

## PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

**OUTORGANTE / CONTRATANTE / HIPOSSUFICIENTE:** CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, estudante, CPF 054.806.564-06, residentes e domiciliados na Rua Onildo Ribeiro Assis, 190, Serrotão, Cep 58340-086, Campina Grande – PB.

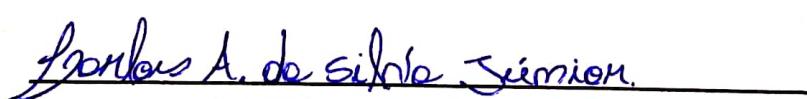
**OUTORGADO / CONTRATADO:** JOSÉ ADRIANO FERREIRA DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 25.491, com endereço profissional na Rua Praça do Trabalho, Nº 81, 1º Andar, sala 103, São José, Campina Grande – PB, com o endereço eletrônico j.adrianoferreira.adv@gmail.com

**PODERES:** Ao qual confere poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do NCPC, inclusive transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, distribuir Ação e acompanhá-la em todos os seus termos em quaisquer órgãos ou graus de jurisdição, repartições públicas federais, estaduais ou municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes, inclusive receber alvará judicial junto às Secretarias, Varas ou Cartórios, podendo movimentar e tramitá-los juntos às instituições financeiras onde haja crédito, fruto do processo, em seu benefício.

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

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, bem como, O.J 269 da SDI do TST e Súmula 29 do TJ/PB.

Campina Grande, 14 de julho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR**  
**CPF 054.806.564-06**  
**OUTORGANTE / CONTRATANTE / HIPOSSUFICIENTE**

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado de  
Segurança e da Defesa Social



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**  
**Nº00043.01.2019.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência: 16/11/2018**

**Hora: 13:02:00**

**Forma da Comunicação: Verbal**

**Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Centenário, Campina Grande, PB.**

**Ponto de referência: Perto do Hospital Antonio Targino.**

**PARTE(S)**

<b>VITIMA</b>	<b>Nome:</b> Carlos Antonio da Silva Júnior
	<b>Conhecido por:</b> Não informado

ARIVLE CORRETORA  
02 ABR. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:29  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109182927200000022959362  
Número do documento: 19082109182927200000022959362

Num. 23693392 - Pág. 1

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 07 de fevereiro de 2019.

---

SEVERINO DE CARVALHO LOPES  
Delegado(a) de Polícia Civil

*Carlos Antonio da Silva Junior*  
CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Noticiante

---

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109182927200000022959362>  
Número do documento: 19082109182927200000022959362

Num. 23693392 - Pág. 2



ARVÉ CORRETORA  
02 ABR. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109182938900000022959365>  
Número do documento: 19082109182938900000022959365

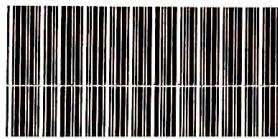
Num. 23693395 - Pág. 1

# SIS DPVAT - Sinistros

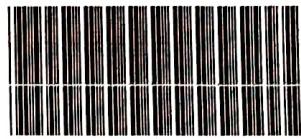
 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

Destinatário  
Digitalização Própria

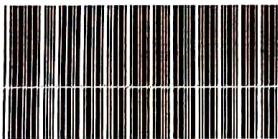
## Remessa de Documentação ASL-0111631/19 Sinistro - Invalidez



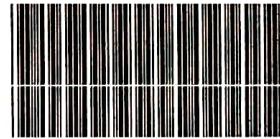
\*A011163119\*



\*B0000000008\*



\*C791880214\*



\*D791880214\*

### Documentos nessa remessa:

- Declaração de Inexistência de IML

ARIVLE CORRETORA  
11 ABR. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

No caso de problemas na recepção ou conferência  
desta documentação, favor retorná-la para:

ARIVLE CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME  
Rua Miguel Couto, 185 Sala 02 - Centro  
Campina Grande - PB - CEP 58400-273

1/1

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109182950500000022959369>  
Número do documento: 19082109182950500000022959369

Num. 23693599 - Pág. 1

**CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR**  
 RUA ONILDO RIBEIRO ASSIS, 190 - SERRATÃO  
 CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58430086 (AG: 401)

**energisa**  
 ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Rua: 13-401 - Bairro: Centro - Cidade: Campina Grande / PB - CEP: 58422-700  
 CNPJ: 08.826.596/0001-95 - Insc. Est: 16.003.639-1  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0002.071.793  
 Cód. para Dáb. Automático: 00002269629

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	20/02/2019	21/03/2019	064.806.664-06
			Insc. Est.:

