



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº. 322/2019

Aos DEZOITO dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SYMONE ROSEMBERG SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:10min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO, conhecido(a) por BELISÁRIO, Identidade nº 900.731-SSP/PB, CPF nº 357.304.044-68, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de José Belisário Ribeiro e Josefa Maria da Conceição, natural de Cacimba de Dentro/PB, nascido(a) em 05/06/1963 (56 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Carnaúba, tendo como ponto de referência: Igreja Católica, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99947.9100.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 23 de outubro de 2016;
- 3) **Horário do fato:** 15h:30min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Limão;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO

**6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN COR AZUL - PLACA MNQ2611/PB ANO/MODELO 1997/1998 CHASSI 9C2JC250WVRO85986 LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ AILTON MIGUEL DA SILVA

**7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

**JOSÉ AILTON MIGUEL DA SILVA - SÍTIO LIMÃO - ARARUNA/PB TEL: 98159.9710**  
**JOSÉ ANULINO ISÍDIO - SÍTIO CARNAÚBA - ARARUNA/PB**

**8) Breve resumo do fato:**

QUE no dia 23 de outubro 2016 por volta das 15h:30min o noticiante pilotava a moto supracitada nas imediações do Sítio Limão; QUE nas proximidades do açude do Limão o noticiante perdeu o controle da moto vindo a colidir com uma estaca; QUE sofreu uma queda tendo fraturado a cavícula; QUE foi socorrido por populares até o hospital de Araruna e de lá encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes; QUE se submeteu a procedimento cirúrgico de acordo com o laudo em anexo; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Jose Belisario Ribeiro Filho*

JOSE BELISÁRIO RIBEIRO FILHO

Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivão/Agente

Matrícula nº 168.474-4



Modelos\_Delegado\_ILAMILTO





## DECLARAÇÃO DE POBREZA

José Belisário Ribeiro Filho, brasileiro, casado, agricultor,  
portador do CPF 357.304.044-68, residente e domicilia-  
do no Sítio Laranjeira, Aruma / PB, CEP: 59233000.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com a custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, \_\_\_\_\_.

José Belisário Ribeiro Filho  
DECLARANTE

Scanned by CamScanner





## •PROCURAÇÃO

**OUTORGANTES:** Jose Belisário Ribeiro Filho, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF 354.304.044-69, residente e domiciliado no Sítio Laranjeira, Aracuna/PB, CEP: 59233000.

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

**OUTORGADO:** Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérica Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB - PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, \_\_\_\_\_.

Jose Belisário Ribeiro Filho  
OUTORGANTE

Scanned by CamScanner







**República Federativa do Brasil**  
Cartório do Único Ofício de Notas  
Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**  
Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**  
Praça Barão do Rio Branco, nº 36  
CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba  
Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 108

Folhas: 91

Procuração bastante que faz José Belizário Ribeiro Filho a José Alves Pessoa, para os fins abaixo:

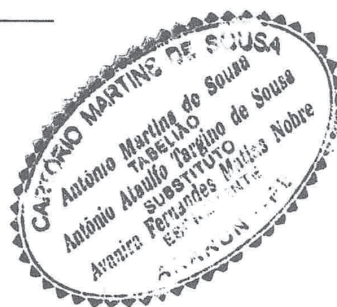
Saibam quantos este público Instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezoito (2018), aos vinte e dois (22) dias o mês de Janeiro, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante **JOSÉ BELIZÁRIO RIBEIRO FILHO**, brasileiro, viúvo, agricultor, CPF nº 357.304.044-68, RG nº 900.731-SSP/PB, residente e domiciliado no Assentamento "Barbaço", município de Japi/RN.

Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG n.º 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, Araruna/PB, a quem confere amplos poderes para representá-lo junto ao **Hospital de Trauma, na cidade de Campina Grande/PB, com a finalidade de receber Prontuário e/ou Laudo Médico em nome do outorgante**; podendo, para tanto, dito procurador assinar requerimento, papéis e documentos necessários à referida finalidade, pagar taxa se for o caso, passar recibo, dar quitação, praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato; enfim resolver tudo onde diga respeito a presença e assinatura do outorgante com relação a finalidade supra; usar e dispor dos demais poderes em direito permitidos e cabíveis à espécie, inclusive substabelecer se preciso for. **Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo outorgante, que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer.** E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina o outorgante, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Ataulfo Targino de Sousa, Tabelião Substituto, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 09 de Janeiro de 2018. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Substituto: Antônio Ataulfo Targino de Sousa. (a) José Belizário Ribeiro Filho. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 09 de Janeiro de 2018

