



Número: **0803585-61.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **23/07/2020**

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	
ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO (AUTOR)		YURE PEREIRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32592932	23/07/2020 13:45	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
32592940	23/07/2020 13:45	<a href="#">ATESTADO</a>	Outros Documentos
32592942	23/07/2020 13:45	<a href="#">B.O</a>	Outros Documentos
32592946	23/07/2020 13:45	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>	Outros Documentos
32593151	23/07/2020 13:45	<a href="#">PEDIDO DO SEGURO DPVAT</a>	Outros Documentos
32593155	23/07/2020 13:45	<a href="#">PROCURACAO</a>	Procuração
32593158	23/07/2020 13:45	<a href="#">PRONTUÁRIO .</a>	Outros Documentos
32593163	23/07/2020 13:45	<a href="#">RG E CPF VÍTIMA</a>	Documento de Identificação
32593165	23/07/2020 13:45	<a href="#">samu</a>	Outros Documentos
32609432	27/07/2020 15:09	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
32682202	27/07/2020 15:54	<a href="#">Mandado</a>	Mandado

-

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA... VARA CÍVEL DA COMARCA DE PATOS, ESTADO DA PARAÍBA**

**ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO**, brasileiro, casado, autônomo, inscrito no CPF nº 105.891.404-93, residente e domiciliado no Rua Francisco Paulo Licarião, complemento - lado par, bairro Monte Castelo, Município de Patos – PB, por intermédio de seu procurador, infra-assinado, conforme instrumento procuratório incluso vem com a devida vênua à presença de Vossa Excelência, requerer a presente;

-

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**

Contra: **LÍDER – FEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS PRIVADOS E DE CAPITALIZAÇÃO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no **CNPJ n 09.248.608/0001-04**, podendo ser citada por intermédio de seu representante legal, Logradouro R da Assembleia, n 100, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP –20.011-904, pelos fatos, por para no final requerer:

**LIMINARMENTE:**



Seja concedido os benefícios da justiça gratuita, por ser o requerente pobre na forma da Lei, conforme dispõe a CF/88, art. 5º, XXXIV, e demais legislação que trata da espécie, conforme declaração de pobreza.

## **1 - DAS INTIMAÇÕES DOS ATOS PROCESSUAIS**

M.M. Juiz, prefacilmente requer-se que, todas as **INTIMAÇÕES** e demais publicações de estilo, sejam realizadas em nome do **DR. YURE PEREIRA GOMES**, advogado, registrado na OAB/PB sob o número 20.152, sob pena de nulidade dos atos processuais subseqüentes.

### **ADVOGADO. INTIMAÇÃO. REQUERIMENTO INDICANDO O I**

DIREITO PROCESSUAL CIVIL – AGRAVO DE INSTRUMENTO – EXECUÇÃO DE SENTENÇA – **Intimação pelo diário da justiça em nome de advogado diverso do indicado na contestação e no substabelecimento. Impossibilidade. Nulidade da intimação e dos atos decorrentes. 01. Considerando que houve pedido expresso na contestação e no substabelecimento, para que as intimações por meio do diário da justiça fossem feitas em nome de determinado advogado, tornam-se nulas as intimações feitas a outros patronos.** 02. Agravo de instrumento conhecido e provido. (TJDFT – AGI 20060020100418 – 3ª T.Cív. – Rel. Des. Nídia Corrêa Lima – DJU 14.12.2006 – p. 73).

## **2 - DOS FATOS:**

Ocorre que, no dia 28 de Fevereiro de 2020, por volta das 17hrs, o requerente conduzia o veículo de marca modelo Honda/Nxr 150 bros, ano 2012, placa OFH 3444/PB, cor preta, CHASSI 9C2KD0550CR603616, RENAVAL 00498932435,



licenciado no nome de Rafael Elizeu da Silva, na Rua Joaquim Amaro, Bairro monte Catelo, quando se chocou com outro veículo automotor moto, do qual, lhe ocasionou fratura exposta e outros ferimentos.

Por conseguinte, o requerente foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro (Hospital Regional de Patos), onde foi submetido a cirurgia.

Cabe aqui salientar, que o requerente encontra-se com várias sequelas, devido à consequências do sinistro. Não apresentando, qualquer perspectiva, por partes dos médicos, de retornar ao trabalho. E devido aos ferimentos, resultou em incapacidade para ocupações habituais por vários dias.

**Por isso, evidencia-se a incapacidade e o direito certo a 100% da indenização ora tratada. DESTA FORMA, REQUEREU O BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT, ATRAVÉS DA SEGURADORA LIDER, NÚMERO DE SINISTRO 3200198006. CONTUDO, A REQUERIDA NÃO CONCEDEU A INDENIZAÇÃO DE FORMA EQUIVALENTE A GRAVIDADE E A REAL SITUAÇÃO DAS SEQUELAS SOFRIDAS PELO REQUERENTE. DESSA FORMA, ESSE VALOR NÃO CONDIZ COM SEU DIREITO, O QUE SERÁ PROVADO NA PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL.**

Desta monta, diante de tal abuso e má-fé cometidos pela requerida, não resta outra alternativa ao requerente que senão recorrer a este juízo, que é sério, imparcial, justo e imune ao poderio econômico. Do qual, não tem deixado passar impunes os casos onde são cometidos este tipo de ilícitos civis. Requerendo, ao Equânime Julgador, que se digne a conceder o pleiteado no final, tornando o direito do requerente respeitado e realizando plenamente a tutela jurisdicional.

### **3 – DO DIREITO:**

-

Uma análise sistemática do Código Civil Brasileiro nos demonstra que a reparação do dano material e moral está plasmada no nosso direito positivo, pois:

Art.186 – “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”



Art.927 – “Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Em matéria de indenização por ocorrência de sinistro, a quitação deverá ser feita no prazo máximo de 30(trinta) dias à apresentação dos documentos comprobatórios do fato; este entendimento já se tornou pacífico em decisões judiciais e nossos Tribunais tem confirmado este raciocínio, portanto, não há o que discutir quanto ao direito do a u t o r .

No caso em apreço, a responsabilidade da requerida é indiscutível, pois que os documentos que comprovam as despesas médico-hospitalares foram entregues.