**UC (Unidade Consumidora):** 4/226962-9

**Canal de contato**  
 - Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
 Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/01/19	8960	20/02/19	9096	1
				138
				29

CCI	Descrição	Quantidade	Demonstrativo		ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	PIS/Cofins(R\$)			
			Tarifa(C)	Valor Base Calc.				Aliq.	ICMS(R\$)	ICMS
0801	Consumo em kWh	138,000	0,758740	103,19	103,19	27	27,86	103,19	1,03	4,74
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB ILUM PUBLICA	12,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2019	0,45	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2019	2,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ARIVL CORRETORA.  
 02 ABR. 2019  
 TEL.: (83) 3321-5930

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 118,22 103,19 27,86 103,19 1,03 4,74  
 Média últimos meses (kWh) 126 VENCIMENTO 27/02/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 118,22

Histórico de Consumo (kWh)  
 127 | 124 | 143 | 119 | 124 | 140 | 122 | 118 | 146 | 119 | 88 | 142  
 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Oct/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

**RESERVADO AO FISCO**  
 73a0.89fa.06ef.dc02.733f.4abb.9716.967c.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,55	0,00	NOMINAL	21,92	19,45
DIC TRIMESTRAL	11,10			38,47	30,85
DIC ANUAL	22,21			4,63	3,92
FIC MENSAL	3,26	0,00	CONTRATADA	0,64	5,62
FIC TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR	49,68	41,16
FIC ANUAL	10,45		LIMITE SUPERIOR	0,00	0,00
DMIC	3,70	0,00			
DICRI	12,22				

Valor do EUSD (Ref 12/2018) R\$ 19,87

Scanned by CamScanner



Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 16/11/2018	<b>HORA:</b> 13:02 HRS	<b>ID Nº:</b> 1737766
<b>NOME:</b> CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> AV - FLORIANO PEIXOTO - CENTENÁRIO		
<b>COMPLEMENTO:</b>		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 7 de dezembro de 2018.

ARIVLE CORRETORA  
02 ABR. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

Deoclecio F Nascimento  
SUPERVISOR  
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109182981400000022959581>  
Número do documento: 19082109182981400000022959581

Num. 23693611 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 014082652619

VIA COD. RENAVAM PRT 20180100104441 INTRC EXERCÍCIO  
1 0105652687-1 00/00000000 2018

NOME: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF/CNPJ: 05480656406 PLACA: QF12927/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB CHASSI: 9C2HB0210TR469767

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APPLC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP100 ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

CAP/POT/CIL: 2 E/97 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: IPVA PAGO EM 00/00/0000 VENC. COTA UNICA: 1º VENC. COTAS: 2º 3º

FAIXA IPVA: \*\*\*\*\*0 PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* PAGO 01/10/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
DOCUMENTO DE PONTO OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CAMPINA GRANDE/PB DATA: 07/11/2018

42609

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSUAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB Nº 014082652619 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 07/11/2018

VIA CPF / CNPJ: 1 05480656406 PLACA: QF12927/PB

01056526871 HONDA/POP100

ANO FAB: 2015 CAT TARIF: 9 Nº CHASSI: 9C2HB0210TR469767

PRÉMIO TARIFÁRIO

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

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

RAGAMENTO PARCELADO DATA DEQUITAÇÃO: 01/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

16101-1214092-20181107

ARIVLE CORRETORA

02 ABR. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

Scanned by CamScanner

# SIS DPVAT - Sinistros



Destinatário  
Digitalização Própria

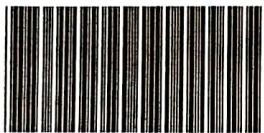
## Remessa de Documentação ASL-0111631/19 CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR



\*A011163119\*



\*B0000006000\*



\*C791545990\*



\*D802892601\*

### Documentos nessa remessa:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ARIVLE CORRETORA  
02 ABR. 2019  
TEL. (83) 3321-5930

No caso de problemas na recepção ou conferência  
desta documentação, favor retorná-la para:

ARIVLE CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME  
Rua Miguel Couto, 185 Sala 02 - Centro  
Campina Grande - PB - CEP 58400-273

3/3



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109183010000000022959586>  
Número do documento: 19082109183010000000022959586

Num. 23693616 - Pág. 1

Scanned by CamScanner

 <b>POLICLÍNICA VITORIA</b>	<b>CLINICA MÉDICA DANTAS E CASTRO LTDA - ME</b> <b>RUA GETULIO CAVALCANTE 250 – LIBERDADE – CAMPINA GRANDE – PB</b> <b>CEP 58.414-245 – TELEFONE 83 – 3322 3229</b> <b>CNPJ nº 23.364.824/0001-46</b>
---	--

## LAUDO MÉDICO

Atesto para fins de perícia médica que o paciente CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR, é portador de sequelas definitiva de aproximadamente 25% de perda de flexão e extensão do joelho direito, devido a patologia de CID: S76.1 e S89, acidente ocorrido no dia 16/11/18.