*Avanira Fernandes M. Nobre*

SELO DIGITAL  
**AGE70961-5MT8**  
Consulte Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





(CÉDULA DE IDENTIDADE)



POLEGAR DIREITO

*José Belisário Ribeiro Filho*  
ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CASA DA MOEDA DO BRASIL

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 900.731

NOME **JOSÉ BELISÁRIO RIBEIRO FILHO**

FILIAÇÃO **José Belisário Ribeiro**

**Josefa Maria da Conceição**  
**C.de Dentre/PE**

NATURALIDADE **05/jun/1963**  
DATA DO NASCIMENTO

DATA DO NASCIMENTO **28/jan/1982**  
IDADE

*Belisário Ribeiro*  
ASSINATURA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CASA DA MOEDA DO BRASIL

610.11

AC 10

JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO

CONTRIBUINTE

05.06.63 NASCIMENTO

357.304.044 INSCRIÇÃO CPF

89

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 SET. 2019

PROTOCCLO

AG. JOÃO PESSOA





**SINISTRO 3190545667 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO**CPF/CNPJ:** 35730404468**Posição em 08-10-2019 08:20:16**

Seu pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.

O prazo regulamentar para conclusão da análise é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando o processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/10/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Jose Belisario Ribeiro Filho		
End:	R-5110 Rocio S/W	Bairro:	Araruna P-3
Data de Nascimento:	05.06.63	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.:	23.10.16
		Hora:	18:40
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	Documento:

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

### Estratificação

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

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

MOD. 110

*Maria Helena da Silva*  
Especialista - Saúde Família  
COREN-PB 16085

Assinatura e carimbo do profissional





*Univ. 2024 Maria da Conceição*

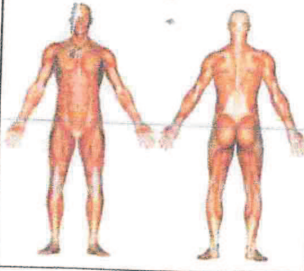
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO  
Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60  
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS  
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF: 25

**DADOS DO PACIENTE**  
PRONTUÁRIO Nº: 1343211  
Nome: JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO Sexo: MASCULINO  
Profissão: AGRICULTOR 98503291 (JO) Documento: 900731 RG  
End.: ST. BARBACOA, Bairro: ZONA RURAL  
Município: ARARUNA Estado: PARAÍBA CEP: \_\_\_\_\_  
Data Atendimento: 23 / 10 / 2016 18:36h Código do Município: 250100  
Cartão do SUS: DTA. NASCIMENTO: 05/06/1963 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

**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. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
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 tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto encastrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS.: \_\_\_\_\_

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ %; Grau: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID: \_\_\_\_\_

**EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS**

ALERGIA: \_\_\_\_\_  
MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
SINUSITIS: \_\_\_\_\_  
EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_  
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )  
Glasgow: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SatO2: \_\_\_\_\_

**EXAMES SOLICITADOS:**  
( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia: \_\_\_\_\_  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: \_\_\_\_\_  
( ) Tomografia Computadorizada ( ) \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**  
Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**MÉDICO SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

*ORTO*

**RAIO X REALIZADO EM: 23/10/16**







ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
2º NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE  
MÓDULO ASSISTENCIAL DE ARARUNA

## FICHA DE REFERÊNCIA

NOME DO USUÁRIO: José Belisário Ribeiro Filho

DATA DE NASCIMENTO: 05 / 06 / 63 SEXO: Masculino (X) Feminino ( )

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital Municipal de Araruna - PB

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Fratura de clavícula direita

H.D.A.: paciente vítima de queda da própria, relata dor em clavícula direita com sinais de inflamação (edema), limitação ao movimento, sem casting. Apresenta assintoma de clavícula, com dor sugestiva de fratura. NENHUM OUTRO SINAL.

AO EXAME FÍSICO: Articulação costovertebral, esternocostoclavicular, esternoclavicular, escapulohumeral e alar humeral.

