



**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, escrivã(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, escrivã(o) que digitei.

*José Belisário Ribeiro Filho*  
JOSE BELISÁRIO RIBEIRO FILHO

Comunicante

*HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO*  
Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 168.474-4



Modelo\_Delegado\_16MIL



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

*José Belisário Ribeiro Filho, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF 357.304.044-68, residente e domiciliado no Sítio Laranjeira, Araruna/PB, eEP: 5823300.*

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 à 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

*Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:32:48  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117324764400000025526401  
Número do documento: 19112117324764400000025526401*

Scanned by CamScanner



## • PROCURAÇÃO

**OUTORGANTES:** José Belisário Ribeiro Filho, brasileiro, casado, agricultor, portador do CPF 357.304.044-67, residente e domiciliado no Sítio Carnaúba, Areia Branca/PB, CEP: 58233000

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, Hérika 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 Belisario 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.

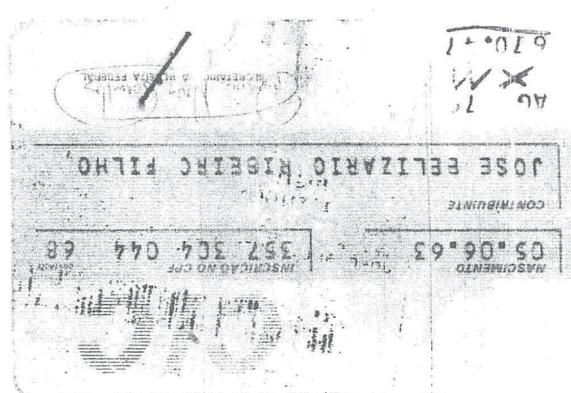
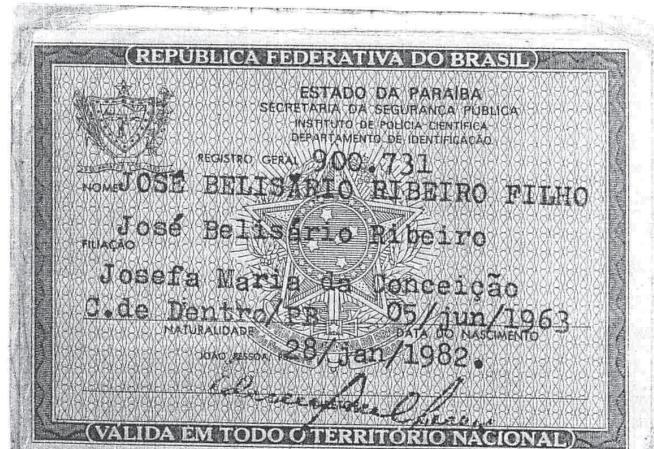
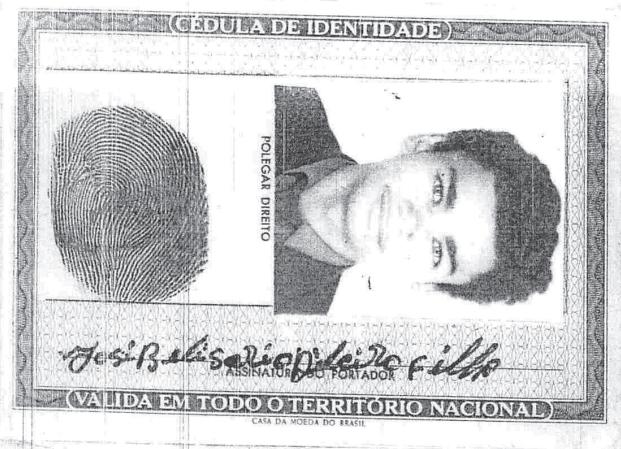
Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **JOSE ALVES PESSOA**, brasileiro, casado, agricultor, RG nº 2511611-SSP/PB, CPF nº 037.201.024-59, residente na Rua José Felipe Neri, 50, 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.tjb.pjus.br>