Dr. Otávio Ferreira Jr.  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM-PB 7103

Campina Grande – PB, em 31 de Julho de 2019.

**POLICLÍNICA  
VITORIA**

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109183020500000022959590>  
Número do documento: 19082109183020500000022959590

Num. 23693620 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	054.806.564-06	CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR			
Profissão:	Endereço:	Estado:	CEP:	Complemento:
SERRATÓ	ONILDO RIBEIRO DIAS	PB	58330-086	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Complemento:
	CAMPINA GRANDE	PB	58330-086	
E-mail:	(83) 9.88361107			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caja Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3371 CONTA: 58.957 8  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

ARIVLE CORRETORA

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

TEL: (83) 3321-5930

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

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data, CAMPINA GRANDE-PE 28/03/19  
 Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR  
 CPF: 054.806.564-06

#### TESTEMUNHAS

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

ARIVLE CORRETORA  
 Assinatura

2º | Nome: 02 ABR. 2019  
 CPF: \_\_\_\_\_

TEL: (83) 3321-5930  
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018

Scanned by CamScanner



16/11/2018

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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1775257 CLASS. DE RISCO VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/11/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Ligia Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Endereço:ONILDO RIBEIRO

Nascimento:25/11/1985

Cidade: Campina Grande

RG: 58400002

CPF: 58400002

Sexo:M

Idade:032

Nº:0

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO

Profissão: Nazareno da Silva

Responsável: Nazareno da Silva

Estado Civil: Casado

Data de Atend:16/11/2018

CNS:5232

Hora: 13:46:29

CONVÊNIOS/SUS: CONVENIOSUS

Especialidade: Especialidade:

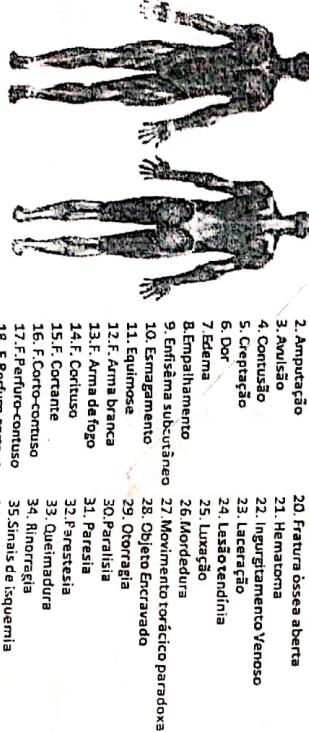
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico: CRM:

\* OBS FICHA:

\* MECANISMO DO TRAUMA

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



1. Abrasão

2. Amputação

3. Anulso

4. Cretação

5. Contusão

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Esmagamento

11. Equimose

12. Fim branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Cetiso

15. F. Gorette

16. F. Corro-cortuso

17. F. Perfuro-cortuso

18. F. Perfuro-cortante

36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 30% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Endereço: Indicar da moto<http://10.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1775257>

HCTG-Painel Administrativo

CLÍNICOS

Paciente com restrições de movimento, com dor intensa, inabilitado em permanecer sentado. Sem sinal de perda de consciência, náuseas, vômitos ou febre. Equipe de SAMU relatou que no local, foi feita triagem da lesão e edecada no rugido. Paciente rufava dor no local (por isso).

ALERGIA: Já anti-bióticos, não usei uniformes iguais  
MEDICAMENTOS: Nitrog

PATOLOGIAS: Negar

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( )

Glasgow 15 PA 17-4-16 HGT: 98 SatO2: 98

Visões acuradas permanecem ( ) exalação urinária, suspeita pulmonar. Sintomas: ( ) pulsos presentes e regulares ( ) pupilas ( ) exacerçante, aumentada pupila fotoreceptora ( ) edema em perna ( ) dor associada a dor

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais  
( ) Gasometria arterial  
( ) Tomografia Computadorizada( ) Ultrassonografia  
( ) Radiografias: Abdomen, bexiga, genito ( )

SOLICITAÇÃO DE PARCER MÉDICO:

Especialista: Ortopedista / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE

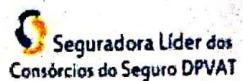
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÕES E CONDUTAS \_\_\_\_\_ HORA REALIZADO

1. Infusão 40mg: OLA, CV, oxigenio 100%2. Ativação anamnese geral3. Ativação anamnese geral4. Ativação anamnese geral5. Ativação anamnese geral6. Ativação anamnese geral

