



Número: **0801161-20.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **22/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OSVALDO DA SILVA SANTOS (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27652733	23/01/2020 14:48	Petição Inicial	Petição Inicial
27652742	23/01/2020 14:48	Petição Inicial	Outros Documentos
27652743	23/01/2020 14:48	Procuração.	Procuração
27652744	23/01/2020 14:48	Doc. Pessoais e Comp de Residência	Documento de Identificação
27652745	23/01/2020 14:48	Doc. Assinante à Rogo	Outros Documentos
27653341	23/01/2020 14:48	Doc. Testemunhas	Outros Documentos
27653301	23/01/2020 14:48	BO e Comp. de Pag. Administrativo	Outros Documentos
27653327	23/01/2020 14:48	Doc. Médica (1)	Outros Documentos
27653328	23/01/2020 14:48	Doc. Médica (2)	Outros Documentos
27653330	23/01/2020 14:48	Doc. Médica (3)	Outros Documentos
27653331	23/01/2020 14:48	Doc. Médica (4)	Outros Documentos
27653332	23/01/2020 14:48	Doc. Médica (5)	Outros Documentos
27999697	11/02/2020 11:37	Decisão	Decisão
28223058	12/02/2020 14:22	Mandado	Mandado
29795547	13/04/2020 12:58	Despacho	Despacho
30738651	18/05/2020 10:27	Petição	Petição
30738655	18/05/2020 10:27	Petição.	Outros Documentos
30738657	18/05/2020 10:27	CTPS	Outros Documentos
30738659	18/05/2020 10:27	GuiaCustas	Outros Documentos

31915 057	06/07/2020 14:37	Despacho	Despacho
--------------	------------------	--------------------------	----------

Petição Inicial em anexo.





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CIVIL DA COMARCA DE REMÍGIO-PB.**

OSVALDO DA SILVA SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do CPF de nº 093.176.574-94, residente e domiciliado no sítio Assentamento Queimadas s/n, zona rural da cidade de Remígio/PB por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015.**

DOS FATOS E DOS DIREITOS

No dia **19.11.2016**, o requerente foi vítima de acidente automobilístico, quando estava retornando para sua residência trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Queimadas, zona rural de Remígio/PB, conduzindo a motocicleta Honda/CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2007, cor vermelha, chassi de nº 9C2KC08107R181273, de placa MNS-7896/PB, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após cair em uma vala feita pelas fortes chuvas na região, tendo a moto caído por cima do seu membro inferior esquerdo, sofrendo lesões graves, sendo socorrido e encaminhado ao de Hospital de Emergência e Trauma em Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como o como **FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIAS DE OSTEOSÍNTESE (PLACA/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem duvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 1.687,50 (MIL, SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com



veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

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

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

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

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

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006.

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 23 de Janeiro de 2020.

INACIO BRUNO SARMENTO
- Advogado - OAB/PB 21.472



QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

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

PACIENTE:_____.

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

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

_____.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

_____.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

_____.

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

_____.

Sem mais, em ____/____/_____.

(Assinatura – carimbo – CRM)

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Osvaldo da Silva Santos,
brasileiro, solteiro, agente de, inscrito no
CPF nº. 093 / 176 / 574 / 94, residente e domiciliado na Rua:
Apresentado Guimarães, nº 514,
Zona Rural, Município de Remígio / PB,
CEP 58398000.


OUTORGADO: INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Av. Dinamerica Alves Correia, 1020 - loja 02, Bairro: Dinamerica, na Cidade de Campina Grande/PB 3334-1289/99988-5048/98769-2274.**

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como subestabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei nº 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

 Campina Grande/PB, 23 de Januário de 2020.
José Gomes do Nascimento Neto
Assinante a rogo

Testemunhas: Maria Luzinete da Silva
Edson Gomes do Nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-057

NAO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.250.954 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/08/2017

NOME OSVALDO DA SILVA SANTOS

FILIAÇÃO MARIZO PEQUENO DOS SANTOS
MARIA DAS DORES DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE AREIA-PB DATA DE NASCIMENTO 20/09/1988

DOC ORIGEM NASC.N.19037 FLS.23325 LIV.A01
CARTORIO AREIA-PB

CPF 093.176.574-94

Assinatura: Marcos A. B. Lacerda Jr.
Chefe de Núcleo de Ident. Civil e Criminal

Ministério da Fazenda
Receita Federal
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
093.176.574-94

Nome
OSVALDO DA SILVA SANTOS

Nascimento
20/09/1988

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

01/2008

CAIXA



ANGELA MARIA SOARES DA SILVA
ASSISTENTE QUEIMADAS, S/A - AREA RURAL
REMIGIO/PB CEP 56380000 (AG 71)

energisa

Emissão: 15/02/2018 Referência: Fev/2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 9 - 73 - 346 - 750 Nº medidor: 00008720733

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br/230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.036.193/0001-40 Ins. Est. 16.016.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002.190.887
Cód. para Dtb. Automático: 0061739359

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev/2018	15/02/2018	16/03/2018	7525598428 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1739359-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde.
- Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/01/18	1317	15/02/18	1358	1	33	30

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Aliq	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Cofins (R\$)	Cálculo (R\$)	
			Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)			PIS (R\$)	Cofins (R\$)	Total (R\$)	
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,180950	5,42	0,00	0	0,00	5,42	0,06	0,28
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	3,000	0,310200	0,93	0,00	0	0,00	0,93	0,01	0,05
0810	Subsídio			11,07	0,00	0	0,00	11,07	0,12	0,67
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			4,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-10,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Média últimos meses (kWh)
61

VENCIMENTO
22/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 11,13

Histórico de Consumo (kWh)

40	35	38	47	41	41	43	82	59	59	56	73
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

RESERVADO AO FISCO

ebd3.5007.5a18.1a1f.ca8a.062b.8976.b610.

Indicadores de Qualidade

(12/2017) - Esperança

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	1,94	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	23,89			
DIC ANUAL	47,78			
FIC MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA	202
FIC TRIMESTRAL	15,49		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	30,98		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	8,59	0,00		
DICRI	16,80			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	2,28	20,49
Compra de Energia	2,70	24,26
Serviço de Transmissão	0,35	3,14
Encargos Setoriais	0,63	5,66
Impostos Diretos e Encargos	5,17	46,45
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	11,13	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2017) R\$6,64

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 02/03/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$10,37.
- Leitura confirmada.