## SINISTRO 3190545667 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE BELIZARIO RIBEIRO FILHO

**COBERTURA** Invalidez

**POONTO 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:	José Belisário Ribeiro Filho	
End:	R. Sítio Boqueirão	Bairro: Ataracama P-3
Data de Nascimento:	05.06.63	Documento de Identificação:
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.: 23.10.16 Hora: 18:40 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

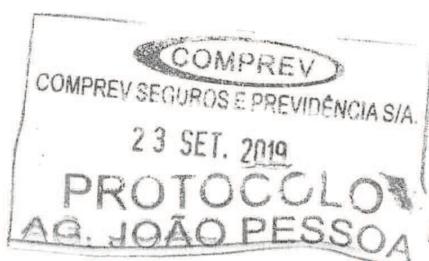
- (  ) Vermelho - atendimento imediato  
(  ) Verde - atendimento até 4 horas

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

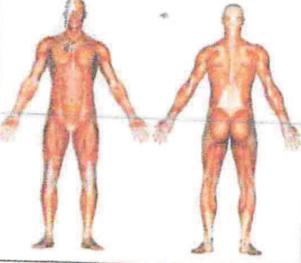
MOD. 110

M. E. S. /  
Maria Apaetida da Silva  
Especialista - Saúde Família  
COREN-PB 16335

### Assinatura e carimbo do profissional



*Var - 2014a Melina da Fonseca*

<b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b> <b>SUS</b>		<b>EXAME PRIMARIO - DADOS CLÍNICOS</b> <i>ORTO</i>																																					
<b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>																																							
<b>UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO</b> 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																																							
<b>DADOS DO PACIENTE</b> PRONTUÁRIO Nº:1343211 Nome: JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO Sexo: MASCULINO Profissão: AGRICULTOR 98503291 [JO] Documento 900731 RG End.: ST.BARBACO, Bairro: ZONA RURAL Município: ARARUNA Estado: PB EP: Data Atendimento: 23/10/2016 18:36h Código do Município: 250100 Cartão do SUS: DTA. NASCIMENTO: 05/06/1983 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO																																							
<b>MECANISMOS DO TRAUMA</b> LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)																																							
		<table border="1"> <tr> <td>1. Abrasão</td> <td>18. Fratura óssea fechada</td> </tr> <tr> <td>2. Amputação</td> <td>20. Fratura óssea aberta</td> </tr> <tr> <td>3. Avulsão</td> <td>21. Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4. Contusão</td> <td>22. Inurgitamento venoso</td> </tr> <tr> <td>5. Crepitação</td> <td>23. Lacerção</td> </tr> <tr> <td>6. Dor</td> <td>24. Lesão tendínea</td> </tr> <tr> <td>7. Edema</td> <td>25. Luxação</td> </tr> <tr> <td>8. Empaixamento</td> <td>26. Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9. Enfisema subcutâneo</td> <td>27. Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10. Esmagamento</td> <td>28. Objeto encravado</td> </tr> <tr> <td>11. Equimose</td> <td>29. Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12. F. Arma branca</td> <td>30. Paralisia</td> </tr> <tr> <td>13. F. Arma de fogo</td> <td>31. Paresia</td> </tr> <tr> <td>14. F. Contuso</td> <td>32. Parestesia</td> </tr> <tr> <td>15. F. Cortante</td> <td>33. Queimadura</td> </tr> <tr> <td>16. F. Corte-contuso</td> <td>34. Rinorrágia</td> </tr> <tr> <td>17. F. Perfuro-contuso</td> <td>35. Sinais de isquemia</td> </tr> <tr> <td>18. F. Perfuro-cortante</td> <td>36.</td> </tr> </table>		1. Abrasão	18. Fratura óssea fechada	2. Amputação	20. Fratura óssea aberta	3. Avulsão	21. Hematoma	4. Contusão	22. Inurgitamento venoso	5. Crepitação	23. Lacerção	6. Dor	24. Lesão tendínea	7. Edema	25. Luxação	8. Empaixamento	26. Mordedura	9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal	10. Esmagamento	28. Objeto encravado	11. Equimose	29. Otorragia	12. F. Arma branca	30. Paralisia	13. F. Arma de fogo	31. Paresia	14. F. Contuso	32. Parestesia	15. F. Cortante	33. Queimadura	16. F. Corte-contuso	34. Rinorrágia	17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de isquemia	18. F. Perfuro-cortante	36.
1. Abrasão	18. Fratura óssea fechada																																						
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta																																						
3. Avulsão	21. Hematoma																																						
4. Contusão	22. Inurgitamento venoso																																						
5. Crepitação	23. Lacerção																																						
6. Dor	24. Lesão tendínea																																						
7. Edema	25. Luxação																																						
8. Empaixamento	26. Mordedura																																						
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal																																						
10. Esmagamento	28. Objeto encravado																																						
11. Equimose	29. Otorragia																																						
12. F. Arma branca	30. Paralisia																																						
13. F. Arma de fogo	31. Paresia																																						
14. F. Contuso	32. Parestesia																																						
15. F. Cortante	33. Queimadura																																						
16. F. Corte-contuso	34. Rinorrágia																																						
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de isquemia																																						
18. F. Perfuro-cortante	36.																																						
<b>OBS.:</b> <b>QUEIMADURA:</b> Superfície corporal lesada = ____ %: Grau: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau <b>DIAGNÓSTICO / CID:</b>																																							
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b> <input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Ultrassonografia: <input type="checkbox"/> Gasometria arterial: <input type="checkbox"/> Radiografias: <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada: <input type="checkbox"/>																																							
<b>SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:</b> Especialista: _____ / _____ às. _____ : _____ hs. Dia _____ / _____ / _____ Especialista: _____ / _____ às. _____ : _____ hs. Dia _____ / _____ / _____																																							
<b>MÉDICO SOLICITANTE:</b> <b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS:</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PREScrições e CONDUTAS:</th> <th>HORÁRIO REALIZADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					PREScrições e CONDUTAS:	HORÁRIO REALIZADO	1			2			3			4			5			6																	
	PREScrições e CONDUTAS:	HORÁRIO REALIZADO																																					
1																																							
2																																							
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
<b>ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO</b>																																							