Scanned by CamScanner

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0111631/19

Número do Sinistro: 3190251114

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

CPF: 054.806.564-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2018

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019  
Nome: ANTONIO JACKSON FERREIRA  
CPF: 498.824.654-04

ANTONIO JACKSON FERREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019  
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO  
CPF: 395.237.804-68

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109183053400000022959606>  
Número do documento: 19082109183053400000022959606

Num. 23693636 - Pág. 1



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

**Ficha de Acolhimento**

Nome: Carlos Antônio de Souza Júnior  
End: Rua Onílio Ribeiro  
Data de Nascimento: 25/11/85 Documento de Identificação:  
Queixa: Acidente Data do Atend.: 16/08/08 Hora: 13:45 Documento:  
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

De mal

**Classificação de Risco**

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

MOD. 1

**Estratificação**

*curva*  
( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

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

*teria Hany*  
*COREN-PB 447*  
**Assinatura e carimbo do profissional**



21-11-18 10:00h PA 120x80 Tolerante em  
pés operários membro inferior direito

neck  
med

20h PA 150x70

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109183066200000022959607>  
Número do documento: 19082109183066200000022959607

Num. 23693637 - Pág. 2



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

### REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	Carlos Antônio											PRONTUÁRIO:	553			
IDADE:	SEXO:	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				M	F	B	P	A

**DADOS CLÍNICOS:**

PÓS-OP

RAIO X

REALIZADO EM

21/11/18

**MATERIAL A EXAMINAR:****EXAMES SOLICITADOS:**

Rx joelho D, AP e. R-1-1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

MB ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 21.11.18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

0





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

## Diagnóstico

Report tends to be D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**PRE OP:**

17/11/18 PA = 130x90; 20:25A = 10  
Mudada Nota 2 Do Suse  
Tec. Enfermagem  
COREME 1613-15

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:30  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908210918306620000022959607>  
Número do documento: 1908210918306620000022959607

Num. 23693637 - Pág. 4

Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

**RUPTURA FENDAO PATELAR**

Paciente	9.2 - CARLOS ANTONIO	Alojamento	9 - 2	Leito		Convênio	
----------	----------------------	------------	-------	-------	--	----------	--

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

18/11

1 DIRETA LIVRE

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

2 DIRETA LIVRE

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

3 DIPRIFRONA 150MG ABD EV 6/6H

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

4 NAUSEDRONT 80MG/ML IFA + ABD EV 8/8H 5%

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

6 CLEXANE 40MG SC AS 21H

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

7 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

8 SSVV + CCGG

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

12:15 - 24:00

# CD: VPM

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia







## Diagnóstico

Regras de fundação partelar

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

paciente Carla Lúcia da Silva | Alojamento 9 | Leito 2 | Convênio |

Dr. Crismarco Rodrigues da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO - CRM 3925

Dr. Crismarco Rodrigues da Silva  
ORTOPÉDICO E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO - CRM 3333



PA  
35  
18

PA-150x90

Paciente consciente  
orientado, sem queixas,  
no momento, feito os  
exames gerais, cumatizes  
e segue observações de  
enfermagem.  $\sigma$ .

19  
33  
18

20:00hs Te P.A.  
35 150  
70

Paciente consciente, orientado,  
sem queixa no momento.  $\sigma$

Diurese 06:00hs 1000 ml





Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109183108800000022959610>  
Número do documento: 1908210918310880000022959610

Num. 23693640 - Pág. 1

DIAGNÓSTICO

Paraphysis do bon daos (peddler)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Câncer Anterior		Alojamento:		Leito	9	Convênio	2
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica			
20/11/18	1. Dieta <u>2x100g</u> 2x50g R. <u>Perkin</u> DRS 00h		14	12	F(2B), urinário, <u>baixa diurese</u> , <u>exacerbação</u> <u>problema</u>			
	2.SRL 1500ml EV/24h		10	18				
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		12	06				
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		12	21				
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum			06				
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7.Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSIVN + CGGG							

