



Número: **0800106-41.2020.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|---|
| IVANILDA DA COSTA ARAUJO (AUTOR) | | ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 27447107 | 14/01/2020 16:18 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 27447118 | 14/01/2020 16:18 | B.O. | Outros Documentos |
| 27447120 | 14/01/2020 16:18 | COMPROVANTE DE CONTA | Outros Documentos |
| 27447123 | 14/01/2020 16:18 | COMPROVANTE DE REQUERIMENTO ADM | Outros Documentos |
| 27447124 | 14/01/2020 16:18 | COMPROVANTE DE RESIDENCIA | Outros Documentos |
| 27447136 | 14/01/2020 16:18 | DOCUMENTO DO VEÍCULO | Outros Documentos |
| 27447140 | 14/01/2020 16:18 | DOCUMENTOS PESSOAIS | Outros Documentos |
| 27447143 | 14/01/2020 16:18 | PROCURAÇÃO | Procuração |
| 27447146 | 14/01/2020 16:18 | PROTUÁRIO MÉDICO (1) | Outros Documentos |
| 27447148 | 14/01/2020 16:18 | PROTUÁRIO MÉDICO (2) | Outros Documentos |
| 27447410 | 14/01/2020 16:18 | PROTUÁRIO MÉDICO (3) | Outros Documentos |
| 27447412 | 14/01/2020 16:18 | PROTUÁRIO MÉDICO (4) | Outros Documentos |
| 27447414 | 14/01/2020 16:18 | PROTUÁRIO MÉDICO (5) | Outros Documentos |
| 27447624 | 14/01/2020 16:18 | Petição Inicial | Petição |
| 27448688 | 14/01/2020 16:18 | GuiaCustas | Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas |
| 27507795 | 16/01/2020 17:59 | Despacho | Despacho |
| 28539855 | 26/02/2020 06:56 | Expediente | Expediente |

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

IVANILDA DA COSTA ARAÚJO, brasileira, solteira, desempregada, portadora da cédula de identidade nº 3.989.381 – SSP/PB, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 126.264.554-90, residente e domiciliado na Rua José Soares de Sousa, 75, Centro, Alagoa Grande/PB, CEP: 58388.000, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

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

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

1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA

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



2. DOS FATOS

A autora foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 08 de Janeiro de 2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Bebedouro, área rural de Juarez Távora/PB - CEP 58387-000, quando perdeu o controle de direção em uma curva fechada, no qual em decorrência do ocorrido levou a vítima a se acidentar. Sendo assim, veio esta cair ao solo, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela 2ª Delegacia Regional de Polícia – Delegacia de Campina Grande – PB, a vítima conduzia o veículo HONDA/POP 100, cor preta, ano/modelo 2008/2008, placa MYW- 2932/PB, CHASSI 9C2HB02108R029561, licenciada em nome de Gerson Barbosa de Oliveira.

Após o acidente, o autor recebeu os primeiros socorros e, logo em seguida foi conduzida ao Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, no qual, após o atendimento médico, foi constatado que a mesma sofreu **FRATURA NOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (RÁDIO E CÚBITO) DIREITO**, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, cujo procedimento cirúrgico comprometeu as funções do respectivo membro.

CID 10 - S52 Fratura do Antebraço.

3. DO DIREITO

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Assim estabelece o presente julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

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

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

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

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



Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo sido pago parcialmente no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), razão pela qual está requerendo via judicial.

DOS JUROS MORATORIOS

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

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

DA PERÍCIA

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

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

4. DO PEDIDO

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

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;
2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;
3. Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do NCPC, o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação**



4. Protesta e requer o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

5. NO MÉRITO, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 7087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

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

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 14 de Janeiro de 2020.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670

QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

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

PACIENTE:_____.

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



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

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO

ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS ? :

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

Sem mais, em ____/____/____.

(assinatura – carimbo – CRM)





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9318



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000051/19 registrada em 19/03/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de março do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:20 horas, compareceu a Sra. IVANILDA DA COSTA ARAÚJO, com 0 ano de idade, filha de JOSÉ ALVES DE ARAÚJO e SEVERINA FERREIRA DA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, portadora da Cédula de Identidade N° 3.989.381, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 12626455490, residindo à rua JOSÉ SOARES DE SOUSA, 75, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA GRANDE - PB.

Declarou que:

Informa a comunicante, que no final da tarde do dia 08.01.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Bebedouro, área rural de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100, ano/, modelo 2008/2008, cor preta, chassi n° 9C2HB02108R029561, de placa MYW-2932/PB, licenciada em nome de Gerson Barbosa de Oliveira, quando perdeu o controle de direção em uma curva fechada e acabou caindo ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTan, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, a comunicante está impossibilitada de apresentar a Declaração do Proprietário do veículo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 19 de Março de 2019

Ivanilda da Costa Araújo

IVANILDA DA COSTA ARAÚJO

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Banco Postal

*** Deposito em Conta Poupanca ***

Agência : 30300053-AC ALAGOA GRANDE

Terminal: 99344269

Id.Trx.: 190924

Nro Aut : 143747

Caixa : 89299884

Data : 26/04/2019

Hora : 14:37

(Horario de Brasilia)

BANCO DO BRASIL

5757800168

0117

SAC BB 0800 729 0722

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

AGENCIA: 0903 3 CONTA: 21.569-4 VAR:51

DATA 26/04/2019

NR. DOCUMENTO 57.578.001.680.117

VALOR DINHEIRO 100,00

VALOR TOTAL 100,00

NR. AUTENTICACAO

7.CCC.1AE.ABD.E70.A3F

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299669

Vítima: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDA DA COSTA ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **IVANILDA DA COSTA ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000908-3**

Conta: **000010021569-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 14/01/2020 15:43:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415431491800000026487568>

Número do documento: 20011415431491800000026487568

Num. 27447123 - Pág. 1

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 035.655.239



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

LAERTE PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE SOARES DE SOUSA 75
ALAGOA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1863592-0

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

12/12/2019

CONSUMO

47

VENCIMENTO

19/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 13,28

Acesse: www.energisa.com.br

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/12/2019 | | | | |
| Pagador: LAERTE PEREIRA DA SILVA CNPJ/CPF: 078.626.674-09 | | | | |
| RUA JOSE SOARES DE SOUSA 75 - CENTRO - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso-Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 26249120009682269 | 001863592201912 | 19/12/2019 | R\$ 13,28 | |
| BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 09.095.183/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3 | | | | |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN Nº 6761923348
2008463/2008 3593742745