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 Relishrio Ribeiro Filho  
DATA DE NASCIMENTO: 05 / 06 / 63 SEXO: Masculino  Feminino   
UNIDADE DE ORIGEM: Hospital Municipal de Areia - PB  
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Fratura de clavícula direita  
H.D.A.: paciente vítima de queda da pracinha, relata dor em clavícula direita com dor e inflamação (edema), limitação de movimento, sem náuseas. Ausência assintomática de clavícula, com exames sugestivos de fratura, nega outras lesões.  
AO EXAME: COTE: anterógrado, acetáteos, dor no osso, com edema, exp. 60° = 176cm, ACU: Rca cm 21', BNL 25', R: 36cm, AR: 140cm, AHP 35cm, TR: 47cm, AD: R110° = 100cm  
H.D.: Fratura de clavícula direita  
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS: Radiografia da clavícula direita  
Avaliação da displasias

DATA: 23 1.2 12.16

## 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).





SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

*Joé Belsonus*

*Belson Filho*

*Pós operatório  
de paciente de  
dorres no colo  
ca 600 grados  
do lado esquerdo*

*6/12/16*

Dr. Aristóteles Queiroz Neto  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO  
CRM 6817 TEOT 12637  
Clínica CTI/Rua Dr Chateaubriand 206  
Tel 3341-2560 / 3341-2566

MOD. 001

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Médico



DIAGNÓSTICO

DATA DE TROTEAMENTO: VOLTAGEM

5  
Rx 4/5 mdc clavulano

Paciente João Belônio Ribeiro

Alojamento: 7 Lelto 2 convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/11/20	1. Dieta P/MAS	12h	REC, instável
	2. SRL 1.000ml EV/24h	12h, 8h	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12h	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12h	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nausedion 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Ginkgol 40mg SC/dia - S/CD		
	9. SSVV + CCGG		