Certamente teremos a oportunidade de ver na contestação apresentada futuramente, de que a demora no pagamento do seguro seria de responsabilidade exclusiva da parte adversa consistente no seu atraso em proceder com documentos necessários a sua quitação da cobertura pactuada.

Infelizmente, como já dito, essa é uma prática já conhecida por parte da Seguradora p r o m o v i d a

Como se vê demonstrado, o direito que milita em favor da parte autora está por demais cristalino, amparado, inclusive, em nossa Carta Política, que lhe reserva o direito de estar em juízo pleiteando indenização por ato ilícito, ainda que este direito não estivesse consignado no campo normativo das leis inferiores; por tratar-se de direito subjetivo i m u t á v e l .

CF/88 - Art. 5º

- V “é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem.”

- X “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (grifamos)

**A lei no. 6.194/74, em seu art. 5º., determina que o pagamento do DPVAT, mesmo que o veículo causador do acidente não seja identificado, com seguro não realizado, e com seguro vencido, mesmo assim será devido o pagamento do seguro.**

**A norma legal ainda determina que a seguradora terá prazo de 15 (quinze) dias o pagamento do DPVAT.**



## **DA ADMINISTRAÇÃO DO SEGURO DPVAT NO BRASIL**

-

**Torna-se oportuno ressaltar, a título de ilustração nesta oportunidade o porquê da manobra da requerida nesta demanda.**

Ora Douto Julgador, parte da sociedade de nosso país, estão inconformadas, como está sendo administrado, dirigido, o seguro DPVAT em nosso país, visto que, segundo a REDE GLOBO, em publicação divulgada pelo Jornal Hoje, Edição do dia 20-09-2000, onde a mesma forneceu dados informando que existe dois projetos de leis tramitando do Congresso Nacional, objetivando a extinção do DPVAT, pelo fato do mesmo ter perdido seu caráter social, onde a rede televisiva informa que só no ano anterior foi arrecadado em nosso país mais de 1.154.000,00 (UM BILHÃO CENTO E CINQUENTA E QUATRO MILHÕES DE REAIS), referente ao recolhimento do seguro obrigatório (DPVAT), sendo que, apenas 20% deste valor foi destinado ao pagamento das vítimas do seguro DPVAT, acrescentando ainda que, 34% deste valor foi rateado entre as seguradoras que militam do ramo deste tipo de sinistro. (grifo e sublinho nosso)

### **DO VALOR DEVIDO:**

“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”.

O art. 3º., alínea a, da Lei no. 6.194/74, determina que a base para liquidação do seguro será de 40 (quarenta) vezes o maior salário mínimo do país, no caso de morte.

Acontece que todas as seguradoras que militam no ramo de seguros DPVAT pagam os sinistros a terceiros em contra proposta recebem pelos serviços oferecidos a sociedade todo valor pago é rateado pelo consórcio das Sociedades Seguradoras, que administram o convênio das empresas de seguro em nosso país.

O direito do Requerente, é líquido e certo, basta uma simples interpretação macroscópica para se vislumbrar que a conduta da demandada, é a atípica e contrária ao que determina a Lei no. 8.441/92.

A violação do direito do Requerente, no caso em tela é patente, tendo por consequência o ato ilícito a ser reparado, segundo a luz do art. 186 do Código Civil Pátrio retro citado.

### **DA PROVA PERÍCIAL:**



O art. 5º. da lei no. 6.194/74, em seu parágrafo 5º., determina:

-

“...O IML DA JURISDIÇÃO DO ACIDENTE TAMBÉM QUALIFICARÁ AS LESÕES FÍSICAS OU PSÍQUICAS PERMANENTES PARA FINS DE SEGURO PREVISTO NESTA LEI...”

O Laudo Pericial encontra-se acostado aos autos.

### **DA JURISPRUDÊNCIA:**

-

A Jurisprudência Pátria, exaurida pelos nossos tribunais já se posicionaram de maneira uníssona, se não vejamos:

A 2ª. Colenda turma Recursal Cível desta comarca, em processo similar, corroborando com os julgados emanados de nossos Tribunais Superiores, exauriu o seguinte Acórdão:

Recurso no. 057/2002/TC Civ.

Relator: Juiz João Batista de Sousa

Recorrente: Sul América Companhia Nacional de Seguros

Advogado: Bel. Arlindo Carolino Delgado e Outros

Recorrido: Cícero de Oliveira Cavalcante

Advogado: Wamberto Balbino Sales.

Ementa:

**“RECURSO INOMINADO CIVIL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATORIO (DPVAT) – DANO ESTÉTICO – LESÃO PERMANENTE.**



**PRELIMINARES – REJEIÇÃO – PROCEDENCIA DO PEDIDO. APELO – REJEIÇÃO DAS PRELIMINARES – INSUBSISTÊNCIA – SENTENÇA MANTIDA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS – IMPROVIMENTO DO RECURSO.”**

Já quanto ao ressarcível pela seguradora, nos casos de morte e invalidez, dúvida não existe, visto que, determina a Lei no. 6.194/74, em seu art. 3º., alínea a, e ratificando em decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça:

**“SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – SALÁRIO MÍNIMO – O VALOR DO SEGURO OBRIGATÓRIO DEVE CORRESPONDER A 40 SALÁRIOS MÍNIMOS” (STJ – Resp 152866 – SP – 4º. T. – Rel. Min Rui Rosado de Aguiar – DJU 29/06/1998 – P200).**

Não pode nem deve, a seguradora ré, impor perante a sociedade, que as Circulares e resoluções, prevaleçam em detrimento a norma legal.

Processo no. 001.2002.006797-9

Ação: Cobrança c/c Reparação de Danos

Promovente: Eraldo Anacleto Nunes

Promovido: Sul Americana S/A

Juiz Leigo: Rossandro Farias Agra

Juiz Presidente: Octanny P. Batista

Ementa:

**“PROCESSUAL CIVIL – AÇÃO DE COBRANÇA C/C REPARAÇÃO DE DANOS – SEGURO DPVAT – DEFERIMENTO PARCIAL NA ESFERA ADMINISTRATIVA –**

**A Lei no. 6.194/74, que disciplina e rege o seguro obrigatório DPVAT, determina o pagamento da indenização as vítimas de acidente de trânsito, em casos de invalidez e morte, conforme dispõe o art. 3º. alínea a, determina o seguinte:**





“OS DANOS PESSOAIS COBERTOS PELO SEGURO ESTABELECIDO NO ARTIGO 2º. COMPREENDEM AS INDENIZAÇÕES POR MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES, NOS VALORES QUE SE SEGUEM, POR PESSOAS VÍTIMADAS.”