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 958155046 TTB *****

NOME/ENDEREÇO
GERSON BARBOSA DE OLIVEIRA
EST GUERRA FUZIL, 9979
ZONA RURAL

59.162-008 SÃO JOSÉ DE HIPÓLITO/RN

723.059.164-34 CPF/CGC PLACA MYM232

PUTIGUAR VEÍCULOS LTDA NOME ANTERIOR

PLACA ANT./UF MYM232/RN CLASSI 902HB02100R029561

ESPECIE TIPO PASSAREIRO/MOTOCICLETA/ANO APLICAVELETA XLINA COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO HONDA/POP100 AN 3 FMS 2183 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CIL 0CV/97 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COIT/PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES

ALIANÇA FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 01.149.953/0001-09
BV FINANCIERA S.A CRED FINC E INVEST
MOTOR: H802E10929561

SÃO JOSÉ DE HIPÓLITO/RN DATA 24/03/2008

DETRAN

DETRAN



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUAS CARGAS A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

RN Nº 6761923348 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO

GERSON BARBOSA DE OLIVEIRA
EST QUEBRA FUZIL, 9979
ZONA RURAL
59.162-000 SAO JOSE DE MIDIU/RN

CPF/CGC

723.059.164-34

PLACA

MYW2932

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

RNNº 6761923348

NOME/ENDEREÇO

GERSON BARBOSA DE OLIVEIRA
EST QUEBRA FUZIL, 9979
ZONA RURAL
59.162-000 SAO JOSE DE MIDIU/RN

VIA

CPF/CGC

1 723.059.164-34

PLACA

MYW2932

COD. RENAVAL

950155046

MARCA/MODELO

HONDA/PIU100

ANO FAB.

2000

CAT. TARE

9

CHASSI

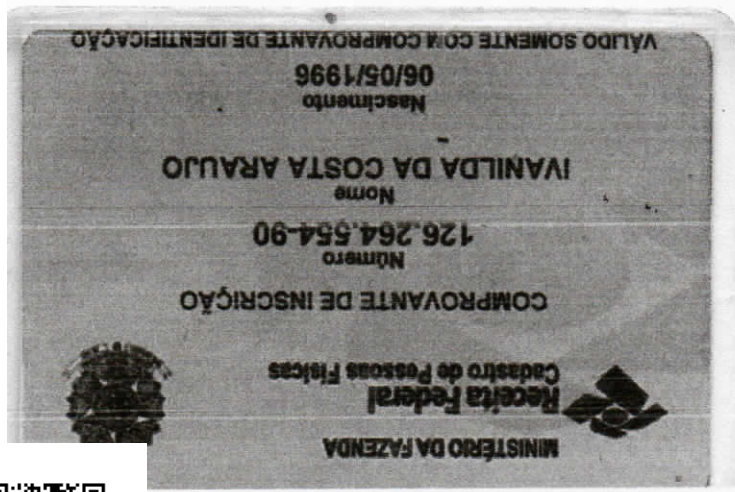
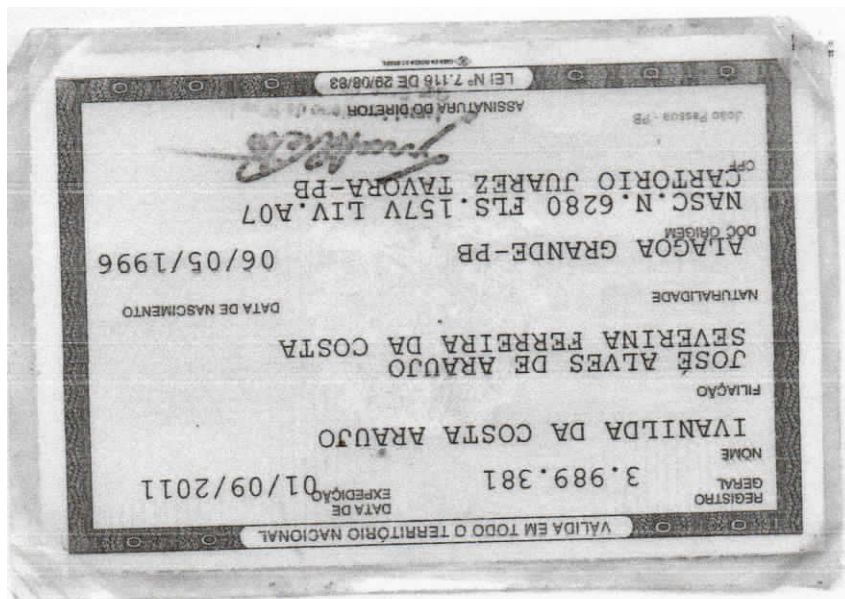
9C2HB02108R029561

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

25031




PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: IVANILDA DA COSTA ARAÚJO, brasileira, solteira, desempregada, portadora da cédula de identidade nº 3.989.381 – SSP/PB, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 126.264.554-90, residente e domiciliado na Rua José Soares de Sousa, 75, Centro, Alagoa Grande/PB, CEP: 58388.000.

OUTORGADOS: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 25.670, com endereço situado na Rua Manoel Araújo, 70, Centro, Alagoa Nova, Estado da Paraíba, CEP: 58.125-000.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere aos outorgados 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 esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Alagoa Nova - PB, 27 de dezembro de 2019.



OUTORGANTE



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex 05403 Amarelado

Paciente Evandro da Costa Alojamento 9 Leito 2 Convênio

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|-------|------------------------------|---------|-----------------|
| 18/01 | Diagnóstico: 3 dias após 22h | | |
| 19/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 20/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 21/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 22/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 23/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 24/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 25/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 26/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 27/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 28/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 29/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 30/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 31/01 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 01/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 02/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 03/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 04/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 05/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 06/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 07/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 08/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 09/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 10/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 11/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 12/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 13/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 14/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 15/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 16/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 17/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 18/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 19/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 20/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 21/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 22/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 23/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 24/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 25/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 26/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 27/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 28/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 29/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 30/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |
| 31/02 | Diagnóstico: 2 dias após 22h | 12/18 | |

Dr. Wagner Falcão
Osteopatia e Traumatologia
CRM-PB 8649

Dr. Wagner Falcão
Osteopatia e Traumatologia
CRM-PB 8649



18/01/19 PA 100 X 70 + acervo 17/01 + medica do



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Isomula da Costa

Alojamento

Leito

9-2

Convênio

for inner antichain (E)

[illegible]

Data 17/01/19 Hora 8:00 PA 100X70

Paciente O/AP, sem queixa
de dor, segue aos cuidados
da enfermagem.