H.D.: Fratura de clavícula direita ACU: REA em 213, BAF 33, RE: 86cm

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA AD: Alinh = normal

Análise da ORTOPEDIA

DATA: 23 / 10 / 2016

*Carimbo e Assinatura do Responsável pelo Encaminhamento*

## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: \_\_\_\_\_

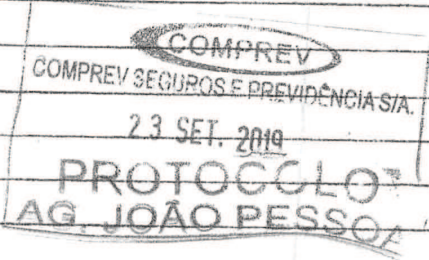
DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

CONDUTA INSTITUÍDA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Carimbo e Assinatura do Responsável pelo Encaminhamento*

ATENÇÃO: Enviar em duas vias (carbonadas)







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Jose Belsonno

Ribeiro Filho

Pos operatório  
de fratura de  
dois dedos da  
mão esquerda  
do ombro esquerdo

6/12/16

MOD. 001

Dr Aristoteles Queiroz Neto  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO  
CRM 8817 TEOT 12637  
Clínica CTO/Rua Dr Chateaubriand 208  
Tel 3341-2560 / 3341-2586

Data

Médico





## DIAGNÓSTICO

$\frac{4}{5}$  media celestina ⑤

Jose Pulsonio

Paciente	Dr. Belinário Ribeiro
----------	-----------------------

Alcance: 7

Leito

2

**Convênio**

**Data**

Prescritor Médica

Horário

Evolução Médica

24/10

1. Dieta P / KAS

25RL-1000ml EV/24h

3. Diphrona 02ML+ AD EV 06/06h

4. Tiliatli 20mg + AD EV 12/12h

5. Omeprazol 40mg EV/jesum

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h 5N

7. Nausea/dron 01 FA + AID EV 8/8K SN

~~8. Clexane 40mg~~

9.55V + CCGG

*[Signature]*

*[Handwritten signature]*

27

5

$\frac{4}{5}$  média calórica (E)



DIAGNÓSTICO

FOHIA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO


7x dor no abd

Jose S. Gomes

Paciente	Alojamento:	Letto	Convênio
	7	2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25	1. Dieta		8. 10h
10	2. SNE 1500ml EV/24h		8. 10h
10	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	8. 10h	8. 10h
10	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	8. 10h	8. 10h
10	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	8. 10h	8. 10h
10	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	8. 10h	8. 10h
10	7. Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	8. 10h	8. 10h
10	8. Cloxane 10mg SC/dia	8. 10h	8. 10h
10	9. SSVV + CCGG	8. 10h	8. 10h
10	10. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	11. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	12. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	13. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	14. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	15. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	16. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	17. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	18. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	19. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	20. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	21. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	22. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	23. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	24. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	25. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	26. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	27. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	28. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	29. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	30. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	31. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	32. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	33. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	34. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	35. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	36. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	37. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	38. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	39. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	40. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	41. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	42. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	43. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	44. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	45. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	46. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	47. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	48. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	49. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	50. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	51. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	52. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	53. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	54. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	55. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	56. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	57. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	58. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	59. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	60. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	61. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	62. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	63. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	64. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	65. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	66. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	67. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	68. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	69. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	70. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	71. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	72. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	73. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	74. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	75. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	76. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	77. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	78. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	79. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	80. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	81. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	82. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	83. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	84. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	85. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	86. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	87. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	88. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	89. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	90. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	91. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	92. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	93. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	94. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	95. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	96. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	97. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	98. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	99. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h
10	100. SNE 1500ml EV/24h	8. 10h	8. 10h





Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:	Data da punção ____/____/____
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora:	Data: ____/____/____
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há ____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica	Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas	Manifestações de sede: ( )
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória	Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Paciente evolui com ECR e hipertensão mas não toma medicação ± 1 ano. Nega alergia a medicação, sem queixas e sem intercorrência, HCPM, segue aos cuidados da equipe de enfermagem e aguarda cirurgia com ortopedia.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Anny Karoliny L. Clementino ENFERMEIRA COREN-PB 484.332	
DATA: 24/10/16	HORA: ____ h

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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dr. Belizário Registro: Leito: 7-2 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 ( ) 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 ( ) 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 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.