Faturas em atraso

Jan/18	40,03
Dez/17	31,58
Nov/17	36,21
Out/17	32,06
Set/17	65,23



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/01/2020 14:47:52

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012314474974100000026680563

Número do documento: 20012314474974100000026680563

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838510044

NOME
JOSE GOMES DO NASCIMENTO NETO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3582461 SSP PB

CPF 090.669.764-62 DATA NASCIMENTO 05/07/1989

FILIAÇÃO
EDSON GOMES DO NASCIMENTO
PALMIRA NUNES DO NASCIMENTO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 04849528564 VALIDADE 08/08/2024 1ª HABILITAÇÃO 23/12/2009

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: Jose Gomes do Nascimento Neto

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 09/08/2019

Assinatura do Emissor: 51944616848 PB039381951

PARAÍBA
DENATRAN CONTRAN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REGISTRO GERAL 2306564 DATA DE EXPEDIÇÃO 28 JUN 1996 NOME MARIA LUZINETE DA SILVA FILIAÇÃO Severino Quintino da Silva Marilza Leite da Silva NATURALIDADE Areia/PB. DATA DE NASCIMENTO 10/06/1974 Cert. Nasc. 223, liv. 01, fls. 58, v. do Doc. Origem Cart. do Dist. de Muquém, Areia-PB. CPF João Pessoa - PB ASSINATURA DO TITULAR LEI Nº 7.116 DE 29/08/93




Maria Luzinete da Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE


MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição
051.980.844-41

Nome
MARIA LUZINETE DA SILVA

Nascimento
10/06/1974



Padron - Brasil - 006019-4

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
01/2002

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL


IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
MARIA LUZINETE DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 10/06/1974 N° INSCRIÇÃO 0212 6264 1201 ZONA 011 SEÇÃO 0078

MUNICÍPIO / UF AREIA/PB DATA DE EMISSÃO 22/05/2017

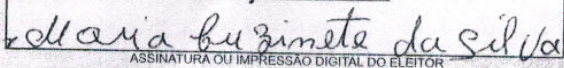
JUIZ ELEITORAL



 Uza. Maria das Graças Moreira Guadalupe

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO



 ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL




C/C

NASCIMENTO
21.12.49

INSCRIÇÃO NO CPF
046 023 608 34

CONTRIBUINTE
EDSON GOMES DO NASCIMENTO


 SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

(CÉDULA DE IDENTIDADE)




POLÍCIA DIRETO

Edson Gomes do Nascimento
 ASSINATURA DO PORTADOR

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

REGISTRO CIVIL 610.190

EDSON GOMES DO NASCIMENTO.

FILIAÇÃO
 José Gomes do Nascimento
 Maria Enedia do Nascimento.
 Areia - PB. 21-12-1949.

NATURALIDADE
 27-10-Out.de 1978.

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000257/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000257/19 registrada em 01/11/2019, que passo a transcrever na íntegra: Ao primeiro dia do mês de novembro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:15 horas, compareceu o Sr. OSVALDO DA SILVA SANTOS, com 31 anos de idade, filho de MARIZO PEQUENO DOS SANTOS e MARIA DAS DORES DA SILVA SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIA - PB, Solteiro, escolaridade Não Alfabetizado, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.250.954 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09317657494, residindo à rua SÍTIO QUEIMADAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h00min do dia 19.11.2016, estava retornando para a sua residência, trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Queimadas, área rural de Remígio/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ano/modelo 2007/2007, cor vermelha, chassi nº 9C2KC08107R181273, de placa MNS-7896/PB, licenciada em nome de Emerson da Silva Gomes, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após cair em uma vala feitas pelas fortes chuvas na região, tendo a moto caído por cima do seu membro inferior esquerdo, causando fratura, sendo socorrido por populares e encaminhado inicialmente para o pronto atendimento da cidade de Remígio/PB e em seguida transferido para o hospital de Emergência e Trauma, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, entretanto, não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 1 de Novembro de 2019



OSVALDO DA SILVA SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 099.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





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

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642043

Vítima: OSVALDO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 19/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OSVALDO DA SILVA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **OSVALDO DA SILVA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **0000059728-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01751/01752 - carta_15R - INVALIDEZ

00010876





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESF V JAILZA MOREIRA
RUA ANTONIO CLEMENTINO, 179
PE. CÍCERO - REMÍGIO - PB

Atestado

Atesto para os devidos
fins que o Sr. Osvaldo de
Silva Santos, 30 anos,
sofreu traumatismo
no braço e consequen-
te no corpo, que requereu
o mesmo, sofrer a cirurgia
de modo. O mesmo infor-
ma ser o pai do Sr. Nole
O paciente deve permanecer
em cuidados dos familiares
Remigio - 12/07/19

Marileide Elias B. de Oliveira

MEDICA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: / /

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESF II MARIA AUGUSTA LAUREANO
AV. MONSENHOR RUI BARREIRA VIEIRA, 52
LAGOA DO MATO - REMÍGIO - PB

Dedicação Médica

- Declaro para devidos fins,
que o Sr. Odvaldo da Silva
Santos, 30 anos. É portador
de Diabetes Mellitus, tipo II.
CID 10: E11.

Em uso de Hipoglicemiantes
orais.

Atenciosamente,


Dr. Leilson B. Rodrigues
MÉDICO
CRM / PB 10.986

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 08/11/2018

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Oswaldo da Silva Junior PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 1486.6 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 02/09/17 A 25/09/17 NECESSITANDO DE
20 (vinte) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande, 25/09/17

Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Oswaldo Silva
Santos PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 1341 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 17/03/17 A 25/03/17 NECESSITANDO DE
30 (trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande, 25/03/17

Yury de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 10907

Ass. do Médico - Nº. do CRM

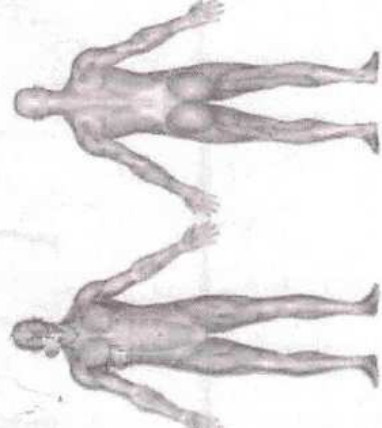
AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável





GOVERNO DA PARAIBA	SECRETARIA DE SAÚDE	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES																																				
SUS	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: PARAIBA UF: 25																																						
DADOS DO PACIENTE																																						
PRONTUÁRIO Nº: 1350410																																						
Nome: OSVALDO DA SILVA SANTOS	Sexo: MASCULINO																																					
Profissão: 18ANOS	Documento																																					
End.: ST QUEIMADAS, REMIGIO	Bairro: ZONA RURAL																																					
Município: 19 / 11 2016	Estado: PBCEP:																																					
Data Atendimento: 19 / 11 2016 20:58h	Código do Município: 251270																																					
Cartão do SUS: DTA. NASCIMENTO: 19/11/2016	QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO																																					
MECANISMOS DO TRAUMA																																						
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)																																						
																																						