Scanned by CamScanner

20/11/18 120180

Paciente estava sem  
queixas no momento  
carlos

20/11/18 120180

Paciente segue estava  
sem queixas no momento  
carlos





**DIAGNÓSTICO**  
Ruptura de tendón pectoral

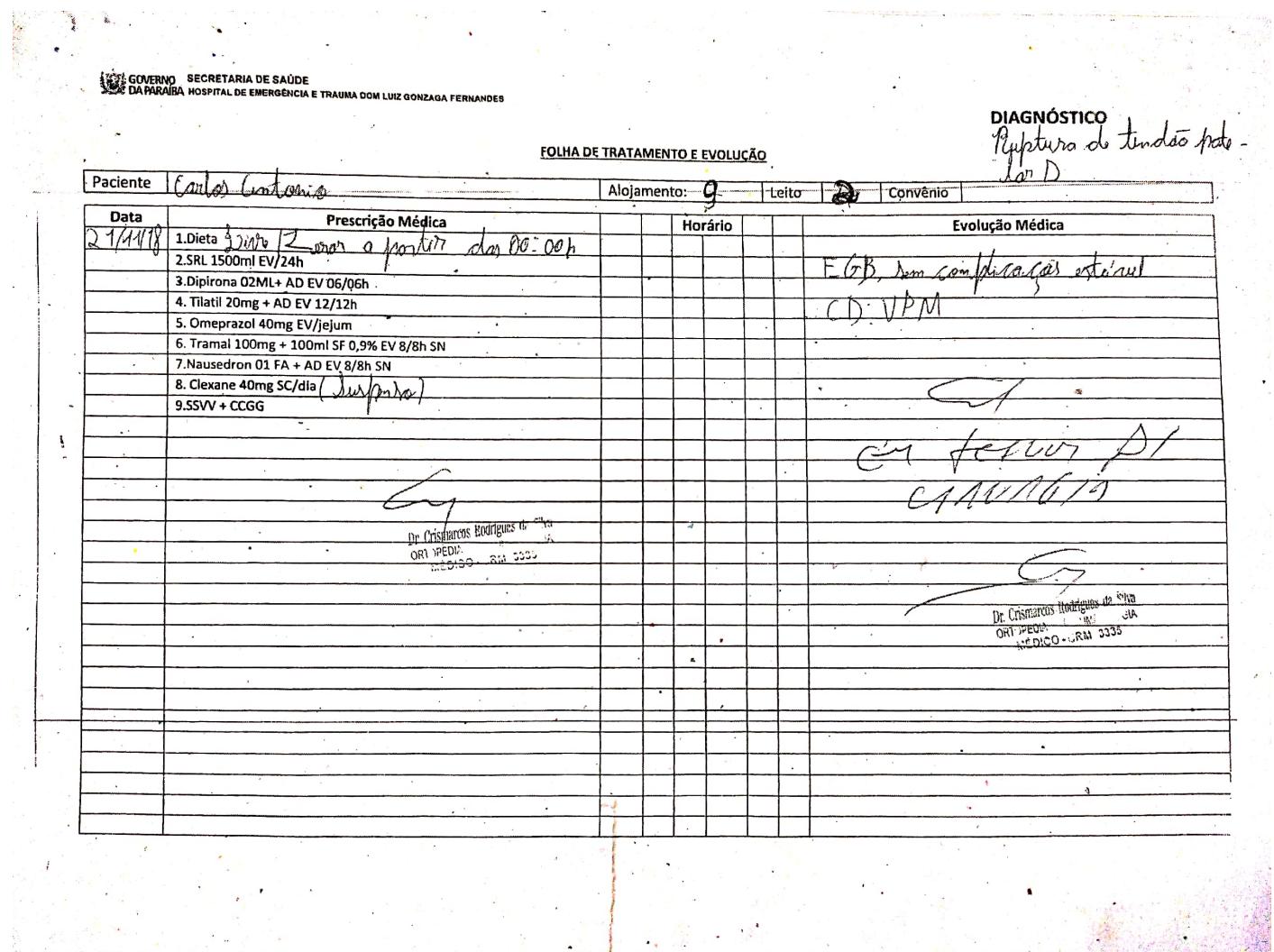
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Carlo Gómez

ento:

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:31  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908210918310880000022959610>  
Número do documento: 1908210918310880000022959610

Num. 23693640 - Pág. 4



# GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente Caio Antônio da Silveira Júnior		Nº Prontuário 1775305
Data da Operação 21.11.18	Enf. Naumétrico	Leito 9.0
Operador Dr. Bruno Brilhante	1º Auxiliar Dr. Felipe Corrêa	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Ruptura de Tendão protetor do dedo		
Tipo de Operação Técnica		
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato Sim		
Acidente Durante a Operação Não		

## **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

- ① Posicione om DDH todo anestetico
- ② Anepse + anestesia + compor esterico
- ③ Incisão em face anterior de joelho direito + direção para plantar + hemostasia
- ④ Tomografia (1 p/2 estabilizar m<sup>2</sup> OS)
- ⑤ Fixação EO + sutura + curativo

Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Carlos Antônio da Silva Jr. DN28/11/1985

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

5.U.S.