“b – 40 (QUARENTA) vezes o valor do maior salário mínimo vigente no país, no caso de invalidez”

### Do contrato de Seguro

Os contratos de seguro trazem em si relação de consumo, em que o negócio jurídico celebrado entre as partes sujeita-se às normas do Código de Defesa do Consumidor.

Determina o art. 757 do Código Civil brasileiro que: “Pelo Contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra risco predeterminados.”

Mencionado dispositivo por si só garante direito do autor, entretanto ainda é direito seu “a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos”, conforme determinado no inciso VI do art. 6º, do Código de Defesa do C o n s u m i d o r .

O art. 51 do mesmo Codex, determina que são consideradas cláusulas abusivas as cláusulas que:

o m i s s i s

V - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a e q ü i d a d e ;

E ainda:

§ 1 Presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:  
I – omissis

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

A atitude da Seguradora colocou o Autor em situação de desvantagem exagerada



causando desequilíbrio contratual, o que não é aceito pelo direito material.

Nesse sentido também é o entendimento de nosso Tribunal:

TERCEIRA CÂMARA CÍVEL  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL - CLASSE II - 20 - Nº 24.348 - SORRISO Relator:  
EXMO. SR. DES. JOSÉ FERREIRA LEITE Partes: APELANTE - BRASILSEG -  
SEGURADORA DO BRASIL APELADA - GENECI CARMEN COSTARELLI TJ Ementa:  
APELAÇÃO CÍVEL - CONTRATO DE SEGURO - CAUSAS RESTRITIVAS DE  
INDENIZAÇÃO - CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS JUSTAPOSTAS À APÓLICE -  
INEXISTÊNCIA DO CONHECIMENTO PLENO DO SEGURADO ADERENTE -  
DESOBRIGATORIEDADE - INTELIGÊNCIA DO ART. 46 DA LEI Nº 8.078/90.

As cláusulas restritivas prevendo situações excluídas da indenização não obrigam o segurado que delas não teve conhecimento pleno no momento da celebração do contrato de seguro.

Acórdão: Vistos, relatados e discutidos os autos do Recurso de Apelação Cível - Classe II - 20 - nº 23.348, de Sorriso. A Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, presidida pelo Desembargador ERNANI VIEIRA DE SOUZA, através de sua Turma julgadora, composta pelos Desembargadores JOSÉ FERREIRA LEITE (Relator), JOSÉ JURANDIR DE LIMA (Revisor) e Doutor JURACY PERSIANI (Vogal, convocado), decidiu, RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL - CLASSE II - 20 - Nº 24.348 - SORRISO -2 TJ Fls. por unanimidade, improver o recurso, nos termos do relatório e dos votos constantes dos autos, que ficam fazendo parte integrante do presente acórdão. Data: Cuiabá, 30/08/2000 (TJ115254)

Pelo exposto comprovado está o direito do Autor diante da relação de consumo amparado pela Lei 8.078/90 e pelo contrato que faz lei entre as partes e prevendo a obrigação da seguradora em indenizar o autor.

#### **4 - DAS PROVAS**

Pretende-se provar os referidos fatos por prova testemunhal, documental e tudo mais que for em direito permitido.



## **5 - DO VALOR**

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

## **6 - DOS PEDIDOS**

11. Face ao exposto requer:

a) seja a requerida devidamente citado, no endereço declinado nesta exordial, para, querendo, contestar a presente ação, sob pena de revelia, ficando citada para os demais termos da presente ação;

b) Julgar procedente o presente pedido com a condenação de todos valores devidos ao requerente devidamente atualizado, **R\$ 11.812,50 (ONZE MIL OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, **TENDO EM VISTA QUE O AUTOR SÓ RECEBEU O VALOR DE R\$ 1.687,50 ( HUM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**;

c) a condenação da requerida ao pagamento das custas processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais;

d) seja designada perícia medica legal, para atestar a invalidez do requerente;

e) que seja designada audiência de conciliação;



f) que seja o requerente agraciado com a justiça gratuita, por ser pobre na forma da lei;

## **7 - ROL DE TESTEMUNHAS**

-

-

As testemunhas serão apresentadas oportunamente, as quais comparecerão independentemente de previa intimação.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

**Patos, 16 de Julho de 2020.**

---

**YURE PEREIRA GOMES**

**OAB-PB 20.152**

---

**BEL. DELAMARY FIGUEIREDO MARINHO**





## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

Rosinara L. de Jesus

portador(a) da Identidade RG \_\_\_\_\_,

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de  
hoje, às 18 h 19, portador(a) da patologia CID-10

S82.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades  
laborativas por um período de (150) dias, a  
partir desta data.

Patos 28/02/20

**João H. Suassuna Laureano**  
**Ortopedia e Traumatologia**

**CRM-PB 7417**

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,

autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_,

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-  
tenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Herculano Nóbrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB  
Fone 83 3423.2741

Scanned with CamScanner





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
Nº 026352.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 026352.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 01:09 min do dia 28/05/2020, na Delegacia Online, **ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO**, nacionalidade Brasileiro(a), nascido(a) em 23/11/1973, idade 46, filho(a) de MARIA JOSE DE ARAUJO, CPF 105.891.404-93, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Paulo Licarião, complemento - lado par, bairro Monte Castelo, na cidade de Patos/PB. CEP: 58707110, telefone(s) 83998802050, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 28/02/2020 17:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA JOAQUIM AMARO, MONTE CASTELO, Patos/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que o notificante, na data 28.02.2020, por volta das 17:00 horas, conduzia o veículo de marca modelo Honda/Nxr 150 bros, ano 2012, placa OFH 3444/PB, cor preta, CHASSI 9C2KD0550CR603616, RENAVAL 00498932435, licenciado no nome de Rafael Elizeu da Silva, na Rua Joaquim Amaro, Bairro monte Castelo, quando se chocou com outro veículo automotor moto, do qual, lhe ocasionou fratura exposta e outros ferimentos, que foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro (Hospital Regional de Patos), onde foi submetido a cirurgia.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