<table><tr><td>1. Abrasão</td><td>19. 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. Injurgimento venoso</td></tr><tr><td>5. Crepitação</td><td>23. Laceração</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. Empalhamento</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 encaixado</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. Corto-contuso</td><td>34. Rinoorragia</td></tr><tr><td>17. F. Perfuro-contuso</td><td>35. Sinal de Isquemia</td></tr><tr><td>18. F. Perfuro-cortante</td><td>36.</td></tr></table>			1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada	2. Amputação	20. Fratura óssea aberta	3. Avulsão	21. Hematoma	4. Contusão	22. Injurgimento venoso	5. Crepitação	23. Laceração	6. Dor	24. Lesão tendínea	7. Edema	25. Luxação	8. Empalhamento	26. Mordedura	9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal	10. Esmagamento	28. Objeto encaixado	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. Corto-contuso	34. Rinoorragia	17. F. Perfuro-contuso	35. Sinal de Isquemia	18. F. Perfuro-cortante	36.
1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada																																					
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta																																					
3. Avulsão	21. Hematoma																																					
4. Contusão	22. Injurgimento venoso																																					
5. Crepitação	23. Laceração																																					
6. Dor	24. Lesão tendínea																																					
7. Edema	25. Luxação																																					
8. Empalhamento	26. Mordedura																																					
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal																																					
10. Esmagamento	28. Objeto encaixado																																					
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. Corto-contuso	34. Rinoorragia																																					
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinal de Isquemia																																					
18. F. Perfuro-cortante	36.																																					
OBS.:																																						
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = ____ %; Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau																																						
DIAGNÓSTICO / CID: portm																																						
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO M. Pedro Saulo Pacheco MÉDICO EM M. M. M. M. CRM 10.138																																						

DADOS CLÍNICOS	CINQUENTA
Placenta: normal	Bras: normal
Peso: 3.500g	Altura: 48cm
Temperatura: 36,5°C	Frequência cardíaca: 120bpm
Pressão arterial: 90/60 mmHg	Saturação de O2: 98%
Reflexos: presentes	Tônus muscular: normais
Estado de consciência: alerta	Resposta a estímulos: adequada
Alergia: nenhuma	
MEDICAMENTOS:	
PATOLOGIAS:	
EXAME FÍSICO:	
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()	
Glasgow: PA: HGT: SatO2:	
Exame físico: normal	
EXAMES SOLICITADOS:	
() Laboratoriais () Ultrassonografia	
() Gasometria arterial () Radiografias	
() Tomografia Computadorizada	
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:	
Especialista: RNF, 01/10	Assinatura: RNF
Especialista: RNF, 01/10	Assinatura: RNF
MÉDICO SOLICITANTE:	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	
PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:	
1. GMA, Saco de 100ml	
2. 100ml de 100ml de 100ml	
3. 100ml de 100ml de 100ml	
4. 100ml de 100ml de 100ml	
5. 100ml de 100ml de 100ml	
6. 100ml de 100ml de 100ml	
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	
M. Pedro Saulo Pacheco	
MÉDICO EM M. M. M. M.	
CRM 10.138	

2

20.11.16

(09:11)

Scirpus papae Kluge et al.

FAST negative

2x

Cds Alle de Cincis Guel

Aos unidades de Ontopops

[Handwritten signature]

DESTINO DO PACIENTE:

its _____: _____ h.s.

() Centro cirúrgico:

... f() A revella

() **Interação (setor):**

() Alta hospitalar { () Decisão médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL:

() Óbito

6

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

20/11 09=24.

Operation:

Pleurostachya

be most expected

2. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$


28 Jan 1933

HO - Future of 1965 - 1968 (C)

condemning violence

④ 點 爲 兩 點 之 中

④ Uttara Griha



SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

Ficha de Acolhimento

Nome:	Daviel de Souza		
End:	Bairro: Deng		
Data de Nascimento:	30/09/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Data do Atend.: 29.11.16 Hora: 20:55 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PB

RECEITUÁRIO DE ENTORPECENTES

Paciente: Osvaldo de Silva Santos

Apartamento Nº: _____ Enfermaria: Ext Leito: 01

Medicamento: Tramadol 8/8h

Diagnóstico: Pós-op. Ex. plado 4' bial

Justificação: Analgesia

Ass. Médico: _____ CRM: _____

Halisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 2562

Campina Grande, 10 / 12 / 18

MOD: 06





4 DA PARADA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.

OK

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012314475916600000026681197>
Número do documento: 20012314475916600000026681197

numero do documento: 2001231447591660000026681197

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

DIAGNÓSTICO

OPTIONAL PROGRAMMING | VOLTRAC

Ex	Plata del	Convénio
----	-----------	----------

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento:	Horário	Evolução Médica
Upelato Souto Jr.	29/11	1. Dieta Lúcul 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/Jelum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h(SN) 7. Neusedron Q1 FA + AD EV 8/8K SN 8. Claxane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	RE 12-18 12-18 08	10-30 18-24 12-18 08	R.T.B., E.A.R.I.N. Aparelho Cardíaco C.C.G. U.P.M.

Dr. William L. Carson
Otago, N.Z.
1957 CH 104

Whole Soft

Paciente		Alojamento:	Leito	Convênio
	<i>Maria da Silva</i>			

Data	Prontuário Médico	Horário	Evolução Médica
23/11	1. Dieta 2. S.R.L. 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cleaxane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	06:00 08:30 10:30 12:30 14:30 16:30 18:30 20:30	Rito e extar Aquado ciprusir CD = VPR





GOVERNAMENTO
SECRETARIA DE SAÚDE

4 DA PARADA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ ODZAGA FERNANDES.

DIAGNÓSTICO

COGNITION, LANGUAGE, AND CULTURE

FOTOGRAFIA		Alojamento:	Leito	Convênio
Dio. C.				
Asa 1/20	Santa			
				Ex photo final

[illegible]

mixto
OK OK

DIAGNÓSTICO

COLICAS ABDOMINAIS EVOLUTIVAS

Guilherme Santos

Ex Plano h.s.i.d

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito	Convênio
----------	-------------------	-------------	-------	----------

Date	Prescrição Médica	SND	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	-----	---------	-----------------

1. Dieta livre

2. SRL 1500ml EV/24h

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

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

5. Omeprazol 40mg EV/jelum

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN

7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN

8. Claxane 40mg SC/dia

9. SSVV + CCGG

18	24	30	06
12	24	30	06
06	24	30	06
S/N	S/N	S/N	S/N
20	20	20	20
0	0	0	0

Rece. enfeirad

Aguardando cirurgia

CO

ipm

Dr. Jefferson Lima J. Rocha
CRM RJ 10937

Dr. Jefferson Lima J. Rocha
CRM RJ 10937





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA


BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	<u>Osvaldo do Silva</u>				
IDADE:	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	às : h
SETOR:	<u>Imoela</u>		LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALÉRGICAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURSE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>não há diagnóstico.</u>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Widal. imuno</u>				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/FR: <u>amb. refrigerado</u>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u>escoriações</u>				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>20h</u>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<u>retiro</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>limpa</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA PE E AS REPOSTAS DO PACIENTE		<u>contínuo</u>			



ANESTESIA - ORTOFÉDICO

ON: ?

