: SÃO BENTO - PB, 16 DE SETEMBRO 2019.

Roselio Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante

Miraeel Clementino de Moraes

Assinatura do Condutor

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



Auricélio Nicolau da Silva  
Escrevente







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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00225/00226 - carta\_07 - INVALIDEZ

00060113



Carta nº 14800936



Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

as CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

246-634676852-6

03/SET/2019

HORA DE 11:00:14

LOT: 13.012404-4

TERM: 013058

LOCALIDADE: SAO BENTO

AG. VINCULADA: 4917

CONTROLE: 078226914

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4917 013 00013808-6

MIKAEL CLEMENTINO MORAIS

VALOR : 10,00


DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS  
246-634676852-6

1ª VIA





 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 088.4.19.00786/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Sao Bento	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 04/11/2019
<b>Número da guia:</b> 088.2019.600786 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 506,30 <b>Promovente:</b> MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - Taxa Judiciária: R\$ 106,30 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 613,95
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866700000064 139509283186 520191130084 841900786010 			<b>Valor final:</b> R\$ 613,95

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 088.4.19.00786/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Sao Bento	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 04/11/2019
<b>Número da guia:</b> 088.2019.600786 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Promovente:</b> MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
<b>Detalhamento:</b>			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 613,95
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 613,95

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 088.4.19.00786/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Sao Bento	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 04/11/2019
<b>Número da guia:</b> 088.2019.600786 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/11/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 506,30 <b>Promovente:</b> MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - Taxa Judiciária: R\$ 106,30 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 613,95
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866700000064 139509283186 520191130084 841900786010 			<b>Valor final:</b> R\$ 613,95





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 088.2019.600786

**Data Vencimento:** 30/11/2019

**Data Emissão:** 04/11/2019

**Comarca:** Sao Bento

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

**Promovente:** MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 7.087,00

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

**Custas:** R\$ 506,30

**Taxa:** R\$ 106,30

**Total da Guia:** R\$ 612,60

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

---

Servidor

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







**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DE SÃO BENTO**

*Fórum Gov. João Agripino Filho  
Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento - PB.  
CEP 58.865-000 Tel.: (0\*\*)83 3444-1225*

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
PROCESSO Nº 0801579-68.2019.8.15.0881  
AUTOR: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Não havendo nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, DEFIRO o pedido de justiça gratuita, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do NCPC.

Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, tem-se que a prática forense tem revelado que as seguradoras do Consórcio DPVAT demandadas não costumam promover autocomposição.

Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

Nesse passo, **CITE-SE** o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, III, c/c art. 231, ambos do NCPC), apresente resposta.

Providências necessárias. Cumpra-se.

Datado e assinado digitalmente.

São Bento - PB, na data da assinatura eletrônica.

**JOSÉ NORMANDO FERNANDES**

**Juiz de Direito em substituição**

Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, da Lei 11.419/2006.





TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
**COMARCA DE SÃO BENTO-PB**  
Fórum Gov. João Agripino Filho  
Praça Álvaro Silva, SN, Centro, São Bento-PB, Tel.: (0\*\*)83 3444-1225

## CARTA DE CITAÇÃO

### PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Processo nº 0801579-68.2019.8.15.0881

AUTOR: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

A(o) Ilustríssimo(a) Senhor(a) Representante legal do(a):  
**Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**  
**Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 Andar - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205**

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito desta Comarca de São Bento-PB, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** de todo conteúdo da petição inicial e para que apresente resposta/contestação no prazo de 15 (quinze) dias, ficando advertido(a) que não sendo contestada a ação, nesse prazo, serão presumidas verdadeiras as alegações do(a)(s) **promovente(s)** (art. 344 do CPC).

Obs: O prazo para resposta fluirá da juntada do Aviso de Recebimento (AR) da presente carta aos autos.

São Bento-PB, 10 de janeiro de 2020.

**SUEDES VIEIRA ALMEIDA**  
Técnico Judiciário

**Para visualizar os documentos que compõem este processo, acesse:**  
<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> **No campo (Número do documento) informe um desses códigos (cada código se refere a um documento):** [Despacho: 19121621303002700000026153954, Documento de Comprovação: 19110419514382100000025035693, Documento de Comprovação: 19110419513782100000025035681, Documento de Comprovação: 19110419513582600000025035678, Documento de Comprovação: 19110419513478200000025035677, Documento de Comprovação: 19110419513259200000025035523, Documento de Comprovação: 19110419512847800000025035519, Documento de Comprovação: 19110419512647900000025035511, Documento de Comprovação: 19110419512555300000025035508, Documento de Comprovação: 19110419512457700000025035503]