B52FD52176B8ACAE2D47265CB8D88113

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 026352.01.2020.0.00.704 1/1





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

29016436

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

RECEBIMOS

JAN 2018

MARIA APARECIDA B DE LIMA  
RUA FRANCISCO PAULO LICARIAO, S/N - 00000 - MONTE  
CASTELO PATOS PB 58707-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
075.010.230.0022.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N521426	06/01/2016	INTERNO - LIGADO	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
359 | 380 | 21 | 32 | 16/02/2018

HIST. DE CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 7.014/2010		
DEZ/2017	18	0	PARAMETROS EXIG.	ANAL. DE ÁGUA
NOV/2017	17	0	TURBIDEZ	45 84
OUT/2017	19	0	CLORO	91 97
SET/2017	18	0	COL. TERMOT	0 0
AGO/2017	16	0	COR	45 84
JUL/2017	19	0	COL. TOTAIS	91 97
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: NOV/2017	

DATA DA IMPRESSÃO: 17/01/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:58:03

DESCRICAO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
ATE 10 M3 - 36,84 POR UNIDADE  
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3  
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,27 POR M3

10 M3 36,84  
10 M3 36,84  
1 M3 6,27

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
ATE 10 M3 - 29,47 POR UNIDADE  
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,60 POR M3  
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,64 POR M3

10 M3 29,47  
10 M3 38,00  
1 M3 5,64

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,14 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

29/01/2018

Total a Pagar:

R\$ 163,72



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 11/12/2017 REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO

AGRADECEMOS SEU ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR, CASO TENHA

YOUNG & RUBICAM







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha uma(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIÁRIA (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AIL:

3 - CPF da vítima:

105.791.404-93

4 - Nome completo da vítima:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

ROSINALDO TAVARES DE ARAÚJO

6 - CPF:

105.891.404-93

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO PAULO LICALÃO

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MONTE CASTELO

12 - Cidade:

PATOS/PB

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58707-710

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Conta para poupar dinheiro. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Conta de banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4982

CONTA: 000201506

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(o), informe o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informe:

30 - Vítima deixou sucessores (se houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informe:

☐ Sim

☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

013 733 724 86

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

013 733 724 86

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

013 733 724 86

38 - 1ª Nome: João Evangelista dos Santos

CPF: 028.925.724-18

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Jureza Zilda Pereira Faria

CPF: 930.397.724-72

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PATOS/PB 28 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

Scanned with CamScanner





LIVRO.: 0108

FOLHA: 144



## PROCURAÇÃO

**SAIBAM** quantos esta Pública Procuração virem que aos 09 (nove) dias do mês de abril do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **ALDO XAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL**, situado na Rua Pres. Epitácio Pessoa, 214 - Centro - Patos - PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **IONEIDE XAVIER CESAR – Titular**, compareceu como **OUTORGANTE** o Sr. **ROSINALDO TAVARES DE FRANCA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do Documento de Identidade RG nº 4153900-SSDS/PB., inscrito no CPF/MF nº 105.891.404-93, residente e domiciliado na Rua Francisco Paulo Nicarião, s/nº, bairro Monte Castelo, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba; identificado como o próprio por mim Notária, à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele me foi dito que constituía e nomeava seus bastante procuradores: o Bel. **WALDEY LEITE LEANDRO**, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 13.958, inscrito no CPF/MF sob nº 059.007.684-14, o Bel. **YURE PEREIRA GOMES**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 20.152, inscrito no CPF/MF sob nº 086.417.024-66, a Bel. **FERNANDA DE LUCENA SANTOS**, brasileira, casada, advogada, portadora da OAB/PB sob Nº 24.547, inscrita no CPF/MF sob nº 082.429.484-02, e o Bel. **EDMAR DE ARAUJO FERREIRA**, brasileiro, divorciado, advogado, portador da OAB/PB sob Nº 23270, inscrito no CPF/MF sob nº 051.599.934-28, todos com escritório profissional na Rua Jarbas Moura, Nº 46, Bairro Belo Horizonte, nesta cidade de Patos Estado da Paraíba; a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a **Cláusula Ad Judicia Et Extra**, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando os mandatários autorizados a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-a, podendo os ditos procuradores praticarem todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (**NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DOS OUTORGANTES**) agindo separado ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-la e defendê-la perante **QUALQUER ÓRGÃO DO PODER JUDICIÁRIO**, na ação **PREVIDENCIÁRIA** competente, movida em favor do outorgante. **FEITA SOB MINUTA**. Os elementos relativos à qualificação e identificação dos procuradores, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que por eles se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,14, FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 1,90, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 0,47, sendo os Emolumentos R\$ 9,48,. Selo Digital: **AGS51797-2MLE**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando a Sra. **LUBIA CRISTINA COSTA FRAGA**, brasileira, solteira, do lar, portadora do Documento de Identidade RG nº 2985077-SSDS/PB.(2ª via), inscrita no CPF/MF sob nº 013.733.724-86, residente e domiciliada na Rua Francisco Paulo Nicarião, s/nº, bairro Monte Castelo, nesta cidade de Patos, Estado da Paraíba, devidamente identificada conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo



### FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	97825	HORA	18:19	PRONTUÁRIO	4253
DATA	28/02/2020	OPERADOR	LCLEA		
OCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO	IDADE	46a 3m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA JOSE DE ARAUJO				
FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA				
CIDADE	PATOS	PB	58704000		
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO SN				
BAIRRO	MONTE CASTELO				
NATURALIDADE	CACIMBA DE AREIA				
TELEFONE	83996911207	CELULAR	83996911207		
C.N.S.	700404916244142	IDENTIDADE	4.153.900		
C.P.F.	105.891.404-93	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/11/1973	COR	PARDO		
EST.CIVIL	UNIAO ESTA	PROFISSÃO	AMPARO		

RESPONSÁVEL LUBIA CRISTINA COSTA FRAG Ass. Resp./Paciente Lubia C. Costa Fraga

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Vitima colisão moto x moto*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*Do 2º Exame + Sinais físicos Pernas @*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Rx Pernas @*

DIAGNÓSTICO *Fratura exposta tíbia direita @* CID \_\_\_\_\_

DADOS DA SAÍDA

Data 08/03/20 Hora 7 H 0 Min

MOTIVO

( ) Alta Curado (x) Alta Melhorado ( ) Alta a Pedido  
( ) Transferência ( ) Evasão ( ) Óbito