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: OSVALDO DA SILVA Santos						 GOVERNO DA PARAÍBA <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> <small>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</small>
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
Extrem	1	35	30	135410		
CIRURGIA: Fractura de fêmur, artroscopia			CIRURGIÃO: Dr. Elamir			
ANESTESIA: Rn2v			ANESTESIA: Dr. Roberto			
INSTRUMENTADORA: LRS		DATA: 08/12/2020	INÍCIO: 07:45	FIM: 08:45		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	25	Compressa Grande 11"		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	2.5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Proloxido l/m	03	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon 2-0	
01	Tracium amp. máquina		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
05	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	01	Luvas PROCEBMENT			
	Glicose amp.	01	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	01	Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	01	Sabão Antisséptico	21	SG Normotérmico fr 500 ml	Alcozin
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringir fr 500 ml	
	Prolamina	03	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		610 implants	
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
01	Penoxilam		Sonda Uretral nº			
01	Novobena		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
03	Agulha desc. 25 x 7	01	Geicon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 34 x 28	05	eletródo			
01	Agulha p/ raque nº 28		Agulha ortopédica			
01	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: Osvaldo de Figueiredo			IDADE: 30	SEXO: M	COR: D
DATA: 08/12/12	PRESSÃO ARTERIAL: 110/70	PULSO: 80	RESPIRAÇÃO: 16	TEMPERATURA: 36,1	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
AP. RESPIRATÓRIO:					ASMA:	BRONQUITE:	
AP. CIRCULATÓRIO:					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP. DIGESTIVO:			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:		
ESTADO MENTAL:			ATÁRAXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA:	HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Metacarpo 5º					ESTADO FÍSICO:	RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA:	AS:	EFEITO:	
AGENTES ANESTÉSICOS:	LÍQUIDOS:			INDUÇÃO Satisfeita: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/> Laringo espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO			MANUTENÇÃO Propofol - 20mg Cefazolin - 200 Diprione - 200 Decadron - 10mg Paracetamol - 4mg Dexamet - 20mg Midazolam - 3mg Alfentanil - 0,5mg ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? <input checked="" type="checkbox"/>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:	Manutenção 1 Ox. de pulso 2 Cefazolin 3 PA não invasiva			DESPERTAR Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/> Obstr.: <input type="checkbox"/> Co.: <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Com cânula: <input type="checkbox"/> Paro o Leito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> CONDIÇÕES:			
POSICÃO:	Supino						
AGENTES:	Anestesiologista: Dr. Osvaldo de Figueiredo						
TÉCNICA:	T1 - Grupo de Fratura de Metacarpo 5º						
OPERAÇÃO:	A. de Figueiredo						
CIRURGIÕES:	A. de Figueiredo						
ANESTESISTAS:	A. de Figueiredo						
OBSERVAÇÕES:	CRM 3512						
SINTETIZAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA:		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

-fx. Plot tibial

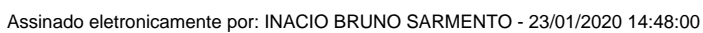
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Oswaldo Santos			
	Alojamento	Ext	Leito	Convênio
			01	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/12	1) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 24h	12/18	# Ortopedia
01	2) D ¹ 2000ml SFO, 5% IV 12/12h	12/18	# 20 DTH JDR
	3) D ¹ Letrinxona 10 IV 12/12h	12/18	# FGB, atiquexon.
	4) D ¹ D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	5) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	6) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	7) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	8) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	9) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	10) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	11) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	12) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	13) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	14) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	15) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	16) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	17) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	18) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	19) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	20) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	21) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	22) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	23) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	24) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	25) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	26) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	27) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	28) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	29) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	30) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	31) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	32) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	33) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	34) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	35) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	36) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	37) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	38) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	39) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	40) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	41) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	42) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	43) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	44) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	45) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	46) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	47) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	48) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	49) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	50) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	51) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	52) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	53) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	54) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	55) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	56) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	57) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	58) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	59) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	60) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	61) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	62) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	63) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	64) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	65) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	66) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	67) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	68) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	69) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	70) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	71) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	72) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	73) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	74) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	75) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	76) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	77) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	78) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	79) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	80) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	81) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	82) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	83) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	84) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	85) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	86) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	87) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	88) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	89) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	90) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	91) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	92) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	93) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	94) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	95) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	96) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	97) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	98) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	99) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	
	100) D ¹ 1000ml SFO, 5% IV 6/6h	12/18	

400.035

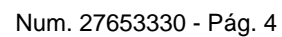


[illegible]

dx. plate tibial

LEITO-

CONFIDENTIAL - CONT'D





DIAGNÓSTICO:

dx platô ténal

PACIENTE: Orlando Santos

ENFERMARIA:

01137

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
1) DIETA	livre	
2) SF 0,9 %	500 ml EV 24 h	
3) Dipirona 02 amp.	+ AD EV 6/6 h	
4) Tilatil 40 mg	+ AD FV 12/12 h	
5) Omeprazol 40 mg	FV 1 x 3x dia	
6) Nauseidron 8 mg	+ AD EV 8/8 h	
7) SSN7 + CCG		
B) Celexa	40 mg SC 1x/dia	





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

Nome: Oswaldo da Silva Santos

Setor: Operacional

Leito:

[illegible]



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

Nome: Oswaldo da Silva Santos

Setor: Ala arrauca

Leito:

[illegible]

Arlete S. Vasconcelos
PSICÓLOGA - CRP: 13/5448





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

Nome: OSWALDO DA SILVA SANTOS

Setor: Nova/Bico

Leito: 6 x T₀ 1

[illegible]



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Data		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Osvaldo de Silva Santos	08.12.16	08.12.16	pac - EAP, afeto bom, facies satisfeita, corporeidade longa limitação dos movimentos, rel. acordado com presença colaborativa, considerada desat. med. passiva, paciente + ativa verbal D. Gerson,	Verde	21	Ext 100

210 017



<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012314475998800000026681199>

Número do documento: 20012314475998800000026681199



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

6617

Hospital: de Emergência e Traumatologia de C. Grande Código: _____Procedimento: Trat. da fratura de fêmur proximal Cód. Procedimento: _____Paciente: Chavalito do Silva SantosData da Cirurgia: 08/12/16 Nº prontuário: 1350410 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Edson Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa - L. R. 8F			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	40	42	44					
	Qtd	01	01	01					
	Cód								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº	75							
	Qtd	01							
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	75							
	Qtd	01							
	Cód								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br

Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/01/2020 14:48:00

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012314475998800000026681199

Número do documento: 20012314475998800000026681199

Num. 27653330 - Pág. 10



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

Onde do do do do

2007

PACIENTE:

Graciele de Jesus

ENFERMARIA:

LEITO

DIAGNÓSTICO:

fx. Mão e braço

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
06/11	08:15 500 ml EV 24 h	#ORTOPEDIA
	12:15 0,9% + AD EV 6/6 h	DIH
	14:15 40 mg + AD EV 12/12 h	EGR, consciente, orientado, estável, sem diátermas.
	16:15 200 mg + AD EV 12/12 h	
	18:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	20:15 500 ml + CCGG	
	22:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	24:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	26:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	28:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	30:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	32:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	34:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	36:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	38:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	40:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	42:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	44:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	46:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	48:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	50:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	52:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	54:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	56:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	58:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	60:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	62:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	64:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	66:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	68:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	70:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	72:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	74:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	76:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	78:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	80:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	82:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	84:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	86:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	88:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	90:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	92:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	94:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	96:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	98:15 40 mg + AD EV 8/8 h	
	100:15 40 mg + AD EV 8/8 h	