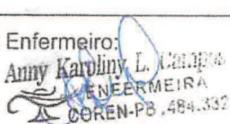


## The Hydro

### DEPOIMENTO DE MIGUEL MOURA

Fix display



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 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 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 type="checkbox"/> Normotenso <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 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 <b>Turgor da pele:</b> <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" 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>	
<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 <b>Sentimentos e comportamentos:</b> <input checked="" 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>Paciente evolui com ECR j/ hipertensão mas não toma remédio há ± 1 ano. Nega alergia a medicamentos em quaisquer e em intercorrência, HCPM, em seu caso cuidados da equipe de enfermagem e agradecido cura gira com Ortopédico.</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <u>24/10/16</u> HORA: ____ h	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Belisario | Registro: | Leito: F-2 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36°C; P: 80 bpm; FR: 18 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 72 bpm; SPO2: 98%  
HGT: 70 kg/dl; Peso: 70 kg; Altura: 175 cm | Dor: ( ) Local:  | Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro  
GLASGOW(3-15): 15 | 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:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

P脉:  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?	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 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 type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastroenterologia ( <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"/> ) Tensão ( <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 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 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: 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>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Ac. 217 Santos</i>  <i>Enfermeiro</i>  <i>CRF-SP 420512</i></p>			
DATA: <u>25/11/16</u> HORA: <u>14:00</u> h			

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2000).



## Diagnóstico

*Fractura media clavicular  
(E).*

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Belisário	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
23/10	1) Dextrofene 10mg, IV, 024H <i>as</i> 2) SFP 0,197, 1000mg, EV, 024H <i>as</i> 3) D. Finox 1FA, EV, 6/6H <i>as</i> <i>pr</i> 4) Tilitril 20mg, EV, 1x/dia <i>as</i> 5) Finomol 100mg, EV, 1/12H <i>as</i> <i>pr</i> 6) SSVU x 2g - <i>as</i>		REG, estabil AP NIVEL 2020 PREMIAMENTE	
			CO = VPRM EX: PNEUOF 2000	
			Dr. Jefferson Braga L. Rocha Diagnóstico e Trauma Data: 21/11/2019	
			<i>J</i>	
			MOD. 035	



 <p><b>ADVANCE</b> DIAGNÓSTICO</p>	<p>Praça João XXIII, 74 - Centro - Passa e Fica - RN</p> <p>Tels.: (84) 3288-2159 / (84) 98777-8574</p>	<p>Número de Controle: 201909/1836</p>
	<p>Código de autenticação: ah3AQjKoSE2ZwmDaFy3B4w</p>	
<p><b>Laudo Radiográfico</b></p>		
<p><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</p>		<p><b>Indicação:</b> AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO)  <b>Data do exame:</b> 16/09/2019  <b>Empresa:</b> ADVANCE DIAGNÓSTICO</p>
<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>Passa e Fica, 16 de setembro de 2019.</p> <p></p> <p>Dr. Alberto Luis Fukuda  CRM: 140906  Radiologista</p>		
<p><a href="http://www.maislaudo.com.br">www.maislaudo.com.br</a></p>		
<p><i>Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.</i></p>		