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





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Belkiane		Alojamento	Leito	Convênio
----------	---------------	--	------------	-------	----------



  

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/10	1) Omeprazol 40mg, EV, 1x/dia		REG, Estável
	2) SFO, 1g, 1000mg, EV, 24h		AP Níveis de glicose
	3) Dipirona 1FA, EV, 6/6h		Pré-medicado
	4) Tiludil 20mg, EV, 1x/dia		
	5) Fomeal 10mg, EV, 12/12h		
	6) SSVU e c.g.		
			CD =
			Upm
			Ex. Pac - ap
			em 8h

MOD. 035

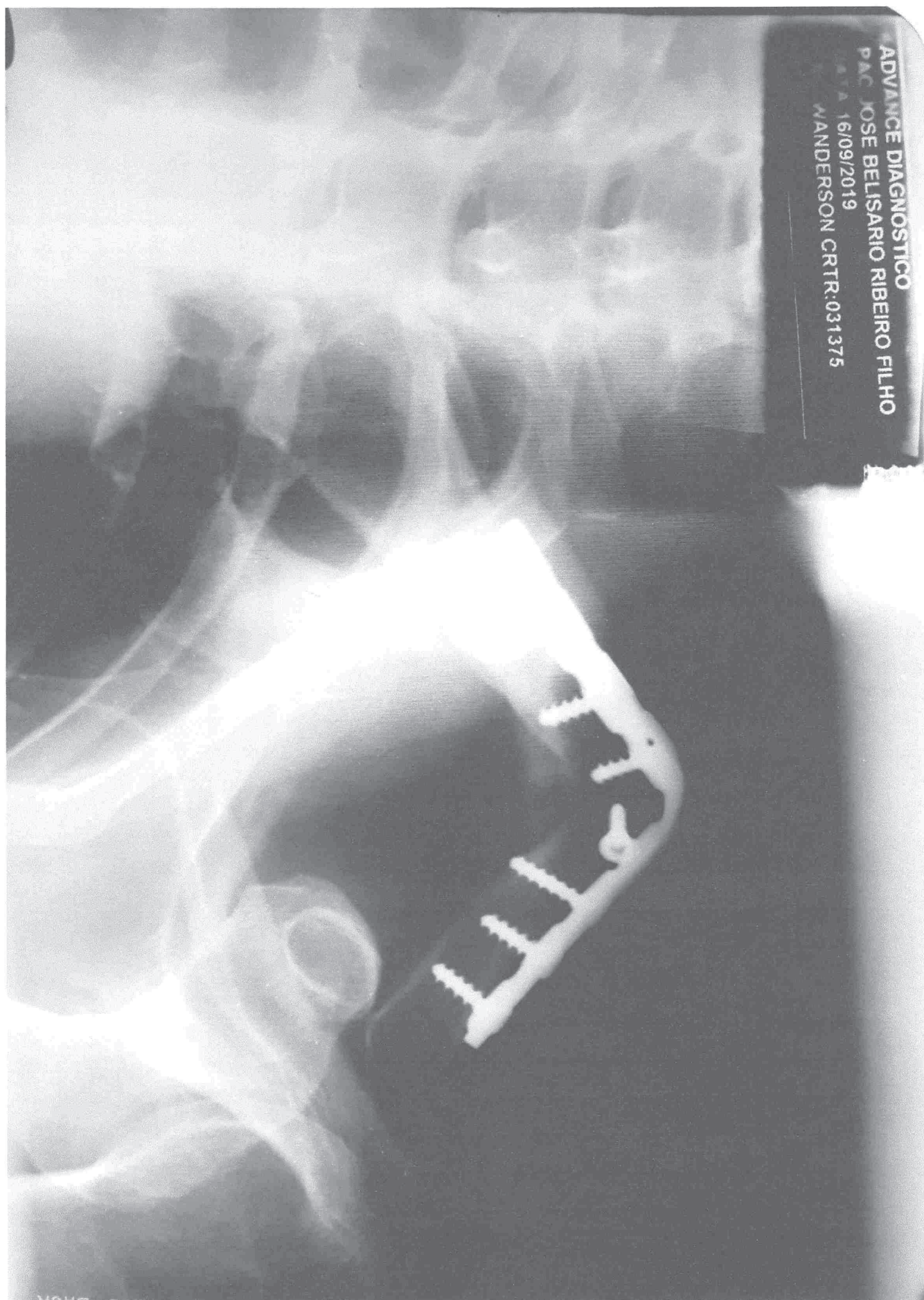




	Praça João XXIII, 74 - Centro - Passa e Fica - RN Tels.: (84) 3288-2159 / (84) 98777-8574	Número de Controle: 201909/1836 Código de autenticação: ah3AQjKoSE2ZwmDaFy3B4w		
<b>Laudo Radiográfico</b>				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <b>Nome:</b> JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO  <b>Data de nascimento:</b> 05/06/1963 (56 a. 3 m.)  <b>Sexo:</b> MASCULINO  <b>RG:</b> 900.731         </td> <td style="width: 50%;"> <b>Indicação:</b> AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)  <b>Data do exame:</b> 16/09/2019  <b>Empresa:</b> ADVANCE DIAGNÓSTICO         </td> </tr> </table>			<b>Nome:</b> JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO <b>Data de nascimento:</b> 05/06/1963 (56 a. 3 m.) <b>Sexo:</b> MASCULINO <b>RG:</b> 900.731	<b>Indicação:</b> AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO) <b>Data do exame:</b> 16/09/2019 <b>Empresa:</b> ADVANCE DIAGNÓSTICO
<b>Nome:</b> JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO <b>Data de nascimento:</b> 05/06/1963 (56 a. 3 m.) <b>Sexo:</b> MASCULINO <b>RG:</b> 900.731	<b>Indicação:</b> AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO) <b>Data do exame:</b> 16/09/2019 <b>Empresa:</b> ADVANCE DIAGNÓSTICO			
<p><b>CLAVÍCULA - Esquerdo - AP</b></p> <p><b>Conclusões:</b></p> <p>Controle de fratura completa da diafise clavicular, com encurvamento da mesma, em consolidação.          Placas e parafusos sem sinais de soltura</p> <p style="text-align: right; margin-top: 200px;">Passa e Fica, 16 de setembro de 2019.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">           Dr. Alberto Luis Fukuda          CRM: 140906          Radiologista       </div>				
<p style="text-align: center;">www.maislaudo.com.br</p>				
<p style="text-align: center;">Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.</p>				