Graciele de Jesus

Graciele de Jesus

Graciele de Jesus



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Explotación

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/01/2020 14:48:01

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012314480070400000026681200>

Número do documento: 20012314480070400000026681200

Num. 27653331 - Pág. 1



Diagnóstico

Ex. platô tibial.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1102

Paciente	Ocupação	Alojamento	Exat.	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/11	1) Dieta livre.	12h 18h 24h 06h	# Paciente hemodinamicamente estável
	2) SF 0,9% 500 ml, EV, 24h.	12h 18h 24h 06h	ECG, sem queixas, aguardando curvas
	3) Dipirona 0,1 amp. + AD, EV, 6/6h	12h 18h 24h 06h	
	4) Crilotalol 40 mg + AD, EV, 12/12h.	12h 18h 24h 06h	
	5) Furosemida 40 mg + SF 0,9% ml EV 8/8h.	12h 18h 24h 06h	
	6) Omeprazol 40 mg, EV, 1x/dia.	12h 18h 24h 06h	
	7) Nauseidion 3 mg + AD EV, 8/8h.	12h 18h 24h 06h	
	8) Clexane 40 mg, SC, 1x/dia.	12h 18h 24h 06h	
	9) SSVU + CCGG.	12h 18h 24h 06h	



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fx. Platô tibial-

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

yo
yo

[illegible]

MOD. 035



Fix Plate fibrial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Paciente	Oswaldo Santos, 36 a	Alojamento	Ext.	Lello	1.	Convênio	
----------	----------------------	------------	------	-------	----	----------	--

[illegible]

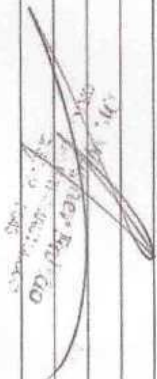
Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

66/1

for plate tibial

Paciente	Oswaldo Santos	Alojamento	Ex ^{ta}	Leito	3	Convênio	
----------	----------------	------------	------------------	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/12	1) Dieta livre 2) Dipirona, VO, 8/8h 3) 55V + CC GG	14h 22 / 16h	# 15º DIH Lúg, 24/12-11 CD: 16 PM 

Diagnóstico

Gr. plate typical.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Orivaldo Santos	Alojamento	Ex+	Leito	1	Convênio	
----------	-----------------	------------	-----	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/12	(1) Dieta livre, (2) Dipirona 50, 8/8h, 19 (3) 55mV + cCGG	14/12 06	# 16º DIH # Pte hemodinamicamente estável. EGE Quixas, Naga Cd. Mantida
	Hailisson Pontes de Almeida ORÇEDAE TRAMUNTUOCIA CRI1203.0521		Hailisson Pontes de Almeida ORÇEDAE TRAMUNTUOCIA CRI1203.0521





- Fx Plate 4961

[illegible]

MOD: 035




Diagnóstico

- Fr. platyrrhinus

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

100

Paciente	Orlando Santos	Alojamento	EX	Leito	11	Convênio	
----------	----------------	------------	----	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
08/12	01) 100g de Arroz cozido em 230ml 02) 100ml de leite 03) 50ml de óleo		14h 15h 16h	# 18:01H At. ECG, encontrando o anel, apêndice com queixas.
	 Dr. Cleonir Roberto de Silva Otorrinolaringologista			 Dr. Cleonir Roberto de Silva Otorrinolaringologista
				 Dr. Cleonir Roberto de Silva Otorrinolaringologista



Diagnóstico

- Dr. photostical

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

味東

Paciente	Caraldo Santos	Alojamento	ExT	Leito	01	Convênio	
----------	----------------	------------	-----	-------	----	----------	--

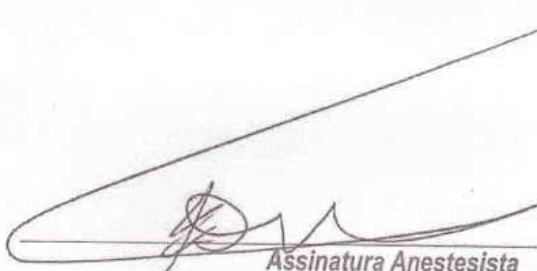
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/11	<p>Dr. Diel Leme S/O 03/11/23 Diploma 1º VO 21/86 13554900000</p> <p><i>Dr. Diel Leme</i></p>	<p>11 22/06 Atencão I</p>	<p>Dr. Obayda 13/01/14 116603, 21/queixa</p> <p><i>March de</i> <i>campis</i></p> <p><i>Dr. Obayda</i> 13/01/14 116603, 21/queixa</p>





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		2
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		2
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		2
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1		2
Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		2
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		10


Assinatura Anestesista



- Ex plants fibrous

- Ex photo friend

Paciente	Osvaldo Santos	Alojamento	Ex+	Leito	21	Convênio	
----------	----------------	------------	-----	-------	----	----------	--

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

01/10

Fratura do Rádio Ulnar ESQ.

Paciente	Paulo Roberto Silva Santos	Alojamento		Leito	10	Convênio	
----------	----------------------------	------------	--	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
08/10	Qüen curar após 48 horas				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
12/10	2.500g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
16/10	3.000g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
18/10	4.000g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
20/10	5.000g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
22/10	6.000g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
24/10	7.000g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
26/10	8.000g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
28/10	9.000g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.
30/10	10.000g de analgésico em 24h.				Fratura do Rádio Ulnar ESQ.

Dr. Tullio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 32511-08/PR-2041

Dr. Tullio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 32511-08/PR-2041



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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
OSVALDO DA SILVA SANTOS			
Data da Operação	08/12/16	Enf.	NEVINO/GRUPO
Operador	Dr. LUPIMAN	1º Auxiliar	THIAGO ALVES
2º Auxiliar		3º Auxiliar	
Anestesia		Instrumentador	
Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório		FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL (E)	
Tipo de Operação		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO DA TÍBIA ESQUERDA	
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato		SIM	
Acidente Durante a Operação		NÃO	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PLENTE EM DDH SOB ANESTESIA + SEJA
2. ANTISEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIZADOS
3. INCISÃO EM FAIXA AUTOCOLANTE DE PEÇA ESTERILIZADA
4. TÉCNICA EM PONTE
5. FIXAÇÃO NA FRATURA COM PLACA EM "L" DE 10 FIOS + DOIS PARAFUSOS ELONGADOS + OS CORTICAIS
6. LAVAGEM COM SF0.91.
7. SUTURA
8. CURATIVO.