MÉDICO/CRM

*João H. Gonçalves Lima Neto  
Cirurgião Traumatologista  
CRM 14617*



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB

CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m
NASCIMENTO			COR
PROFISSÃO	AMPARO	BAIRRO	MONTE CASTELO
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	CEP	58704000
CIDADE	PATOS	CELULAR	83996911287
TELEFONE	(83)9969-1128		REG. NASC.
CNS	700404916244142	R.G.	4.153.900
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ	CPF	

F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *Luiza Cristina Costa Foga*

PESO= \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg TEMP= \_\_\_\_\_

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) *Acidente de trânsito*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) *Exame físico*

SOLICITAÇÃO DE PARECER *Solicitação de parecer*

DIAGNÓSTICO *Acidente de trânsito*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO) *Acidente de trânsito*

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MEDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA



ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TCM

*030260061*



 <b>COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL</b> <small>DEB. SANITÁRIO (AMÉRICA)</small>		 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		<b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		
Nome do Paciente: <i>Resumo bom a resumo</i>				Nº Prontuário:		
Data da Cirurgia: <i>28/02/20</i>		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: <i>A. José Soares</i>		1º Auxiliar: <i>A. Gomes</i>		2º Auxiliar:		
3º Auxiliar:		Instrumentador:		Anestesista:		
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>fratura exposta do antebraço</i>		Tipo de Anestesia:				
Tipo de Cirurgia: <i>fixação externa</i>						
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>o mesmo</i>						
Relatório Imediato do Patologista:						
Exame Radiológico no ato:						
Acidente Durante a Cirurgia:						

#### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA


<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pint com substância antisséptica</li> <li>2) Posicionamento + colocação do torniquete</li> <li>3) Anestesia f.o + lavagem externa y sfo, q.e.</li> <li>4) Redução da fratura + fixação externa com fixadores</li> <li>5) Sutura + curativo</li> </ol>	 <b>João H. Suassuna Laureano</b> Ortopedia e Traumatologia CRM 1417
	

#### RELATÓRIO DE CIRURGIA







PACIENTE: <u>ROSELIANO FARIAS DE VASCONCELOS</u>					 <p>COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DO ESTADO DA PARAÍBA</p> <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p>
QT:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>46</u>	REGISTRO: <u>2253</u>	
CIRURGIÃO: <u>DR. MOACIR GUARIMONTI</u>		ANESTESISTA: <u>DR. HILTON ROCHA</u>			
ANESTESIA: <u>RAQUÍDIA</u>		INSTRUMENTADORA: <u>2802/20</u>			
DATA: <u>28/02/20</u>		INÍCIO: <u>18:45</u>		FIM: <u>19:40</u>	

### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	+	Scalp <u>5,59%</u>
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi <u>MS 24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain <u>apontado</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimidate	1	Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
1	Dimorf <u>0,2</u>		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal <u>clorometazona</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Piasil <u>ondansetrona</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Prolene 2-0 c/ agulha



## FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: PMR Enfermaria: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: 23/07/2020



Nome: <u>Yure Pereira Gomes da Silva</u>	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	Idade: <u>46</u> Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: _____	Pressão Arterial Pulso: <u>130/80</u> <u>80</u> Respiração: <u>21</u>
Temperatura: <u>36</u> Tipo Sanguíneo: _____	Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____	Ureia: _____ Outros: _____
A: <u>Excm: VPM</u>	
Aparelho Respiratório: <u>NPV</u>	Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: <u>NPV</u>	Eletrocardiograma: <u>rs</u>
Aparelho Digestivo: <u>NPV</u>	Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: <u>consciente</u>	Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré Operatório: _____	Estado Físico: <u>ASA 2</u> Risco: <u>2</u>
Anestesia Anteriores: _____	
Medicação Pré-Anestésica: _____	Aplicada às: _____ Efeito: _____

<p>Agente Anestésico</p> <p>02</p> <p>1000</p> <p>800</p> <p>600</p> <p>400</p> <p>200</p> <p>0</p> <p>1000</p> <p>800</p> <p>600</p> <p>400</p> <p>200</p> <p>0</p> <p>1000</p> <p>800</p> <p>600</p> <p>400</p> <p>200</p> <p>0</p>	<p>Indução</p> <p>Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____</p> <p>Laringo Espasmo _____ Lenta _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Manutenção</p> <p>Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____</p> <p>Não, porque? _____</p> <p>Despertar</p> <p>Reflexos na SO _____</p> <p>Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Com cânula para o leito sim _____ não _____</p>	
	<p>Posição: <u>DPV</u></p> <p>Agentes: <u>Naloxona 10mg, morfina 5mg</u></p> <p>Técnica: <u>periférica</u></p> <p>Operação: <u>Tru - 20</u></p> <p>Cirurgiões: <u>José Rossi</u></p> <p>Anestesistas: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>Indução</p> <p>Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____</p> <p>Laringo Espasmo _____ Lenta _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Manutenção</p> <p>Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____</p> <p>Não, porque? _____</p> <p>Despertar</p> <p>Reflexos na SO _____</p> <p>Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Com cânula para o leito sim _____ não _____</p>
	<p>Posição: <u>DPV</u></p> <p>Agentes: <u>Naloxona 10mg, morfina 5mg</u></p> <p>Técnica: <u>periférica</u></p> <p>Operação: <u>Tru - 20</u></p> <p>Cirurgiões: <u>José Rossi</u></p> <p>Anestesistas: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>Indução</p> <p>Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____</p> <p>Laringo Espasmo _____ Lenta _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Manutenção</p> <p>Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____</p> <p>Não, porque? _____</p> <p>Despertar</p> <p>Reflexos na SO _____</p> <p>Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Com cânula para o leito sim _____ não _____</p>
	<p>Posição: <u>DPV</u></p> <p>Agentes: <u>Naloxona 10mg, morfina 5mg</u></p> <p>Técnica: <u>periférica</u></p> <p>Operação: <u>Tru - 20</u></p> <p>Cirurgiões: <u>José Rossi</u></p> <p>Anestesistas: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>Indução</p> <p>Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____</p> <p>Laringo Espasmo _____ Lenta _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Manutenção</p> <p>Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____</p> <p>Não, porque? _____</p> <p>Despertar</p> <p>Reflexos na SO _____</p> <p>Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Com cânula para o leito sim _____ não _____</p>