Murilo de Souza Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PB 1184502

Infermeiro de Plantão

17/01/2019
100X70
Paciente O/AP, sem queixa
de dor, segue aos cuidados
da enfermagem.

1





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

fx em antebraço @

P. 1809662

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(7)

OK

| | | | | |
|----------|--------------------|------------|-------|----------|
| Paciente | Imunidade da Costa | Alojamento | Leito | Convênio |
|----------|--------------------|------------|-------|----------|

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------|-------------------|---------|-----------------|
|------|-------------------|---------|-----------------|

| | | | |
|-------|-------------|----|--------------------------|
| 16/01 | Dieta livre | OK | BEBE - estavel - apetele |
|-------|-------------|----|--------------------------|

| | | | |
|--|-------|----|--|
| | Jeito | OK | |
|--|-------|----|--|

| | | | |
|--|------------------------------|----|--|
| | Suplementos 50mg + 100 em 6h | OK | |
|--|------------------------------|----|--|

| | | | |
|--|------------|----|--|
| | Agir + ccc | OK | |
|--|------------|----|--|

| | | | |
|--|------------------------------|----|--|
| | Desorientação 10ml no 1º dia | OK | |
|--|------------------------------|----|--|

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

14/01/2020 11:11

Dr. Wagner Talcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8043

Dr. Wagner Talcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8043

Dr. Wagner Talcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8043

16/05/19 JGH RD JJOx60



for 25000 of Auditing (K)

Dr. Wagner, Patricia
Cristina P. de Almeida
0643

Diagnóstico

Exame do abdômen

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Acidente | Alojamento | Leito | Convênio |
|----------|------------|-------|----------|
|----------|------------|-------|----------|

Sociedade de Costa Uniao

7

7

Convênio

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|------|-------------------|---------|-----------------|
|------|-------------------|---------|-----------------|

10/01

1 DIETALIVRE

SND

8.30

2 SRL 1500ML EV 24H

4 DIPIRONA 16 EV 6/6H

5 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h SN

6 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8h SE DOR

7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8h SN

8 CLEXANE 40 UI - SC 1x/DIA

9 OMERPAZOL 20MG VO JEJUM

10 SSV + CCGG

BEG estável
sem intercorrências

CD: VPM

Dr. Jairo F. Costa

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB-9985 / CRM-RN-8320

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB-9985 / CRM-RN-8320

Dr. Dr.

At Orso's Apartments

| Paciente | Tecnicado da Capta | Alojamento: | Leito | Convênio |
|---|--------------------|-------------|-----------------|----------|
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica | |
| 1. Dieta | hivc | SVU | | |
| 2. SRL 1500ml EV/24h | 3/1/20 | 06 | | |
| 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h | | 12 06 | | |
| 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h | | 06 11 | | |
| 5. Omeprazol 40mg EV/jejum | | 06 | | |
| 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN | | SN | | |
| 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN | | SN | | |
| 8. Clexane 40mg SC/dia | | | | |
| 9. SSW + CCGG | | | | |
| <p>Dr. Wagner Falcão Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 8643</p> <p>Dr. Wagner Falcão Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 8643</p> | | | | |



14.1.19 12:00
RA: 30070 P-86 SP02. 99

Prod. Joun, consiente
vicio. Pedro. Pedro. Pedro.
aqui vicio. Ped.
cpm. duntulando, vicio.
Tado, com peltura nise
segur aos endoscos de
equipe. — Tado.



FX 050505 DO ANZEBIAC (3)

[Signature]

5/01- 09 hrs - 130x60 n Pacte e G.R. consciente, orientado.
Medicador C.A.M

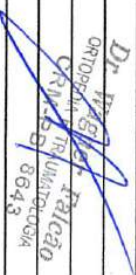
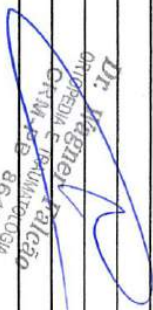
Clênia Arielly R. O. Cavalcante
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 385703



DIAGNÓSTICO

for Oshay & Partners

| | | | | | | | |
|----------|-------------------|-------------|---|-------|--|----------|---|
| Paciente | | Alojamento: | | Letto | | Convênio | |
| | Ivanilda de Souza | | 2 | | | | C |

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|--------|--|---|---|
| 12/17/ | 1. Dieta <i>hívni'</i> 2. SRL 1500ml EV/24h <i>(2L/10)</i> 3. Dipirone 02ML + AD EV 06/06h 4. Tiliatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg <i>EV/jejum</i> <i>(10)</i> 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia <i>(9049)</i> 9. SSV + CCGG | <i>CT</i> <i>CT</i> <i>CT</i> <i>CT</i> <i>CT</i> <i>CT</i> <i>CT</i> <i>CT</i> <i>CT</i> | <i>PRCA, KATACI,</i> <i>CT, VPR</i> |
| | <div>  <p>Dr. Wagner ORÇAMENTO CRIM. 8643</p> </div> | | <div>  <p>Dr. Wagner ORÇAMENTO CRIM. 8643</p> </div> |



St. Petersburg
Teg. 20317
Coren:

Handwritten notes and signatures:




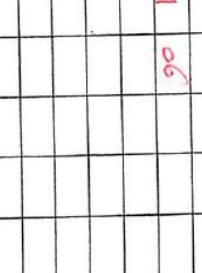
- Top left: $\frac{9}{10}$
- Top right: $\frac{2}{2}$
- Middle left: $\frac{1}{2}$
- Middle right: $\frac{2}{2}$
- Bottom left: $\frac{1}{2}$
- Bottom right: $\frac{1}{2}$



for 3303 and spreading
(K)

by
ou

| | | | |
|------------|--------------------|-------|----------|
| Paciente | Família do Sr. 474 | | |
| Alojamento | 2 | Leito | Convênio |

| Data | Prescrição Médica | SND | Horário | Evolução Médica |
|-------|--|---|---|--|
| 11/12 |  Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PPB 8643 |  Dr. Wagner Falcão |  Dr. Wagner Falcão |  Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PPB 8643 |