Dr. Paulo Alberto de O. Souza
CRM 10.100/0-6
CAMPUS LUIZ CARLOS 23411

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS			
NOME	Oswaldo da Silva Santos		
IDADE	30	ENFERMARIA	LEITO: 1
H. D.	Polif.	ADMISSÃO	HORA 20h
19.11.16			
PROCEDÊNCIA:	Rua gão		
DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito			
Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente			
<input type="checkbox"/> Edema. Regiões: <u>MLF</u> <input type="checkbox"/> Calcios			
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input type="checkbox"/> TEP passiva	<input type="checkbox"/> TEP ativa
<input type="checkbox"/> O2	<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> Decanulação
<input type="checkbox"/> MRP	<input type="checkbox"/> Treino de Marcha	<input type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio
<input type="checkbox"/> Sedestação	<input type="checkbox"/> Ortoestatismo	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial
<input checked="" type="checkbox"/> Posicionamento:	<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação		
Observações: Pac - 1 sessão de dor, pulso.			
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: Polif. (1. Polif. fibril)			
Campina Grande, 08/12/16			
Fisioterapia/CREMIO			
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR			
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TOT <input type="checkbox"/> Sem TOT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI			
O2 SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc. Sistema de Venturi %			
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min			
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> IBAN <input type="checkbox"/> Tiragens supraclaviculares <input type="checkbox"/> Tiragens intercostais <input type="checkbox"/> Tiragens subcostais			
<input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp <input type="checkbox"/> Exp <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor ____ /4+			
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica			
Ausculta Pulmonar: <u>MLF</u> Rato X Torax:			
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz			
SECREÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.			
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucoide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta			
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha			

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

255 128

João de Vitorino

OK

✓

1. Peter and Jane

242

③ 870,945002 (B) 8/8

11. Check for 12/1/14

⑧ C_{10}H_8 (50) 100%

⑥ Jeuneval 22. 6. 72

f

449094 100-2-009

① Shew's, Uden

Dr. H. Green

Handwritten:

Confidential

④ Handy notes

① Black Tiger



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Oswaldo Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 17 / 08 / 17

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: OMC Joelho (e)

PROCEDIMENTO: 2425

033: cultura microbiol.

MÉDICO (CARIMBO): Dr Erickson + Dr Hellisson

MOD. 120



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Oswaldo da Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 13 / 11 / 2015

Nº PRONTUÁRIO: 1350420 FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: fx. platibial

PROCEDIMENTO: Fixação cirúrgica

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Eldivan

Hellisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9582

MOD. 120



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Oswaldo da Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 25 / 10 / 17

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: OMC

PROCEDIMENTO: _____





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Oswaldo Silva

Fe 7/19 (E)

Fisioterapia

4011

Edimara S. de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6950 - Teor: 11902

MOD. 001

19 / 1 / 17

Data

Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Oswaldo de sil

Secret.

Fisiot. Reabilitar

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 0892

101216

MOD. 001

Data

Médico





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESF II MARIA AUGUSTA LAUREANO
AV. MONSENHOR RUI BARREIRA VIEIRA, 52
LAGOA DO MATO - REMÍGIO - PB

Dedução Médica

- Doctavo para dedução de fim 1,
que o Sr. Odvaldo da Silva
Santos, 30 anos. É portador
de Diabetes Mellitus, tipo II.
CID 10: E11.

Em uso de Hipoglicemiantes
orais.

Atenciosamente,


Dr. Leilson B. Rodrigues
MÉDICO
CRM / PB 10.986

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 08/11/2018

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível de Campina Grande

DECISÃO

Processo nº 0801161-20.2020.8.15.0001

AUTOR: OSVALDO DA SILVA SANTOS

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

Vistos.

Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório - DPVAT, intentada por **Osvaldo da Silva Santos**, já qualificado nos autos, contra **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.**, igualmente qualificada, onde se pretende reparação pelos danos supostamente sofridos em razão de acidente de trânsito.

Vieram-me os autos conclusos para decisão.

É o relatório.

Decido.

Tratando-se de reparação de danos decorrentes de acidente de trânsito, o STJ, em sede de Recurso Repetitivo, reconheceu a competência concorrente para determinação do foro, firmando o seguinte entendimento:

PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA.

ART. 543-C DO CPC. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE VEÍCULOS. SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES - DPVAT. DEMANDA DE NATUREZA PESSOAL. FACULDADE DO AUTOR NA ESCOLHA DO FORO PARA AJUIZAMENTO DA AÇÃO. FORO DO DOMICÍLIO DO RÉU. ART. 94, CAPUT, DO CPC. LOCAL DO ACIDENTE OU DE SEU DOMICÍLIO. ART. 100, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CPC.

1. Para fins do art. 543-C do CPC: Em ação de cobrança objetivando indenização decorrente de Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os seguintes foros para ajuizamento da ação: o do local do acidente ou o do seu domicílio (parágrafo único do art. 100 do Código de Processo Civil); bem como, ainda, o do domicílio do réu (art. 94 do mesmo Diploma).

2. No caso concreto, recurso especial provido.

(REsp 1357813/RJ, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/09/2013, DJe 24/09/2013)

Percebe-se, dos autos, que o autor reside na comarca de **Remígio/PB**, tendo o sinistro, narrado na inicial, ocorrido também naquela comarca. Por sua vez, foi informado o domicílio da ré como sendo na Comarca do **Rio de Janeiro/RJ**.

É sabido que a possibilidade de escolha do foro tem por objetivo facilitar o acesso à vítima do acidente, criando novas opções de foros em que a ação pode ser proposta, além da regra geral estabelecida na lei processual.

Sendo a ré pessoa jurídica, o seu domicílio é a sede de sua empresa, que é o domicílio fiscal, ou por possuir diversos estabelecimentos em lugares diferentes, o art. 75, §1º, do Código Civil, reza que será cada um dele considerado domicílio, mas neste último caso, somente para os atos nele praticados.

No caso dos autos, não se identifica nenhuma obrigação assumida por filial da ré nesta comarca, de modo que o domicílio a ser considerado é o da sede pessoa jurídica, neste caso, a comarca do Rio de Janeiro, mas, embora seja faculdade do autor escolher entre o foro do seu próprio domicílio, o local do acidente ou o domicílio do réu, tal privilégio não lhe dá o direito de aleatoriamente escolher qualquer comarca como sendo a competente para processar o feito.

Nesse sentido, já estabeleceu o Tribunal de Justiça da Paraíba:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. EXECUÇÃO INDIVIDUAL DE SENTENÇA PROFERIDA NA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 1998.01.1.016798-9. EFICÁCIA NACIONAL. EXPURGOS INFLACIONÁRIOS. FORO COMPETENTE. JUÍZO DO DOMICÍLIO DO POUPADOR OU NAQUELE EM QUE PROFERIDA A SENTENÇA NA AÇÃO CIVIL PÚBLICA. OPÇÃO DE ESCOLHA. IMPOSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA DEMANDA EM LOCAL DIVERSO. VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DO JUIZ NATURAL.



COMPETÊNCIA TERRITORIAL DECLINADA DE OFÍCIO PARA DOMICÍLIO DA PARTE EXEQUENTE. POSSIBILIDADE. DESPROVIMENTO.

- Consoante entendimento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça no REsp nº 1391198/RS, representativo de controvérsia repetitiva, deve-se conferir ao consumidor a prerrogativa de executar individualmente a sentença proferida em ação civil pública tanto no foro do seu domicílio quanto no do juízo sentenciante, descabendo a escolha aleatória em foros outros, sob pena de violação ao princípio do juiz natural.