PACIENTE: <u>Ronildo Tavares de Araújo</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL RUA LUIZ GOMES CARDOSO  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.: <u>11</u>	LEITO: <u>01</u>	CONVÊNIO: <u>305</u>	IDADE: <u>46</u>	REGISTRO: <u>4053</u>	
CIRURGIA: <u>pro. enun. de fet. fibroscopia</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Fabio Spis</u>		
ANESTESIA: <u>Raque</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Marcone</u>		
INSTRUMENTADORA: <u>-</u>		DATA: <u>06.03.20</u>	INÍCIO: <u>09:15</u>	FIM: <u>-</u>	

**NOTA DE SALA - MATERIAL**

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	/	Equipo p/ soro-e-sangue
	TX. Capnógrafo	/	Sealp <u>20.91</u>
	TX. Bomba de Infusão	<u>01</u>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	/	Lâmina de Bisturi <u>15.24</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala	/	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	/	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	/	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	<u>01</u>	Eletrodos desc.
/	Neocain <u>PESADA</u>	/	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimidade		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
/	Dilmorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	/	Agulha Descartável
X	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
/	Cefalotina 1g <u>2g</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
/	Dixtal <u>Descont. furosemida</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
/	Plasil <u>amida furosemida</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
/	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
/	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
/	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>Vylon 2.0</u>



## TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente Romaldo Tavares de Araújo RG 4.453.900

Nome do Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Procedimento Cirúrgico \_\_\_\_\_

Data da realização \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- ☐ 1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- ☒ 2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- ☐ 3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- ☐ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesia, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.
- ☐ 5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- ☐ 6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- ☒ 7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 28 de Fevereiro de 2020

Helio Cirilino Costa Froga  
Assinatura do Paciente ou Responsável

### TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Patos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico



# FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ N° Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: 6.3.20

Nome: <u>ROBERTO GOMES PEREIRA</u>	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade: <u>46</u> Peso: <u>70</u> Altura: <u>1,70</u> Cor: <u>br</u>
Data Nascimento: _____	Pressão Arterial Pulso: <u>120/80</u> Respiração: <u>18</u>
Temperatura: _____	Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____	Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
Urina: _____	
Aparelho Respiratório: _____	Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: _____	Eletrocardiograma: _____
Aparelho Digestivo: _____	Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: <u>Alerta</u>	Ataxia: <u>Não</u> Corticoides: <u>Não</u> Alergia: _____ Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré Operatório: <u>Prostata</u>	Estado Físico: <u>Bom</u> Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____	
Medicação Pré-Anestésica: _____	Aplicada às: _____ Efeito: _____

<p>Agente Anestésico</p> <p>Líquido</p> <p>200</p> <p>150</p> <p>100</p> <p>50</p> <p>0</p> <p>02 - ANESTESIA ORAL</p> <p>01 - ANESTESIA GERAL</p> <p>03 - ANESTESIA LOCAL</p> <p>04 - ANESTESIA REGIONAL</p> <p>05 - ANESTESIA PERIFÉRICA</p> <p>06 - ANESTESIA GERAL</p> <p>07 - ANESTESIA GERAL</p> <p>08 - ANESTESIA GERAL</p> <p>09 - ANESTESIA GERAL</p> <p>10 - ANESTESIA GERAL</p> <p>11 - ANESTESIA GERAL</p> <p>12 - ANESTESIA GERAL</p> <p>13 - ANESTESIA GERAL</p> <p>14 - ANESTESIA GERAL</p> <p>15 - ANESTESIA GERAL</p> <p>16 - ANESTESIA GERAL</p> <p>17 - ANESTESIA GERAL</p> <p>18 - ANESTESIA GERAL</p> <p>19 - ANESTESIA GERAL</p> <p>20 - ANESTESIA GERAL</p> <p>21 - ANESTESIA GERAL</p> <p>22 - ANESTESIA GERAL</p> <p>23 - ANESTESIA GERAL</p> <p>24 - ANESTESIA GERAL</p> <p>25 - ANESTESIA GERAL</p> <p>26 - ANESTESIA GERAL</p> <p>27 - ANESTESIA GERAL</p> <p>28 - ANESTESIA GERAL</p> <p>29 - ANESTESIA GERAL</p> <p>30 - ANESTESIA GERAL</p> <p>31 - ANESTESIA GERAL</p> <p>32 - ANESTESIA GERAL</p> <p>33 - ANESTESIA GERAL</p> <p>34 - ANESTESIA GERAL</p> <p>35 - ANESTESIA GERAL</p> <p>36 - ANESTESIA GERAL</p> <p>37 - ANESTESIA GERAL</p> <p>38 - ANESTESIA GERAL</p> <p>39 - ANESTESIA GERAL</p> <p>40 - ANESTESIA GERAL</p> <p>41 - ANESTESIA GERAL</p> <p>42 - ANESTESIA GERAL</p> <p>43 - ANESTESIA GERAL</p> <p>44 - ANESTESIA GERAL</p> <p>45 - ANESTESIA GERAL</p> <p>46 - ANESTESIA GERAL</p> <p>47 - ANESTESIA GERAL</p> <p>48 - ANESTESIA GERAL</p> <p>49 - ANESTESIA GERAL</p> <p>50 - ANESTESIA GERAL</p> <p>51 - ANESTESIA GERAL</p> <p>52 - ANESTESIA GERAL</p> <p>53 - ANESTESIA GERAL</p> <p>54 - ANESTESIA GERAL</p> <p>55 - ANESTESIA GERAL</p> <p>56 - ANESTESIA GERAL</p> <p>57 - ANESTESIA GERAL</p> <p>58 - ANESTESIA GERAL</p> <p>59 - ANESTESIA GERAL</p> <p>60 - ANESTESIA GERAL</p> <p>61 - ANESTESIA GERAL</p> <p>62 - ANESTESIA GERAL</p> <p>63 - ANESTESIA GERAL</p> <p>64 - ANESTESIA GERAL</p> <p>65 - ANESTESIA GERAL</p> <p>66 - ANESTESIA GERAL</p> <p>67 - ANESTESIA GERAL</p> <p>68 - ANESTESIA GERAL</p> <p>69 - ANESTESIA GERAL</p> <p>70 - ANESTESIA GERAL</p> <p>71 - ANESTESIA GERAL</p> <p>72 - ANESTESIA GERAL</p> <p>73 - ANESTESIA GERAL</p> <p>74 - ANESTESIA GERAL</p> <p>75 - ANESTESIA GERAL</p> <p>76 - ANESTESIA GERAL</p> <p>77 - ANESTESIA GERAL</p> <p>78 - ANESTESIA GERAL</p> <p>79 - ANESTESIA GERAL</p> <p>80 - ANESTESIA GERAL</p> <p>81 - ANESTESIA GERAL</p> <p>82 - ANESTESIA GERAL</p> <p>83 - ANESTESIA GERAL</p> <p>84 - ANESTESIA GERAL</p> <p>85 - ANESTESIA GERAL</p> <p>86 - ANESTESIA GERAL</p> <p>87 - ANESTESIA GERAL</p> <p>88 - ANESTESIA GERAL</p> <p>89 - ANESTESIA GERAL</p> <p>90 - ANESTESIA GERAL</p> <p>91 - ANESTESIA GERAL</p> <p>92 - ANESTESIA GERAL</p> <p>93 - ANESTESIA GERAL</p> <p>94 - ANESTESIA GERAL</p> <p>95 - ANESTESIA GERAL</p> <p>96 - ANESTESIA GERAL</p> <p>97 - ANESTESIA GERAL</p> <p>98 - ANESTESIA GERAL</p> <p>99 - ANESTESIA GERAL</p> <p>100 - ANESTESIA GERAL</p>	<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____</p> <p>Laringo Espasmo _____ Lenta _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p>Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____</p> <p>Não, porque? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO _____</p> <p>Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Com cânula para o leito sim _____ não _____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Posição: Supino