32 anos

1775257

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

Trat. cirúrgico c/

CIRURGÃO

ANESTESIA

Fixação de ruptura de tendão

Dr. Júlio Cesar

Instrumentadora

Raque

ANESTESIA

Dr. Ricardo

INSTRUMENTADORA

DATA

21/11/18

INÍCIO

8:00

FIM

10:00'

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	07		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	75		Catgut cromado Sertix	
	Dimorf amp. 0,2mg			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
07	Ketalar ml			Ethibond	
	Mercaina 0,5 % ml pes			Ethibond	
	Nubahin amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	09		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	04		Fila cardíaca	
	Rapifén amp.			Mononylon 9-0	
	Thionembutal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Intracath Adul	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02		Intracath Infantil	
07	Agua Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 23	
07	Decádron amp.			Lâmina de Bisturi nº 11	
02	Dipirona amp.			Lâmina de Bisturi nº 15	
	Flaxidol amp.	02		Luvas 7.0	
	Flebocortid amp.	02		Luvas 7.5	
	Geramicina amp.			Luvas 8.0	
	Glicose amp.	60		Luvas 8.5	
	Glucos de Cálcio amp.			Oxigênio l/m 20/min	
	Haemacel ml.	05		Poliflix	
	Heparema ml.			PVPI Degemante ml	
07	Kanakion amp.	05		PVPI Tópico ml.	
	Nasix amp. nausenbrou			Sabão Antiséptico	
	Medrotinazol.	07		Saco coletor	
	Plasil amp.	02		Seringa desc. 10 ml	
	Proiamina	07		Seringa desc. 20 ml	
	Revivan amp.			Seringa desc. 05 ml	
	Stupitanon amp.			Sonda	
	Cefalotina 1g			Sonda Folley	
07	Atropoprofens			Sonda Nasogástrica	
02	Cefepime			Sonda Uretral nº	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Sterydrem ml	
03	Agulha desc. 25 x 7			Torneirinha	
	Agulha desc. 28 x 28			Vaselina ml	
01	Agulha desc. 3 x 4,5 40 x 12	05		Gelcon 18	
01	Agulha p/ raque nº 26 e 27			Latese	
05	Álcool de Enfermagem	05			EQUIPAMENTOS
05	Álcool Iodado ml				(X) Oxímetro de Pulso
05	Ataduras de Crepon	75			( ) Foco Auxiliar
03	Ataduras de Gessada	20			( ) Serra
	Azul metíleno amp.				( ) Desfibrilador
	Benzina ml				(X) Foco Frontal
					( ) Fonte de Luz
					(X) Oxicapiôgrafo
					(X) Cardiomonitor
					(X) Perfurador Elétrico
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Adriano Ferreira Rodrigues

TEC - DEPARTAMENTO DE

COREN - PB 432 17

MOD 066

Num. 23693641 - Pág. 1

Scanned by CamScanner





Diagnóstico

Reputation of Standard procedure D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

20/10/18 Talento yeleni Comenzaron las vacunas  
de polio en el pueblo (no diaria) 7-1-16/18  
Centro de salud en la plaza de Yeleni también D

Colombia, von Maturín, 1950  
CD Ultra Habicht

Scanned by CamScanner





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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	<i>Leandro Henrique</i>				PRONTUÁRIO:	136	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A					

### DADOS CLÍNICOS:

*R*

*REQUISIÇÃO DE EXAMES*

### MATERIAL A EXAMINAR:

*R+*

### EXAMES SOLICITADOS:

- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| 1. Tórax - AP | 3. Joelho D - MPa R/ f |
| 2. Bacia - AP |                        |

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

16/01/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

*GD*

Gabriel R. R. Cardozo  
Cirurgião Geral  
CRM-PB 7983  
10667

Carimbo e Assinatura do Médico





**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)::** CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR  
**Dr(a)::** YWRY DE PAIVA CAMARA  
**Convênio:** HOSPITAL DE TRAJIMAS D. LUZ C. FERREIRA

Protocolo: 0000436605 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 16-11-2018 16:53 Origem: ÁREA AMARELA  
Idade: 32 anos Destino: Leito - 08

## HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/11/2018 16:53]

## Resultados

### Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....  
Hemoglobina.....  
Hematórito.....  
V.C.M.....  
C.M.....  
H.C.M.....

4,4 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
12,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
38,7 %	40,0 à 52,5 %
88 fL	82,0 à 92,0 fL
29 pg	27,0 à 31,0 pg
33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

**SÉRIE BRANCA**  
Leucócitos.....:.....:.....

8.700 /mm<sup>3</sup> (8%) ( /mm<sup>3</sup>) 5.000 à 10.000 /mm<sup>3</sup>

## Neutrofílos

Neutrofilos.	Promielócitos.....
	Mielócitos.....
	Metamielócitos.....
	Bastonetes.....
	Segmentados.....
Eosinófilos.....	
Basófilos.....	