- **Abdicando o consumidor do direito de ajuizar a demanda em seu domicílio ou no Distrito Federal, a regra acerca da competência passa a ser a geral, estabelecida no art. 100, IV, b, do CPC, a qual estatui ser competente o foro do lugar onde se acha a agência ou sucursal, quanto às obrigações que ela contraiu, ou seja, onde foram mantidas as cadernetas de poupança. "Mostra-se inviável o ajuizamento de ação judicial no foro do advogado, com consequente malferimento às regras processuais e de organiza**

(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00006486420158150000, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator DES OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO, j. em 09-07-2015)(Grifo nosso)

Verifica-se, assim, que não havendo motivo para se reconhecer a competência territorial da comarca de Campina de Grande, para a propositura da presente ação, a escolha aleatória da comarca, fora dos parâmetros acima delineados, representa ofensa ao princípio do juiz natural, estabelecido na Constituição, ultrapassando a discussão restrita à incompetência territorial, inexistindo justificativa plausível, para se admitir a distribuição do feito nesta comarca, especialmente em se tratando de ações relacionadas à cobrança de seguros DPVAT nas quais são de conhecimento público o risco de fraudes ou erros nos pagamentos das indenizações.

Diante do exposto, nos termos do art. 64, § 1º do Código de Processo Civil, declino da competência, determinando a remessa dos autos à comarca de **Remígio/PB**.

Decorrido o prazo recursal, remetam-se os autos à comarca acima indicada.

Publique-se. Intime-se.

Campina Grande, data e assinatura digitais.







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

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo nº 0801161-20.2020.8.15.0001

AUTOR: OSVALDO DA SILVA SANTOS

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

Advogado: INACIO BRUNO SARMENTO OAB: PB21472 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 transcrito, e para, se for o caso, cumpri-lo no prazo determinado.

DECISÃO

Processo nº 0801161-20.2020.8.15.0001

AUTOR: OSVALDO DA SILVA SANTOS

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

Vistos.

Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório - DPVAT, intentada por **Osvaldo da Silva Santos**, já qualificado nos autos, contra **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.**, igualmente qualificada, onde se pretende reparação pelos danos supostamente sofridos em razão de acidente de trânsito.

Vieram-me os autos conclusos para decisão.

É o relatório.

Decido.

Tratando-se de reparação de danos decorrentes de acidente de trânsito, o STJ, em sede de Recurso Repetitivo, reconheceu a competência concorrente para determinação do foro, firmando o seguinte entendimento:

PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA.

ART. 543-C DO CPC. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE VEÍCULOS. SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES - DPVAT. DEMANDA DE NATUREZA PESSOAL. FACULDADE DO AUTOR NA ESCOLHA DO FORO PARA AJUIZAMENTO DA AÇÃO. FORO DO DOMICÍLIO DO RÉU. ART. 94, CAPUT, DO CPC. LOCAL DO ACIDENTE OU DE SEU DOMICÍLIO. ART. 100, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CPC.

1. Para fins do art. 543-C do CPC: Em ação de cobrança objetivando indenização decorrente de Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os seguintes foros para ajuizamento da ação: o do local do acidente ou o do seu domicílio (parágrafo único do art. 100 do Código de Processo Civil); bem como, ainda, o do domicílio do réu (art. 94 do mesmo Diploma).

2. No caso concreto, recurso especial provido.

(REsp 1357813/RJ, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/09/2013, DJe 24/09/2013)

Percebe-se, dos autos, que o autor reside na comarca de **Remígio/PB**, tendo o sinistro, narrado na inicial, ocorrido também naquela comarca. Por sua vez, foi informado o domicílio da ré como sendo na Comarca do **Rio de Janeiro/RJ**.

É sabido que a possibilidade de escolha do foro tem por objetivo facilitar o acesso à vítima do acidente, criando novas opções de foros em que a ação pode ser proposta, além da regra geral estabelecida na lei processual.

Sendo a ré pessoa jurídica, o seu domicílio é a sede de sua empresa, que é o domicílio fiscal, ou por possuir diversos estabelecimentos em lugares diferentes, o art. 75, §1º, do Código Civil, reza que será cada um dele considerado



domicílio, mas neste último caso, somente para os atos nele praticados.

No caso dos autos, não se identifica nenhuma obrigação assumida por filial da ré nesta comarca, de modo que o domicílio a ser considerado é o da sede pessoa jurídica, neste caso, a comarca do Rio de Janeiro, mas, embora seja faculdade do autor escolher entre o foro do seu próprio domicílio, o local do acidente ou o domicílio do réu, tal privilégio não lhe dá o direito de aleatoriamente escolher qualquer comarca como sendo a competente para processar o feito.

Nesse sentido, já estabeleceu o Tribunal de Justiça da Paraíba:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. EXECUÇÃO INDIVIDUAL DE SENTENÇA PROFERIDA NA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 1998.01.1.016798-9. EFICÁCIA NACIONAL. EXPURGOS INFLACIONÁRIOS. FORO COMPETENTE. JUÍZO DO DOMICÍLIO DO POUPADOR OU NAQUELE EM QUE PROFERIDA A SENTENÇA NA AÇÃO CIVIL PÚBLICA. OPÇÃO DE ESCOLHA. IMPOSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA DEMANDA EM LOCAL DIVERSO. VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DO JUIZ NATURAL. COMPETÊNCIA TERRITORIAL DECLINADA DE OFÍCIO PARA DOMICÍLIO DA PARTE EXEQUENTE. POSSIBILIDADE. DESPROVIMENTO.

- Consoante entendimento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça no REsp nº 1391198/RS, representativo de controvérsia repetitiva, deve-se conferir ao consumidor a prerrogativa de executar individualmente a sentença proferida em ação civil pública tanto no foro do seu domicílio quanto no do juízo sentenciante, descabendo a escolha aleatória em foros outros, sob pena de violação ao princípio do juiz natural.

- **Abdicando o consumidor do direito de ajuizar a demanda em seu domicílio ou no Distrito Federal, a regra acerca da competência passa a ser a geral, estabelecida no art. 100, IV, b, do CPC, a qual estatui ser competente o foro do lugar onde se acha a agência ou sucursal, quanto às obrigações que ela contraiu, ou seja, onde foram mantidas as cadernetas de poupança. "Mostra-se inviável o ajuizamento de ação judicial no foro do advogado, com consequente malferimento às regras processuais e de organiza**

(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00006486420158150000, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator DES OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO, j. em 09-07-2015)(Grifo nosso)

Verifica-se, assim, que não havendo motivo para se reconhecer a competência territorial da comarca de Campina de Grande, para a propositura da presente ação, a escolha aleatória da comarca, fora dos parâmetros acima delineados, representa ofensa ao princípio do juiz natural, estabelecido na Constituição, ultrapassando a discussão restrita à incompetência territorial, inexistindo justificativa plausível, para se admitir a distribuição do feito nesta comarca, especialmente em se tratando de ações relacionadas à cobrança de seguros DPVAT nas quais são de conhecimento público o risco de fraudes ou erros nos pagamentos das indenizações.

Diante do exposto, nos termos do art. 64, § 1º do Código de Processo Civil, declino da competência, determinando a remessa dos autos à comarca de **Remígio/PB**.

Decorrido o prazo recursal, remetam-se os autos à comarca acima indicada.