11/01 - 09h30 - 100x40 ~ Poche E.G.R. com ciente, orientado. Medi-

Clénia Arielly R. Q. Cavalcante
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 385703





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

1000000

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(12)

88

Paciente

Israel de Souza

Alojamento

7

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

08/01/20

Israel de Souza

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

Israel de Souza

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

Israel de Souza

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

Israel de Souza

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

Israel de Souza

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

Israel de Souza

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

15:00

Amorim, Jorge Pinto Neto

CRM: PB 5258

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Amorim, Jorge Pinto Neto

CRM: PB 5258

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

09/01/19 sob PA 110x80 Paciente não relate
queixas, segue em
condição da

Adriana de S. Nunes de Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - PB 534.455



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Iranilda da Costa Registro: _____ Leito: 9-2 Setor Atual: Ort. 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: 100x70 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: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

Ausculata 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

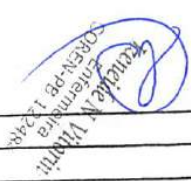
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



| | | | |
|--|--|---|--|
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: | |  DATA: 18/01/19 HORA: 14h | |
| INTERCORRÊNCIAS Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: | | | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE Tipo: () Praticante () Não praticante. 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: | | | |
| SONO E REPOUSO Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: () Preservado () Insônia () Sono interrompido. Observações: | | | |
| CUIDADO CORPORAL Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: Retirado em: Débito: | | | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA Condição da pele: () Integridade () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado () Alterado | | | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. | | | |
| Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: | | | |
| Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: | | | |
| Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo | | | |
| Drogas vasotônicas: () Quais? | | | |
| Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia () | | | |

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

| BOLETIM DE ENFERMAGEM | | | | |
|--|--|--|--|--|
| NOME: <u>Iranilde da Costa Araujo</u> | | | | |
| IDADE: <u>22</u> | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | DATA DE NASCIMENTO: / / às : h | | |
| SETOR: <u>Amarela</u> | | LEITO: <u>7</u> | | |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ortopédico</u> | | | | |
| ALERGIAS: | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | QUAIS: | | |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA: | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | QUAIS: | | |
| DOENÇA CRÔNICA: | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | QUAIS: | | |
| PRESENÇA DE ESCARA: | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> | LOCAL: | | |
| PRESSÃO ARTERIAL: | HIPOTENSO <input type="checkbox"/> | NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> | HIPERTENSO <input type="checkbox"/> | |
| SISTEMA NEUROLÓGICO: | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> | ORIENTADO <input type="checkbox"/> | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO: | DISPÊNICO <input type="checkbox"/> | TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> | EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> | BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/> |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE) | NORMAL <input type="checkbox"/> | POLÚRIA <input type="checkbox"/> | OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> | SVD <input type="checkbox"/> |
| | DUSÚRIA <input type="checkbox"/> | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> | ANÚRIA <input type="checkbox"/> | |
| MOBILIDADE: | DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> | DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> | ACAMADO <input type="checkbox"/> | S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> |
| | TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> | HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> | PAREZIA <input type="checkbox"/> | RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/> |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA) | VO <input type="checkbox"/> | SNG <input type="checkbox"/> | SNE <input type="checkbox"/> | |
| ESTADO NUTRICIONAL: | NUTRIDO <input type="checkbox"/> | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> | OBESO <input type="checkbox"/> | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/> |
| DADOS VITAIS: | PA: | T: | FR: | FC: PESO: |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM | | | | |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO | | | CD/FR: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO | | | CD/FR: <u>Procedimento invasivo</u> | |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA | <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA | CD/FR: | | |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA | <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA | CD/FR: | | |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO | <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE | <input type="checkbox"/> PARA BANHO | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> | | | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> | | | CD/FR: | |
| CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA | | | FR: FATOR RELACIONADO | |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL | | | | |
| <p><u>Bárbara Albuquerque V. Araújo</u> COREN-PB 538.571-ENF</p> | | | | |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | | APRAZAMENTO | ASSINATURA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. | | <u>12/12</u> | | |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. | | | | |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. | | | | |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. | | | | |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). | | | | |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. | | | | |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°. | | | | |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA). | | <u>Diariamente</u> | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO. | | <u>sempre</u> | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. | | <u>sempre</u> | | |

MOD 125





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

| | | | | | | | | | | | |
|--------|---|--|--|-------|---------|----------|-------|--------|--|--|-------------|
| NOME: | <i>Israel de Souza Farias</i> | | | | | | | | | | PRONTUÁRIO: |
| IDADE: | SEXO | COR: | | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.: | LEITO: | | | |
| | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
19/01/19

ATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Tx. do braço C-AP/D

| | | | |
|---------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| GÊNCIA: | <input type="checkbox"/> | ROTINA: | <input type="checkbox"/> |
| TA: | | HORA DA SOLICITAÇÃO: | |

CRM-PB 9551
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Dr. João Paulo Oliveira Nunes



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 14/01/2020 15:43:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415432902200000026487955>

Número do documento: 20011415432902200000026487955



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ BONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

| | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------|-------|--|------|--|-------|---------|----------|-------|-------|------------|
| NCME: | IVANILDA DA COSTA | | | | | | | | | | PRONTUÁRIO |
| IDADE: | 22 | SEXO: | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | COR: | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.: | LEITO | |

| | |
|-----------------|-----------------------------------|
| DADOS CLÍNICOS: | Vítima de acidente de motocicleta |
|-----------------|-----------------------------------|

| |
|----------------------|
| MATERIAL A EXAMINAR: |
|----------------------|

| | | |
|---------------------|----------------------|------------------|
| EXAMES SOLICITADOS: | USG abdominal (FAST) | ULTRASSONOGRAFIA |
| | | Realizada em: |
| | | 08/10/19 |

| | | | |
|-----------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| URGÊNCIA: | <input type="checkbox"/> | ROTINA: | <input type="checkbox"/> |
| DATA: | 08/10/19 | HORA DA SOLICITAÇÃO: | |

MARCOS ANDRÉ DINIZ
MÉDICO CIRURGIÃO
CRM-PB 66472



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 14/01/2020 15:43:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415432902200000026487955>