174  
 7.134 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm<sup>3</sup>  
 87 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm<sup>3</sup>  
 0,0 à 2,0 % - até 100 / mm<sup>3</sup>

Linfocitos  
 . Tipicos.....  
 . Atipicos.....  
 Monocitos.....  
 CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

3,0 261 2,0 a 10<sup>-3</sup> - late 1.000 / 300<sup>3</sup>  
202.000 mm<sup>3</sup> 140.000 a 400.000 mm<sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

  
Geider Farias Cavalcanti  
Biomédico  
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 0DBF-4761-7AAF-AF93-3B39-B2E9-67BC-1B2A



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Control de Qualidad





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



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a):: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR      Protocolo: 0000436605  
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA      Data: 16-11-2018 16:53  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 32 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: ÁREA AMARELA  
Destino: Leito - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2' 00''

[DATA DA COLETA: 16/11/2018 16:53 ]      Valores de Referência:  
Material: sangue      De 1 a 3 minutos

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO ..... 7' 45'' min

[DATA DA COLETA: 16/11/2018 16:53 ]      Valores de Referência:  
Material: Sangue      De 5 a 11 minutos

Método: Lee-White

Gilder Farias Cavalcanti  
Biomédico  
CRBM - 7494

Emissão: 16/11/2018 16:19 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4E3F-69E6-99DA-09DF-980E-588F-6D8E-C18B



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109183152800000022959614>  
Número do documento: 19082109183152800000022959614

Num. 23693644 - Pág. 2

Scanned by CamScanner



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carla Antunes Registro: \_\_\_\_\_ Leito: Q-2 Setor Atual: N

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local: \_\_\_\_\_

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

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

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia;  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispnéia  Outros: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios: ( ) Roncos  Sibilos  Estridor  Outros: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

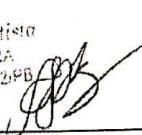
##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input checked="" type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Ritmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>NEC</u> Data da punção <u>16/11/18</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há <u>3</u> dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: ___/___/___
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: Descrição: Cúrativo: ___/___/___
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<i>Paciente se quisso, negou os cuidados da equipe de enfermagem</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Gabrieli P. Batista ENFERMEIRA COREN: 456.552-00 	
DATA: <u>16/11/18</u> HORA: <u>9:20</u> h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

Scanned by CamScanner





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ENELOS ANDRÉS SILVA. J. Registro: Leito: 9-2 Setor Atual: 06020

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

ORTO PEDIA.

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

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

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

( ) Eupnênia; ( ) Taquipnênia ( ) Bradipnênia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

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

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

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocoçada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII, <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Galronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Nôrmoteno <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoátivos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há 4 dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p>Entendo: consciente e esclarecido, SSMV orientado; veio questão; EGE; orientado; segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</p> <p style="text-align: right;">Renata Arce 328.650</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 19/11/18 HORA: ____ h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

Scanned by CamScanner





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio da Silveira Júnior | Registro: | Leito: 9-2 | Setor Atual: Neuro

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

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

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
- Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
- Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <b>Turgor da pele:</b> <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <b>Manifestações de sede:</b> <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <b>Higiene Corporal:</b> <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <b>Sentimentos e comportamentos:</b> <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
paciente evolui consciente, orientado, alerta bem queixo no momento.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Jaqueline Alves de Souza ENFERMEIRA COREN 381849	
DATA: 20/11/18 HORA: 8:36 h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

Scanned by CamScanner





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio da Silva | Registro: | Leito: 3-2 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Tóporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

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

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Liquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações: <i>Não está conseguindo urinar</i>	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica   Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas   Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória   Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<i>Paciente relata dor ao urinar, por circunstâncias.</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: ____/____/____ HORA: ____ h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).

Scanned by CamScanner

Paciente Adriano 18 hs  
Mto da ala ananea. Consciente  
Orientado sem queixas no momento  
segundo cuidado da equipe enfermagem

16

*Josilene Macêdo Santos*  
Téc. de Enfermagem  
COREN 719.093

17

18

20 hs PA 170x90

19

20

21

22

Paciente sem queixas  
no momento segue  
at cuidados da equipe  
enfermagem

*Josilene Macêdo Santos*  
Téc. de Enfermagem  
COREN 719.093

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 21/08/2019 09:18:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109183214400000022959618>  
Número do documento: 19082109183214400000022959618

Num. 23693648 - Pág. 2



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 à 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, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190251114

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO JACKSON FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0820663-76.2019.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Tendo em vista o teor do documento acostado ao ID 23693749, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial, juntando aos autos o resultado requerimento administrativo prévio.