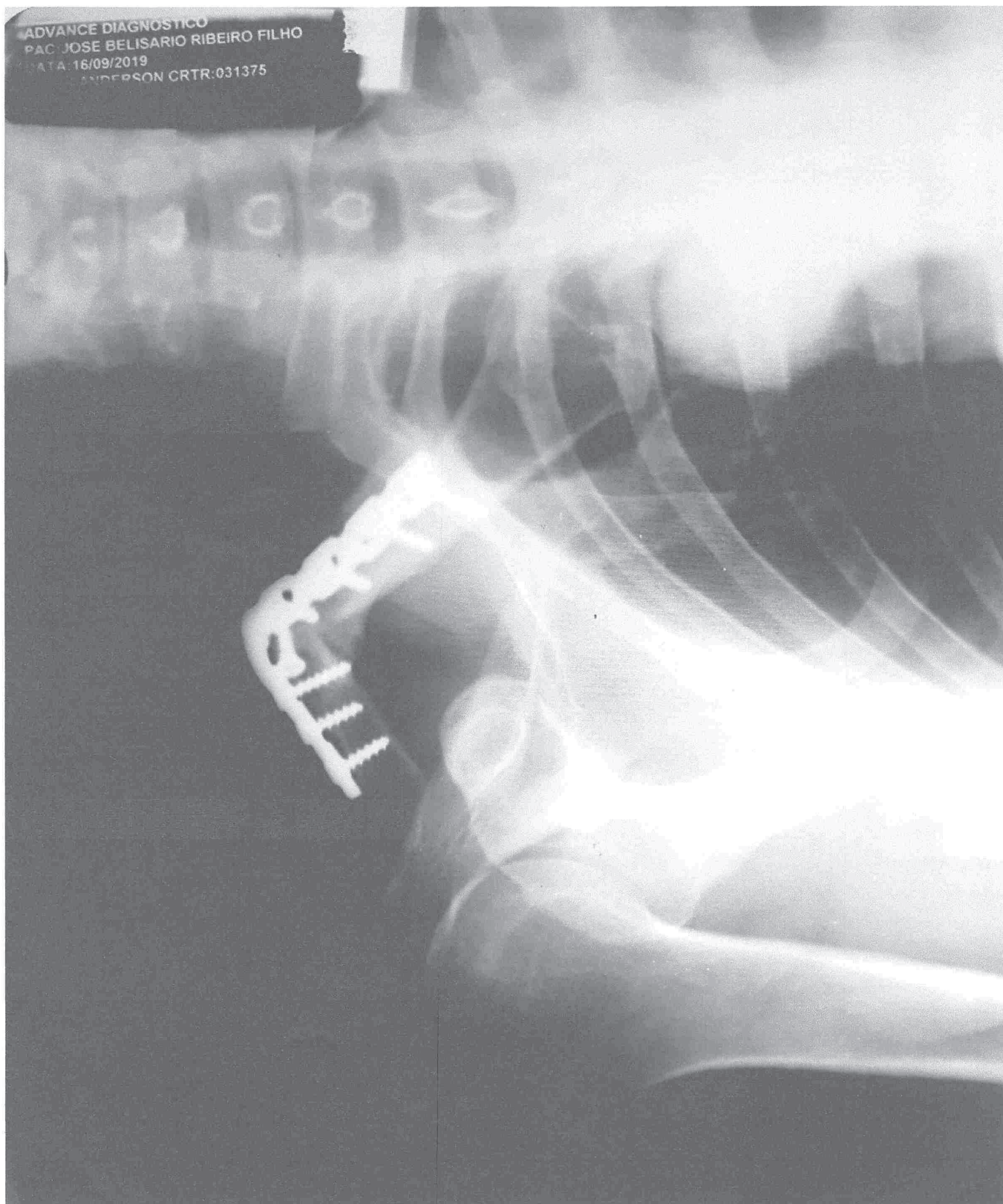


ADVANCE DIAGNOSTICO  
PAC JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO  
DATA 16/09/2019  
WANDERSON CRTR:031375

Scanned by CamScanner







Scanned by CamScanner







Praça João XXIII, 74 - Centro - Passa e Fica - RN

Tels.: (84) 3288-2159 / (84) 98777-8574

Número de Controle:  
201909/1836

Código de autenticação:  
ah3AQiKoSE2ZwmDaFy3B4w

### Laudo Radiográfico

**Nome:** JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO

**Data de nascimento:** 05/06/1963 (56 a. 3 m.)

**Sexo:** MASCULINO

**RG:** 900.731

**Indicação:** AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)

**Data do exame:** 16/09/2019

**Empresa:** ADVANCE DIAGNÓSTICO

### CLAVÍCULA - Esquerdo - AP

#### Conclusões:

Controle de fratura completa da diafise clavicular, com encurvamento da mesma, em consolidação.  
Placas e parafusos sem sinais de soltura

Passa e Fica, 16 de setembro de 2019.

Dr. Alberto Luis Fukuda

CRM: 140906

Radiologista

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



Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.





Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.

João Pessoa, 21 de novembro de 2019

Juiz de Direito







Poder Judiciário da Paraíba  
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0875766-82.2019.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [ S E G U R O ]  
Polo ativo: AUTOR: JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO  
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fê, processo paralisado na pasta designar audiência aguardando designação de perito DPVAT.

JOÃO PESSOA, 3 de fevereiro de 2020  
ADALBERTO SARMENTO DE LIMA SILVA







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**7ª Vara Cível da Capital**

**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**

---