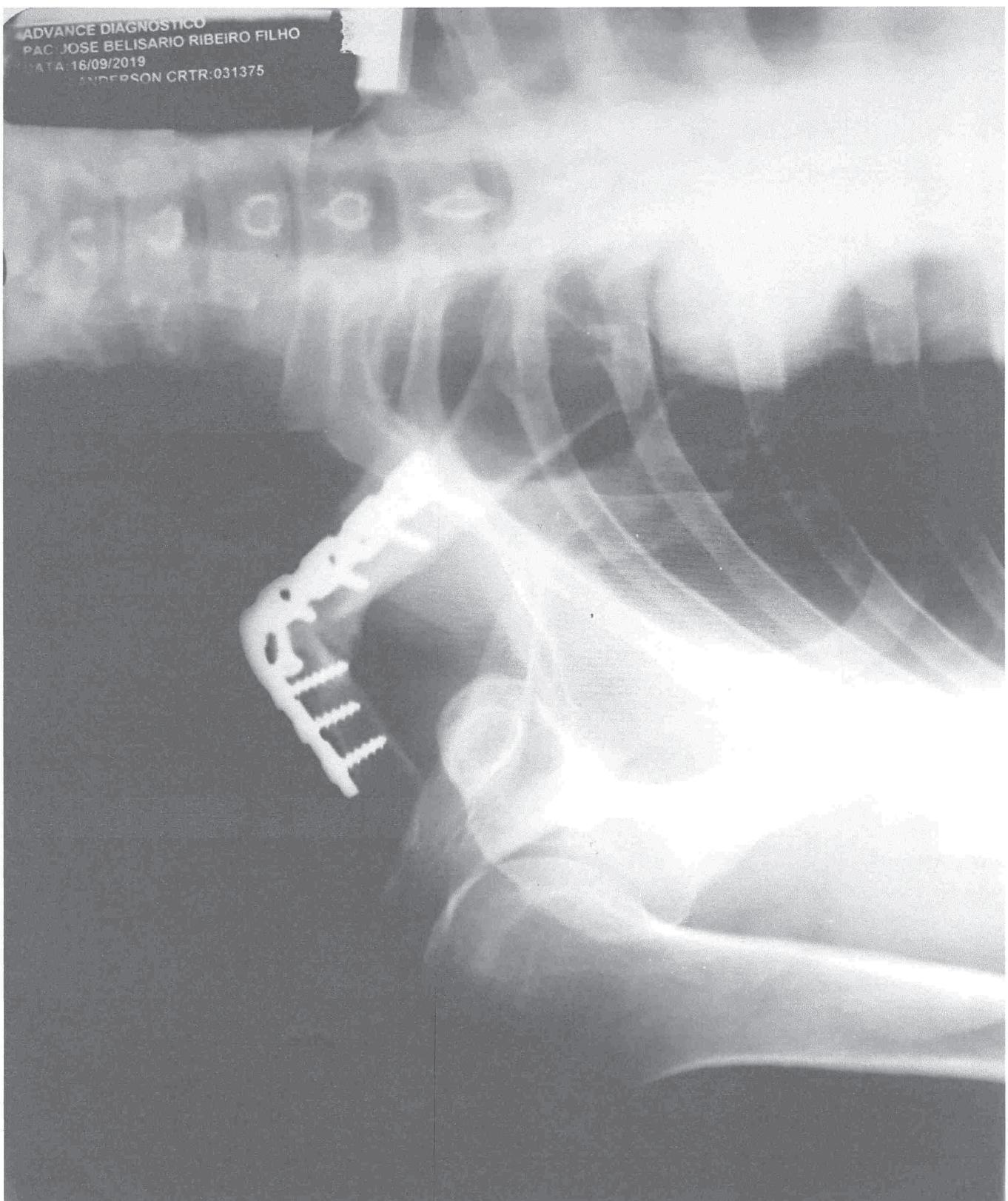
ADVANCE DIAGNOSTICO  
JOSE BELISARIO RIBEIRO FILHO  
PAC 1609/2019  
DATA 16/09/2019  
WANDERSON CRR:031375

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:32:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117325802800000025526725>  
Número do documento: 19112117325802800000025526725

Num. 26429505 - Pág. 2



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 21/11/2019 17:32:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112117325802800000025526725>  
Número do documento: 19112117325802800000025526725

Num. 26429505 - Pág. 3

	Praça João XXIII, 74 - Centro - Passa e Fica - RN Tel.: (84) 3288-2159 / (84) 98777-8574	Número de Controle: 201909/1836
		Código de autenticação: ah3AQjKoSE2ZwmDaFy3B4w
<b>Laudo Radiográfico</b>		
<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>CLAVÍCULA - Esquerdo - AP</b>		
<b>Conclusões:</b>  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		
<a href="http://www.maislaudo.com.br">www.maislaudo.com.br</a>		
<i>Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.</i>		



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:** 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 fé, processo paralisado na pasta designar audiência aguardando designação de perito DPVAT.

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



Assinado eletronicamente por: ADALBERTO SARMENTO DE LIMA SILVA - 03/02/2020 18:05:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020318052091400000026938690>  
Número do documento: 20020318052091400000026938690

Num. 27926860 - Pág. 1



**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 Pericias.

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, copias do boletim de ocorrência policial e do atendimento 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 Pericias.

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, copias do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 2 de março de 2020

ROSSANA COELI MARQUES BATISTA

Analista/Técnico Judiciário