Campina Grande, data e assinatura digitais.



Assinado eletronicamente por: ELY JORGE TRINDADE - 17/09/2019 17:14:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090612445140700000023438383>  
Número do documento: 19090612445140700000023438383

Num. 24203052 - Pág. 1

Em anexo



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 04/11/2019 11:31:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110411315073700000025008393>  
Número do documento: 19110411315073700000025008393

Num. 25875802 - Pág. 1



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DE  
CAMPINA GRANDE – PB

0820663-76.2019.8.15.0001

**CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR**, já cadastrado eletronicamente, vem, com o devido respeito, por meio dos seus procuradores, perante Vossa Excelência, juntar documentos solicitados de acordo com comando do despacho 24203052.

Nesses Termos.

Pede Deferimento.

Campina Grande, 04 de NOVEMBRO de 2019.

**JOSÉ ADRIANO FERREIRA DA SILVA**  
**OAB/PB 25.491**





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, 02 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190251114**      **Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 16/11/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO JACKSON FERREIRA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00579/00580 - carta\_04 - INVALIDEZ



00060290

Carta nº 14260055



Assinado eletronicamente por: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA - 04/11/2019 11:31:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110411315147600000025008405>  
Número do documento: 19110411315147600000025008405

Num. 25875814 - Pág. 1

## **C E R T I D Ã O**

**CERTIFICO** que antes de cumprir o despacho retro, verifiquei que a parte promovente anexou a petição ID 25875814. Por esta razão, retorno os autos conclusos para as deliberações necessárias.

Campina Grande, 22 de novembro de 2019.

Assinado eletronicamente por SANDRA MARIA BARBOSA, Técnico(a) Judiciário(a)



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 22/11/2019 09:58:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112209583284000000025539047>  
Número do documento: 19112209583284000000025539047

Num. 26443202 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE CAMPINA GRANDE  
2ª VARA CÍVEL**

Processo n° 0820663-76.2019.8.15.0001

AUTOR: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

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

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos arts. 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do CPC/2015;

2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;

3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio CPC/2015;

4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).

5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;



6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do CPC/2015, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso;**

7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do CPC/2015;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do CPC/2015, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do CPC/2015;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC/2015), salvo as exceções previstas no art. 345 do CPC/2015;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do CPC/2015, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 dias.

Campina Grande, data e assinatura do sistema.



Assinado eletronicamente por: ANDREIA SILVA MATOS - 30/01/2020 12:44:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011412310809200000026481535>  
Número do documento: 20011412310809200000026481535

Num. 27440215 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 26/02/2020 14:45:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022614453394900000027527539>  
Número do documento: 20022614453394900000027527539

Num. 28552006 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
2ª VARA CÍVEL – COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

## **MANDADO DE INTIMAÇÃO**

Processo nº 0820663-76.2019.8.15.0001

AUTOR: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

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

Advogado: JOSE ADRIANO FERREIRA DA SILVA OAB: PB25491  
Endereço: desconhecido

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** o(a) parte **promovente** na pessoa de seu procurador(a) e advogado(a) acima nominado(a), do teor do despacho/decisão abaixo transscrito, e para, se for o caso, cumpri-lo no prazo determinado. Segue despacho:

Processo nº 0820663-76.2019.8.15.0001

AUTOR: CARLOS ANTONIO DA SILVA JUNIOR

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

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos arts. 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do CPC/2015;

2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;

3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio CPC/2015;



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 26/02/2020 14:45:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022614453394900000027527539>  
Número do documento: 20022614453394900000027527539

Num. 28552006 - Pág. 2

4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).

5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;

6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do CPC/2015, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;

7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do CPC/2015;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do CPC/2015, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do CPC/2015;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC/2015), salvo as exceções previstas no art. 345 do CPC/2015;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do CPC/2015, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 dias.

Campina Grande, data e assinatura do sistema.

Assinado eletronicamente por: **ANDREIA SILVA MATOS**

**30/01/2020 12:44:39**

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **27440215**



20011412310809200000026481535

Campina Grande-PB, 26 de fevereiro de 2020

De ordem, **SANDRA MARIA BARBOSA**

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]



Assinado eletronicamente por: **SANDRA MARIA BARBOSA** - 26/02/2020 14:45:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022614453394900000027527539>

Número do documento: 20022614453394900000027527539

Num. 28552006 - Pág. 3