**0875766-82.2019.8.15.2001 [SEGURO]**  
**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Ato Ordinatório**

Intimo a Perita ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM PB 4183, para realizar as Perícias.

Intimo a seguradora para no termo do convênio nº 015/2014, fazer o depósito no valor da perícia que será de R\$ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias, a partir da intimação.

Intimo a parte autora através do seu advogado para comparecer a perícia médica no dia 23.04.2020, a partir das 15:00 horas, no endereço *Rua Sílvio Almeida, nº 725 Expedicionários* (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090, devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, copiasdo boletim de ocorrência policial e doatendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 2 de março de 2020

ROSSANA COELI MARQUES BATISTA

Analista/Técnico Judiciário







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**7ª Vara Cível da Capital**

**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**

---

**0875766-82.2019.8.15.2001 [SEGURO]**  
**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Ato Ordinatório**

Intimo a Perita ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM PB 4183, para realizar as Perícias.

Intimo a seguradora para no termo do convênio nº 015/2014, fazer o depósito no valor da perícia que será de R\$ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias, a partir da intimação.

Intimo a parte autora através do seu o advogado para comparecer a perícia médica no dia 23.04.2020, a partir das 15:00 horas, no endereço *Rua Sílvio Almeida, nº 725 Expedicionários* (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090, devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, copiasdo boletim de ocorrência policial e doatendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 2 de março de 2020

ROSSANA COELI MARQUES BATISTA

Analista/Técnico Judiciário