Número do documento: 20011415432902200000026487955





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ CONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------------|--|-------|---|---|------|---|---|---|-------|---------|----------|-------|--------|--|------------|
| NOME: | IVANILDA COSTA | | | | | | | | | | | | | | | PRONTUÁRIO |
| IDADE: | 22A | | SEXO: | M | F | COR: | B | P | A | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.: | LEITO: | | |

| | |
|-----------------|---------------|
| DADOS CLÍNICOS: | Queda de moto |
|-----------------|---------------|

| | |
|----------------------|----------------------------------|
| MATERIAL A EXAMINAR: | RAIO X REALIZADO EM: 08/01/19 |
|----------------------|----------------------------------|

| | |
|---------------------|--|
| EXAMES SOLICITADOS: | Rx { TORAX AP CORACAO AP e perfil E ABDOMEN E AP e perfil PELE AP |
|---------------------|--|

| | | | |
|-----------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| URGÊNCIA: | <input type="checkbox"/> | ROTINA: | <input type="checkbox"/> |
| DATA: | 08/01/19 | HORA DA SOLICITAÇÃO: | |

Marcos André Diniz
MÉDICO CIRURGIÃO
CRM-PB 6472







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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

| | | | | | |
|-----------|--|------------|------------------|----------|---------------|
| Sr(a): | IVANILDA DA COSTA ARAUJO | Protocolo: | 0000445453 | RG: | NÃO INFORMADO |
| Dr(a): | SHERDSON C DE SÁ RODRIGUES | Data: | 11-01-2019 11:23 | Origem: | AREA AMARELA |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade: | 22 anos | Destino: | Leito - 07 |

BETA HCG PLASMATICO - QUALITATIVO..... Não Reagente

[DATA DA COLETA: 11/01/2019 11:22]

Material: Soro

Método: Enzimaimunoensaio

Valores de Referência:

IMPORTANTE:

Após resultado negativo, persistindo suspeita de gravidez, uma segunda amostra deverá ser obtida 48 Hrs depois e testada novamente.
A sensibilidade do HCG permite a detecção de HCG na urina e soro de mulheres grávidas a partir do 4o. a 5o. dia de atraso menstrual.
O hormônio LH produzido na fase de ovulação poderá causar resultado falsamente positivo do teste.

NOTA: A elevação do hCG no soro ou urina está mais frequentemente relacionada com a gravidez. Entretanto valores elevados são encontrados na mola hidatiforme, no coriocarcinoma e nas neoplasias não trofoblásticas.
O resultado não reagente não exclui a possibilidade de gravidez, uma vez que o exame depende dos níveis hormonais.
Sensibilidade do teste: Em 5 minutos níveis elevados ou tão baixos quanto 25 mUI/ml podem ser detectados na amostra.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 13/01/2019 10:50 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F611-7DF1-59FD-E97B-DB9B-25DE-5351-9425



Sr(a): IVANILDA DA COSTA ARAUJO Protocolo: 0000445187 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): AMARO JORGE PINTO NETO Data: 09-01-2019 12:35 Origem: AREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 22 anos Destino: Leito - 07

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 09/01/2019 12:34]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 4.2 milhões/mm ³ | 3,9 à 5,9 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina..... | 15,0 g/dL | 12,0 à 16,0 g/dL |
| Hematócrito..... | 45,0 % | 35,6 à 48,6 % |
| V.C.M..... | 107 fL | 82,0 à 102,0 fL |
| H.C.M..... | 36 pg | 27,0 à 31,0 pg |
| C.H.C.M..... | 33 g/dL | 32,9 à 36,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Leucócitos..... | 8.600 /mm ³ | 5.000 à 10.000 /mm ³ |
| | (%) | (/mm ³) |
| Neutrófilos | | |
| Promielócitos..... | 0 | 0 |
| Mielócitos..... | 0 | 0 |
| Metamielócitos..... | 0 | 0 |
| Bastonetes..... | 3,0 | 258 |
| Segmentados..... | 70,0 | 6.020 |
| Eosinófilos..... | 0 | 0 |
| Basófilos..... | 0 | 0 |
| Linfócitos | | |
| Típicos..... | 25,0 | 2.150 |
| Atípicos..... | 0 | 0 |
| Monócitos..... | 2,0 | 172 |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 276.000 mm ³ | 140.000 à 400.000 mm ³ |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Biomédico
 CRBM - 5010

Emissão : 09/01/2019 17:03 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3D3E-7A78-F462-203B-7D2B-939B-49CA-31E4





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): IVANILDA DA COSTA ARAUJO Protocolo: 0000445187 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): AMARO JORGE PINTO NETO Data: 09-01-2019 12:35 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 22 anos Destino: Leito - 07

TEMPO DE COAGULACAO 8' 00'' min

[DATA DA COLETA: 09/01/2019 12:35]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


TEMPO DE SANGRAMENTO 2' 00''

[DATA DA COLETA: 09/01/2019 12:35]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 09/01/2019 17:03 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 641C-23C0-B01F-34B1-6FD6-36FC-A0B7-4E3C





| | |
|----------------|--------------------------|
| PACIENTE: | IVANILDA DA COSTA ARAUJO |
| DATA DO EXAME: | 08/01/2019 |

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

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

Fígado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio.


DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| PACIENTE: <u>Iranildo da Costa Araújo</u> | | DN: <u>06/05/1996</u> | |
| QI | LEITE <u>Sala 03</u> | CONVENIO <u>22</u> | IDADE <u>22</u> |
| CIRURGIA <u>Osteossíntese Unos Antebraço Dº 4º ao 5º</u> | | CIRURGIÃO <u>Dº Múcio</u> | |
| ANESTESIA <u>Intubação Orotraqueal + Sítio</u> | | ANESTESIA <u>Dº Múcio</u> | |
| INSTRUMENTADORA | | DATA <u>19/01/19</u> | FIM <u>13:00</u> |
| MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | | FIOS | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Qtd. | FIOS |
| | Adrenalina amp. | | Catgut cromado Sertix |
| | Atropina amp. | | Catgut cromado Sertix |
| 01 | Diazepam amp. <u>Midecalan</u> | | Catgut cromado Sertix |
| | Dimore amp. | | Catgut Simples |
| | Dolanina amp. | | Catgut Simples Sertix |
| | Efrane ml | | Catgut Simples Sertix |
| | Fenegam amp. | | Catgut Simples Sertix |
| 01 | Fentanil ml | | Cera p/ osso |
| | Inova ml | | Ethibond |
| 01 | Ketalar ml | | Ethibond |
| | Mercaína % ml | | Ethibond |
| | Nubain amp. | | Fio de Algodão Sertix |
| | Pavulon amp. | | Fio de Algodão Sertix |
| | Protigmine amp. | | Fio de Algodão Sutupak |
| | Protóxido l/m | | Fio de Algodão Sutupak |
| | Quelicin ml | | Fila cardíaca |
| | Rapifen amp. | 04 | Mononylon |
| | Thionembul ml | | Mononylon |
| | Tracrium amp. | | Prolene Sertix |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | Qtd. | SOROS |
| 06 | Água Destilada amp. | | SG Normotérmico fr 500 ml |
| 01 | Decadron amp. | | SG Gelado fr 500 ml |
| 02 | Dipirona amp. | | SG Hipertérmico fr 500 ml |
| | Flaxidol amp. | | SG Ringr fr 500 ml |
| | Flebocortid amp. | | SG Fr 500 ml |
| | Gericina amp. | | SG Fr 500 ml |
| 01 | Glicose amp. | | SG Fr 500 ml |
| | Glucon de Cálcio amp. | | SG Fr 500 ml |
| | Haemacel ml | | SG Fr 500 ml |
| | Heparema ml | | SG Fr 500 ml |
| | Kanakion amp. | | SG Fr 500 ml |
| | Lasix amp. | | SG Fr 500 ml |
| | Medrotilazol. | | SG Fr 500 ml |
| 01 | Metoprolol amp. | | SG Fr 500 ml |
| | Prolamina | | SG Fr 500 ml |
| | Revivan amp. | | SG Fr 500 ml |
| | Suptanon amp. | | SG Fr 500 ml |
| 02 | Sufetina 1g | | SG Fr 500 ml |
| 02 | Tiludil 20 mg | | SG Fr 500 ml |
| 01 | Tiludil 2% etv | | SG Fr 500 ml |
| 01 | Bupiv 0.5% etv | | SG Fr 500 ml |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | Qtd. | EQUIPAMENTOS |
| | Agulha desc. 25 x 7 | | Oxímetro de Pulso |
| | Agulha desc. 28 x 28 | | Serra |
| | Agulha desc. 3 x 4,5 | | Desfibrilador |
| | Agulha p/ raque nº | | Foco Frontal |
| 05 | Álcool de Enfermagem | | Fonte de Luz |
| | Álcool Iodado ml | | |
| | Ataduras de Crepon | | |
| | Ataduras de Gessada | | |
| | Azul metileno amp. | | |
| | Benzina ml | | |

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

EQUIPAMENTOS

- ☒ Oxímetro de Pulso
- ☒ Serra
- ☒ Desfibrilador
- ☒ Foco Frontal
- ☒ Fonte de Luz
- ☐ Foco Auxiliar
- ☐ Eletrocautério
- ☐ Oxícapiógrafo
- ☐ Cardiomonitor
- ☐ Perfurador Elétrico

Stela Mª Assistente Social

COORDENADOR RESPONSÁVEL

COREN 421820

MOD 066



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 14/01/2020 15:43:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415433005400000026487957

Número do documento: 20011415433005400000026487957

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 14/01/2020 15:43:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415433005400000026487957

Número do documento: 20011415433005400000026487957

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

| | | | |
|--|-------------------|------------------------|--|
| Nome do Paciente <i>Wendell de Costa</i> | | Nº Prontuário | |
| Data da Operação | Enf. | Leito | |
| Operador <i>Dr. J. P. F. L.</i> | 1º Auxiliar | | |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | Instrumentador | |
| Anestesia | Tipo de Anestesia | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório | | <i>Lesão de tendão</i> | |
| Tipo de Operação <i>Ortopedia</i> | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | | | |
| Relatório Imediato da Patologia | | | |
| Exame Radiológico no Ato | | <i>Não</i> | |
| Acidente Durante a Operação | | <i>Não</i> | |
| | | | |
| | | | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
|--|
| 1/ <i>Incisão de 10 cm</i> |
| 2/ <i>Exposição do tendão</i> |
| 3/ <i>Exposição do tendão</i> |
| 4/ <i>Incisão de 10 cm</i> |
| 5/ <i>Exposição do tendão</i> |
| 6/ <i>Exposição do tendão</i> |
| 7/ <i>Redução com suture e fixação com placa DCP + Kirschner</i> |
| 8/ <i>Incisão sobre o tendão</i> |
| 9/ <i>Verificação da sutura</i> |
| 10/ <i>Redução com suture e fixação</i> |

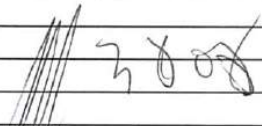
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

| | | | | |
|---------------|---|-----------|--------------|--------------------------|
| Paciente: | Liamilla da Costa Araújo | | Idade: | 22 |
| Convênio: | sus | | Data: | 19/01/2019 |
| Procedimento: | Osteomielite de Osso de Antebraço AE | | | |
| Cirurgião: | Dr. João Paulo | Auxiliar: | Anestesista: | |
| Início: | 12:00 | Término: | 13:00 | Anestesia BPPB + Sedação |

[illegible][illegible]

| Observações: | |
|---|------------|
|  | |
| Assinatura Anestesista | Circulante |

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



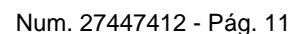
TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

| Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico | Hora entrada | Hora saída |
|--|---------------------|-------------------|
| Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2 | | 2 |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 | | 2 |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 | | 2 |
| Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2 | | 2 |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | 2 12 |
| TOTAL DE PONTOS: | | 12 |


 Assinatura do anestesista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE



Ficha de Acolhimento

| | | | |
|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------|
| Nome: | Isaías Roberto | | |
| End: | Rua da Boa Vista | | |
| Data de Nascimento: | 06.05.96 | Data do Atend: | 08.01.19 |
| Queixa: | dor no peito | | |
| Acidente de trabalho? | () Sim | Documento de Identificação: | 19.41 |
| | | Hora: | 19.41 |
| | | Documento: | |
| Classificação de Risco | | | |
| Nível de consciência: | () Bom | () Regular | () Baixo |
| Frequência respiratória: | 120 x 80 | | |
| Pressão arterial: | | | |
| Dosagem de HGT: | | | |
| Deambulação: | () Livre | () Cadeira de rodas | () Maca |
| Estratificação | | | |
| () Vermelho - atendimento imediato | | | |
| () Amarelo - atendimento até 1 hora | | | |
| () Azul - atendimento ambulatorial | | | |
| () Branco - atendimento até 4 horas | | | |