Publique-se. Intime-se.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

Campina Grande-PB, 12 de fevereiro de 2020

De ordem, ODILIO ARRUDA LIMA

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

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





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Remígio**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
0801161-20.2020.8.15.0001

DESPACHO

O § 1º, do Artigo 98, do Novo CPC foi o responsável por arrolar o âmbito de abrangência da gratuidade de justiça, contando com nove incisos, ou seja, há um rol de quais atos processuais são abrangidos pela benesse da Justiça Gratuita, desobrigando o beneficiário de adiantar os custos.

Importante ressaltar é a possibilidade expressa introduzida pelo Novo CPC (nos §§ 5º e 6º do Artigo 98), do magistrado modular a concessão da gratuidade da justiça, ora a concedendo de forma parcial, ora a negando, mas conferindo à parte a possibilidade de pagar as despesas de forma parcelada.

Há de se ver que o(a) autor(a) requereu a gratuidade, sem sequer informar o valor das custas, as quais requer a dispensa de pagamento, em outras palavras, o(a) próprio(a) autor(a) não sabe se tem ou não capacidade de pagamento delas.

Dessarte, por razões de cautela, determino:

Intime-se a parte autora – via advogado, para, em cinco dias, obter simulação das custas processuais e, após, ciente dos valores dos atos processuais informar se persiste o pedido da AJG, acostando documentos capazes de comprovar a hipossuficiência, tudo, ante a possibilidade de redução ou parcelamento, nos termos do art. 98, § 6º, do CPC, em 04 (quatro) vezes, que podem ser requeridos.

REMÍGIO, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito



Petição em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DA VARA ÚNICA DA
CORMARCA DE REMÍGIO-PB**

PROCESSO: 08011061-20.2020.8.15.0001

OSVALDO DA SILVA SANTOS, devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, vem perante Vossa Excelência, expor o que segue:

MM. Juiz, vem a parte autora juntar CTPS onde comprova que está desempregado, vive de agricultura familiar, **sendo assim comprova que não possui renda suficiente**, desse modo não possui meios de arcar com as custas processuais, devido a prejudicar o seu próprio sustento e de sua família.

Insta ressaltar jurisprudência do Tribunal de Justiça, referente a processos idênticas onde paleteia-se a indenização do Seguro DPVAT, no tocante a concessão da Justiça gratuita:

ACÓRDÃO

Agravo de Instrumento nº 0805070-44.2018.8.15.0000

Agravante: Anderson Xavier Azevedo

Agravada: DPVAT - Seguradora Líder dos Consórcios de Seguros

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO. PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA. PESSOA FÍSICA. INDEFERIMENTO EM PRIMEIRO GRAU. IRRESIGNAÇÃO. NECESSIDADE DE CONFIRMAÇÃO DA HIPOSSUFICIÊNCIA ATRAVÉS DE DOCUMENTOS HÁBEIS. EXISTÊNCIA NA HIPÓTESE. REFORMA DA DECISÃO ATACADA. PROVIMENTO DO RECURSO.

- Para a fruição dos benefícios da gratuidade judiciária por pessoa física, é necessária a declaração de que lhe faltam condições para arcar com as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios, nos termos do art. 98, do Código de Processo Civil, bem como a comprovação da hipossuficiência.

- Havendo nos autos, elementos capazes de ratificar a afirmação da parte postulante de que não possui condições financeiras de arcar com as custas e despesas processuais, deve ser concedida a gratuidade judiciária.

DECISÃO MONOCRÁTICA



AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0804461-61.2018.8.15.0000
RELATOR : Des. José Ricardo Porto
AGRAVANTE : Virgulino Firmino Neto
ADVOGADO : Inácio Bruno Sarmento (OAB/PB 21.472)
AGRAVADA : Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
ADVOGADA : Janaína Melo Ribeiro Tomaz (OAB/PB 10.412)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. JUSTIÇA GRATUITA. PESSOA FÍSICA. NECESSIDADE DE PRÉVIA INTIMAÇÃO PARA EVENTUAL COMPROVAÇÃO DA HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA. EXEGESE DO ART. 99, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL DE 2015. INDEFERIMENTO LIMINAR. IMPOSSIBILIDADE. ERRO DE PROCEDIMENTO. ANULAÇÃO DO DECRETO JUDICIAL.

*- "§ 2º O juiz somente poderá indeferir o pedido se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, **devendo, antes de indeferir o pedido, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos.**"*
(Art. 99, §2º, CPC/2015) Destaquei!

Destarte a presente petição tem o escopo de instruir a presente demanda, requerendo a concessão da Justiça Gratuita, pois desta forma será feita a mais lúdima Justiça, requer o prosseguimento do feito.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Campina Grande/PB, em 18 de Maio de 2020

Inácio Bruno Sarmento
-Advogado-
OAB/PB 21472



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Município

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO n°

Data admissão

de

de

Registro n°

Fis./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

Data saída

de

de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua

Município

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO n°

Data admissão

de

de

Registro n°

Fis./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º

2º

Data saída

de

de



Ass. do empregador ou a rogo c/test.


1º

2º

Com. Dispensa CD N°



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 001.3.20.05881/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 18/05/2020
Número da guia: 001.2020.605881 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 Promovente: OSVALDO DA SILVA SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - Para gerar nova guia, acessar app.tjpb.jus.br/custasonline, e escolher opção Consultar Guia.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.226,14
			Desconto total: R\$ 0,00
866100000128 261409283189 520200531009 132005881017 			Valor final: R\$ 1.226,14

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 001.3.20.05881/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 18/05/2020
Número da guia: 001.2020.605881 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2020
Promovente: OSVALDO DA SILVA SANTOS Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.			UFR vigente: R\$ 51,78
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Cartas: R\$ 12,00			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.226,14
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.226,14

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 001.3.20.05881/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 18/05/2020
Número da guia: 001.2020.605881 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/05/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 Promovente: OSVALDO DA SILVA SANTOS - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - Para gerar nova guia, acessar app.tjpb.jus.br/custasonline, e escolher opção Consultar Guia.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.226,14
			Desconto total: R\$ 0,00
866100000128 261409283189 520200531009 132005881017 			Valor final: R\$ 1.226,14





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 001.2020.605881

Data Vencimento: 31/05/2020

Data Emissão: 18/05/2020

Comarca: Campina Grande

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: OSVALDO DA SILVA SANTOS

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

Valor da Causa: R\$ 11.812,50

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.035,60

Taxa: R\$ 177,19

Total da Guia: R\$ 1.224,79

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

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Remígio

0801161-20.2020.8.15.0001

DESPACHO

Defiro a Gratuidade da Justiça (CPC, art. 98, §1º). Anotações de estilo. Entendo por incabível a designação da audiência de conciliação a que se refere o artigo 334, do CPC, haja vista que, nos casos como o do presente processo, a parte ré se recusa a realizar qualquer tipo de acordo, sem a anterior realização de perícia médica, para avaliar a situação física da parte autora. Assim, cite-se o réu para, querendo, apresentar resposta à inicial, no prazo de 30 (trinta) dias. Remígio, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito