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1809631

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/01/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento

PACIENTE: IVANILDA DA COSTA

CEP: 58388000

Nascimento: 06/05/1996

ARAÚJO

Sexo: F

Telefone: 89487884

Cidade: Alagoinha Grande

Idade: 022

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: SEVERINA FERREIRA DA COSTA

RG: 3989381

Nº 0

Responsável: MARIA FERREIRA DA COSTA

CPF:

Profissão: AGRICULTORA

Estado Civil: Casado(a)

Data de

CNS: 709702084967890

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Atendimento: 08/01/2019

CONVÊNIO: SUS

Médico:

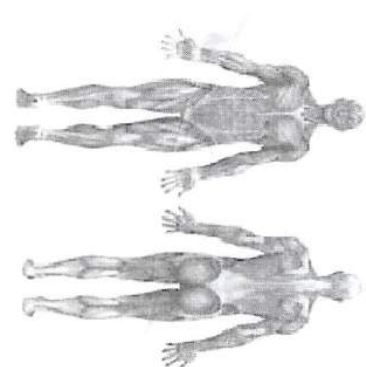
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Eritema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Pericardite
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Acid. de Moto

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍN. 5

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 2 horas, trauma de cabeça, com lesão cervical ou fratura cervical. Não há perda de consciência, não há vômito, não há hemorragia externa. Não há trauma abdominal. Com dor em abdômen.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA PA HGT: Sat02

Exame físico: sem lesão cervical, sem dor ou rigidez no movimento. Tórax e abdômen insensíveis à palpação (exame complementar foi feito no paciente). Glasgow 15, consciente, Alerta, com dor e exatidão.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia computadorizada

(u) Ultrassonografia: FAST

(u) Radiografias: Tórax, Pelve, Coluna, membros

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Qualificação / / às : / Dia / /

Especialista: NCL / / às : / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|--------------------------------------|-------------------|
| 1 | <u>Diagnóstico de lesão cervical</u> | <u>20:55</u> |
| 2 | <u>Tratamento de lesão cervical</u> | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura: Dr. Israel de Souza Farias

Carimbo: RAIO X

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Vins de soleil de nuit

cu TCE

ϕ leaves ϕ Verh ϕ conder

15 June

See diff. abt. - exch. letters to MS E

Ed: M. do MEZ. Recor. na secretaria

Dr. Valeria Medda di Vale, Vittoria
NEUROCIENRMO
CRM-P...

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia
() Decisão Médica

1 () Decisão Médica

()Óbito

Maria Ferreira da Costa
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

* Cinnamomum Genus * 21:45

paciente segue sem Quedas, rombo - ASDominais. Atividade
USG FAST, Aproximar de pólar e feite sem artençõe.

CD: Alta da Cincuenta Genal

Genesio Cirilo de Carvalho
Cirurgião Geral
CRM: 4475

CRM: 44732


SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

[illegible]

| | | | |
|---|--|--|--|
|  Sistema Único de Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES: 2362856 | | Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE: IVANILDA DA COSTA ARAUJO 4 - CNES: 2362856 | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: IVANILDA DA COSTA ARAUJO 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1809662 | | Identificação do Paciente 7 - CARTÃO DO SUS: 709702084967890 8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/05/1996 9 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| Identificação do Paciente 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: SEVERINA FERREIRA DA COSTA 11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SITIO BEBEDOURO, 0, ZONA RURAL 12 - CIDADE/MUNICÍPIO: Alagoa Grande 13 - CEP: 58388000 | | Identificação do Paciente 14 - CIDADE/MUNICÍPIO: Alagoa Grande 15 - UF: PB 16 - CEP: 58388000 | |
| JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO <div style="height: 100px; border: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; font-size: 2em; transform: rotate(-15deg);"> Tecluse Aldeia </div> </div> | | | |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="height: 100px; border: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; font-size: 2em; transform: rotate(-15deg);"> Tecluse Aldeia </div> </div> | | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL 20 - CID 10 PRINCIPAL: 21 21 - CID 10 SECUNDÁRIO: 22 22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 23 | | | |
| PROCEDEMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tecluse Aldeia 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 980016001358163 | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - () ACIDENTE COM A PREVIDÊNCIA 37 - () EMPREGADO 38 - () NÃO EMPREGADO | | | |
| AUTORIZAÇÃO 39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: AMARO JORGE PINTO NETO 40 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 980016001358163 41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 08/01/2019 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: AMARO JORGE PINTO NETO 43 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 44 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/01/2019 45 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 46 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 47 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 48 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 49 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 50 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 51 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 52 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 53 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 54 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 55 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 56 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 57 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 58 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 59 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 60 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 61 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 62 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 63 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 64 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 65 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 66 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 67 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 68 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 69 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 70 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 71 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 72 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 73 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 74 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 75 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 76 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 77 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 78 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 79 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 80 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 81 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 82 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 83 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 84 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 85 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 86 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 87 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 88 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 89 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 90 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 91 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 92 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 93 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 94 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 95 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 96 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 97 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 98 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 99 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 100 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016001358163 | | | |

Data da internação: 08/01/2019 Hora: 21:20:49

HTCG-Painel Administrativo

08/01/2019

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 14/01/2020 15:43:31

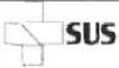
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415433005400000026487957

Número do documento: 20011415433005400000026487957

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 14/01/2020 15:43:31



Data da internação: 08/01/2019 Hora: 21:20:49


| | | | |
|--|--|--|--|
|  Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | 2 - CNES 2362856 | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | 4 - CNES 2362856 | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE IVANILDA DA COSTA ARAUJO | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1809662 | |
| 7 - CARTÃO DO SUS 709702084967890 | | 8 - DATA DE NASCIMENTO 06/05/1996 | |
| 9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3 | | 11 - TELEFONE DE CONTATO DOB 83 Nº DE TELEFONE 89487884 | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEVERINA FERREIRA DA COSTA | | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO BEBEDOURO , 0 , ZONA RURAL | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Grande | | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250030 | |
| 15 - UF PB | | 16 - CEP 58388000 | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura de fêmur</i> <i>Amarelado</i> | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fratura de fêmur</i> | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de fêmur</i> | | | |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Teste de fêmur</i> | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| 26 - CLÍNICA 02 | | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO (X) CNS () CPF | |
| 28 - DOCUMENTO 980016001358163 | | 29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AMARO JORGE PINTO NETO | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/01/2019 | |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | |
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | |
| 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | 37 - Nº DO BILHETE | |
| 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | 38 - SÉRIE | |
| 39 - CNPJ EMPRESA | | 40 - CNAB DA EMPRESA | |
| 41 - CBOR | | 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | |
| () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | | 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 44 - COD. ORGÃO EMISSOR | | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |





Guias custas.



| | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
|  Poder Judiciário do Estado da Paraíba 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) | | | Número do boleto: 003.9.20.00095/01 |
| | | | Data de emissão: 14/01/2020 |
| Nº do Processo: | Comarca: Alagoa Grande | Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento: 31/01/2020 |
| Número da guia: 003.2020.600095 Tipo da Guia: Custas Prévias | | | UFR vigente: R\$ 50,92 |
| Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 509,20 Promovente: IVANILDA DA COSTA ARAÚJO - Taxa Judiciária: R\$ 106,31 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- | | | Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 |
| Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. | | | Parcela: 1/1 |
| | | | Valor total: R\$ 616,86 |
| | | | Desconto total: R\$ 0,00 |
| 866000000061 168609283184 520200131008 392000095019  | | | Valor final: R\$ 616,86 |

| | | | |
|---|----------------------------------|---|---|
|  Poder Judiciário do Estado da Paraíba 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) | | | Número do boleto: 003.9.20.00095/01 |
| | | | Data de emissão: 14/01/2020 |
| Nº do Processo: | Comarca: Alagoa Grande | Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento: 31/01/2020 |
| Número da guia: 003.2020.600095 Tipo de Guia: Custas Prévias | | | UFR vigente: R\$ 50,92 |
| Promovente: IVANILDA DA COSTA ARAÚJO Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT | | | Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 |
| Detalhamento: | | | Parcela: 1/1 |
| | | | Valor total: R\$ 616,86 |
| | | | Desconto total: R\$ 0,00 |
| | | | Valor final: R\$ 616,86 |

| | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
|  Poder Judiciário do Estado da Paraíba 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) | | | Número do boleto: 003.9.20.00095/01 |
| | | | Data de emissão: 14/01/2020 |
| Nº do Processo: | Comarca: Alagoa Grande | Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento: 31/01/2020 |
| Número da guia: 003.2020.600095 Tipo de Guia: Custas Prévias | | | UFR vigente: R\$ 50,92 |
| Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 509,20 Promovente: IVANILDA DA COSTA ARAÚJO - Taxa Judiciária: R\$ 106,31 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- | | | Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 |
| Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. | | | Parcela: 1/1 |
| | | | Valor total: R\$ 616,86 |
| | | | Desconto total: R\$ 0,00 |
| 866000000061 168609283184 520200131008 392000095019  | | | Valor final: R\$ 616,86 |





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 003.2020.600095

Data Vencimento: 31/01/2020

Data Emissão: 14/01/2020

Comarca: Alagoa Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: IVANILDA DA COSTA ARAÚJO

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

Valor da Causa: R\$ 7.087,50

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 509,20

Taxa: R\$ 106,31

Total da Guia: R\$ 615,51

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.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

COMARCA DE ALAGOA GRANDE

Juízo do(a) Vara Única de Alagoa Grande

Residencial Ernesto Cavalcante, S/N, Centro, ALAGOA GRANDE - PB - CEP: 58388-000

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

DESPACHO

Nº do Processo: 0800106-41.2020.8.15.0031

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

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

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista que a parte demandada não tem interesse na autocomposição, conforme dezenas de processos análogos, de modo que determino a sua CITAÇÃO, para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Cumpra-se. Intimações e Diligências necessárias.

ALAGOA GRANDE-PB, em 16 de janeiro de 2020

JOSE JACKSON GUIMARAES

Juiz(a) de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
Vara Única de Alagoa Grande

Fórum Desembargador José de Farias – s/n – Conjunto Antônio Farias de Albuquerque

Cehap – Alagoa Grande/PB - Telefone: (83) 3273 2633

PROCESSO Nº: 0800106-41.2020.8.15.0031

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: IVANILDA DA COSTA ARAUJO

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

Ao representante legal do(a):

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

Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, Dr. José Jackson Guimarães, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO** Vossa Senhoria, para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

ALAGOA GRANDE-PB, 26 de fevereiro de 2020

MARIANNA MONTENEGRO TEOTONIO

Técnico(a) Judiciário(a)

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:



Documentos associados ao processo

| Título | Tipo | Chave de acesso** |
|---------------------------------|--|-------------------------------|
| Petição Inicial | Petição Inicial | 20011415430636100000026487552 |
| B.O. | Outros Documentos | 20011415430909100000026487563 |
| COMPROVANTE DE CONTA | Outros Documentos | 20011415431243100000026487565 |
| COMPROVANTE DE REQUERIMENTO ADM | Outros Documentos | 20011415431491800000026487568 |
| COMPROVANTE DE RESIDENCIA | Outros Documentos | 20011415431797400000026487569 |
| DOCUMENTO DO VEÍCULO | Outros Documentos | 20011415432308000000026487931 |
| DOCUMENTOS PESSOAIS | Outros Documentos | 20011415432421000000026487935 |
| PROCURAÇÃO | Procuração | 20011415432628000000026487938 |
| PROTUÁRIO MÉDICO (1) | Outros Documentos | 20011415432714300000026487941 |
| PROTUÁRIO MÉDICO (2) | Outros Documentos | 20011415432794800000026487943 |
| PROTUÁRIO MÉDICO (3) | Outros Documentos | 20011415432902200000026487955 |
| PROTUÁRIO MÉDICO (4) | Outros Documentos | 20011415433005400000026487957 |
| PROTUÁRIO MÉDICO (5) | Outros Documentos | 20011415433137600000026487959 |
| Petição Inicial | Petição | 20011416153393500000026488168 |
| GuiaCustas | Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas | 20011416153509200000026489429 |