Agentes: Propofol + N2O + Naloxona Cânula: 3,0

Técnica: Intubação Operação: Prostata

Cirurgiões: Dr. Roberto Anestesistas: Dr. Roberto

Observações: \_\_\_\_\_



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
**ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA**

Recebido no Centro Cirúrgico Rômulo F. Sousa Lima Sala 03

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro

**Antecedentes Pessoais:**  
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ A.V.E. ☐ Etilista  
☐ Tabagista ☒ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Renal ☐ Doença Cardíaca  
 Alergia sem Tempo de jejum

**ATO CIRÚRGICO**  
 Data da cirurgia 06/03/20 Hora 09 h 15 Cirurgia Realizada proct. em Feat. Hísta distal e  
 Anestesia PM Alcanox Cirurgião Dr. F. Lima  
 Auxiliar Tipo de anestesia Racou  
☒ Antibiótico

**SEGURANÇA E PROTEÇÃO**  
 Glicemia mg/dl RX: ☒ Sim ☐ Não Hb g/dl Ht %  
 Exames alterados: ☐ Sim ☒ Não Especificar  
 Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar  
 Anestesias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar  
 Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Especificar

**RESPOSTA CARDIOVASCULAR**  
 Pa 130 x 90 mmHg P 89 bat/min R SP02 96% irpm/min T 36 °C

**INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO?** ☐ SIM ☒ NÃO  
 Especificar

**INFUSÃO/SOLUÇÕES**  
☒ S. Fisiológico 500 ml ☐ S. Glicosado ml ☐ R. Lactato ml  
☐ Plasma ml ☐ C. Hemácias ml ☐ Manitol ml  
☐ Outros ml

**SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO**  
☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ ECG  
☐ Outros

Início da Cirurgia 09:15 Final da Cirurgia

**DESTINO**  
☐ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Patos 06/03/20

**YURE PEREIRA GOMES**  
Enfermeiro(a) ou Técnico de Enfermagem





## SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

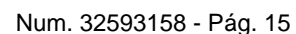
[illegible]


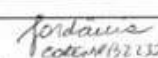


<b>INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO</b>	<b>INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO</b>
Paciente em CEF, Sono = apuro manchado. Empírico. dieta semi-sólida, eliminações urinares normais (ml). Sem queixas. Medicado. Realizado assento improprio segue aos cuidados da equipe.	Paciente mantem quando ele se levanta, em posição erecta (chopeiro), frouxo em HTE, não cede para levantar. Segue aos cuidados da equipe.
Rafael de Almeida Costa COREN-PA 078961	Ana Renata S. Rodrigues da Silva COREN-RS - 539621
Assinatura e carimbo do Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
<b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</b>	<b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</b>
Paciente consciente, orientado, nível normal sono, mobilidade curta contínua bilateral com dor no HTE direito. do membro superior direito mediano CPM. Le segue aos cuidados	Paciente orientado como antes. Hydratado no HTE. Mobilidade reduzida para o membro inferior esquerdo, dor de dorso intenso presente e sem história de trauma. O qual deve ser conduzido realizando fisioterapia na VV. Com controle de Tº e segue aos cui- dados.
Marta de Fátima M. Chelona Tel.: 96 E-mail: marte@capm.org.br COREN-PA 567162	Marta de Fátima M. Chelona Tel.: 96 E-mail: marte@capm.org.br COREN-PA 567162
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico

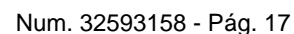




Assinatura e rubrica do Técnico

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>paciente A.B.P. com orelha direita dentada e queda orla da orelha com orelha direita do lado da orelha e orelha esquerda do lado da orelha. A orelha da esquerda</p>	<p>paciente em pé, orelha com orelha esquerda em posição de orelha esquerda com orelha esquerda da orelha com orelha esquerda da orelha com orelha esquerda da orelha</p>
<p> Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p>	<p> Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
<p><b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</b></p> <p>Paciente estável, realizado curativo em ferida em M.E. apresentando sangramento leve, realizado curativo com pomada anti- biótica, com orelha da orelha, segue com curativos da equipe</p>	<p><b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</b></p> <p>Paciente segue com orelha com orelha esquerda</p>
<p>Maricélia Guimarães Lima COREN-PB 351898TE Assinatura e carimbo do Técnico</p>	<p>Maricélia Guimarães Lima COREN-PB 351898TE Assinatura e carimbo do Técnico</p>







INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>O paciente evoluiu bem com a medicação, com diátese alérgica, sem sinais e sintomas de infecção, com boa evolução da medicação em uso.</p> <p><i>AB</i></p> <p>Antônio Barbosa Enfermeiro COREN/RN 122725</p>	<p>30/04 - Paciente evoluiu bem com a medicação, com diátese alérgica, sem sinais e sintomas de infecção, com boa evolução da medicação em uso.</p> <p><i>AB</i></p> <p>Antônio Barbosa Enfermeiro COREN/RN 122725</p>
<p>Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p> <p><b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</b></p> <p>Paciente evoluiu bem com a medicação, com diátese alérgica, sem sinais e sintomas de infecção, com boa evolução da medicação em uso.</p> <p><i>AB</i></p> <p>Antônio Barbosa Enfermeiro COREN/RN 122725</p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p> <p><b>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</b></p> <p>Paciente evoluiu bem com a medicação, com diátese alérgica, sem sinais e sintomas de infecção, com boa evolução da medicação em uso.</p> <p><i>AB</i></p> <p>Antônio Barbosa Enfermeiro COREN/RN 122725</p>







Paciente: Rogério da Silva Diagnóstico:   
Setor/Enfermaria: 21 Leito: 01 Data: 03.03.20 - 07.03.20

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANGUARY CARNEIRO GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. 21.00  
2. 100.00 - 100.00 a 10h  
3. Diagnóstico: 11.11.10  
4. Diagnóstico: 11.11.10  
5. Diagnóstico: 11.11.10  
6. Diagnóstico: 11.11.10  
7. Diagnóstico: 11.11.10  
8. Diagnóstico: 11.11.10  
9. Diagnóstico: 11.11.10  
10. Diagnóstico: 11.11.10  
11. Diagnóstico: 11.11.10  
12. Diagnóstico: 11.11.10  
13. Diagnóstico: 11.11.10  
14. Diagnóstico: 11.11.10  
15. Diagnóstico: 11.11.10  
16. Diagnóstico: 11.11.10  
17. Diagnóstico: 11.11.10  
18. Diagnóstico: 11.11.10  
19. Diagnóstico: 11.11.10  
20. Diagnóstico: 11.11.10  
21. Diagnóstico: 11.11.10  
22. Diagnóstico: 11.11.10  
23. Diagnóstico: 11.11.10

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

1. 21.00  
2. 100.00 - 100.00 a 10h  
3. Diagnóstico: 11.11.10  
4. Diagnóstico: 11.11.10  
5. Diagnóstico: 11.11.10  
6. Diagnóstico: 11.11.10  
7. Diagnóstico: 11.11.10  
8. Diagnóstico: 11.11.10  
9. Diagnóstico: 11.11.10  
10. Diagnóstico: 11.11.10  
11. Diagnóstico: 11.11.10  
12. Diagnóstico: 11.11.10  
13. Diagnóstico: 11.11.10  
14. Diagnóstico: 11.11.10  
15. Diagnóstico: 11.11.10  
16. Diagnóstico: 11.11.10  
17. Diagnóstico: 11.11.10  
18. Diagnóstico: 11.11.10  
19. Diagnóstico: 11.11.10  
20. Diagnóstico: 11.11.10  
21. Diagnóstico: 11.11.10  
22. Diagnóstico: 11.11.10  
23. Diagnóstico: 11.11.10

SINAIS VITAIS

06:00 h 12:00 h 18:00 h 24:00 h

Tax: 35.4°C P: 100 bpm R: 100 mmHg SpO2: 90% PA: 120 x 80 mmHg HGT: 115 mg/dl Diurese: 0 ml

Tax: 36.0°C P: 100 bpm R: 100 mmHg SpO2: 80% PA: 120 x 80 mmHg HGT: 115 mg/dl Diurese: 0 ml

Tax: 36.0°C P: 100 bpm R: 100 mmHg SpO2: 80% PA: 120 x 80 mmHg HGT: 115 mg/dl Diurese: 0 ml

Tax: 35.9°C P: 100 bpm R: 100 mmHg SpO2: 80% PA: 120 x 80 mmHg HGT: 118 mg/dl Diurese: 0 ml

Visita Médica: Data: / / Hora: : h

Dr. Rogério da Silva  
CRM: 11.11.10

Dr. Rogério da Silva  
CRM: 11.11.10

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Resinaldo Foran Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Setor/Enfermaria: 41 Leito: 03 Data da Adm: 1 / 1 / \_\_\_\_\_  
DATA: 2 / 3 / 20 : 0 : 0 h

## HORÁRIOS

			INTERCORRÊNCIAS DAS 24H
1. DIETA ORAL	PLOM		
2. SF 0.9% 1000ML EV			
3. DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV			
4. TILATIL 10MG 10/10 HS EV			
5. TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS			
6. CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG			
7. LIQUEMINE 5000 U/ 0.25ML (SC) 12/12 HS			
8. CEFALOTINA 1G +AD EM 06/06 HS			
9. NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)			
10. CEFAZOLINA 1G + AD 8/8 HS			
11. CURATIVO			
12. SSV+CCGG			
13. Gentamicina 240 + SF 0.9% 200 P 1x/DIA			
14. Rgt. 66h q probado imlino.			
15. Medicado com familiar.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

## SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS															
06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%
PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg
HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl
Diuresis:	ml	Diuresis:	ml	Diuresis:	ml	Diuresis:	ml	Diuresis:	ml	Diuresis:	ml	Diuresis:	ml	Diuresis:	ml



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	LARANJA		
ORIGEM	VIA PUBLICA		
PACIENTE	ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO		
NOME SOCIAL	MARIA JOSE DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	JOSE TAVARES DE FRANCA
FILIAÇÃO I	23/11/1973	IDADE	46a 3m
NASCIMENTO	AMPARO		COR
PROFISSÃO	RUA FRANCISCO PAULO DE CARIAO	nºSN	MONTE CASTELO
ENDEREÇO	PATOS	U-F	CEP
CIDADE	(83)9969-1128	PB	58704000
TELEFONE	700404916244142	CPF	83996911287
CNS	R.G. 4.153.900		REG. NASC.
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁ		
F.A.A.	97815	PRONTUÁRIO	4253
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	LCLER
DATA	28/02/2020 Horário: 17:26	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVENIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
PRESTADOR	BRUNO NOBRE E FARIAS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Luba Cristina Costa Foga		
PESO=	PA=	X	TEMP=
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	Acidente de trânsito		
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)	Exame físico		
SOLICITAÇÃO DE PARECER	Solicitação de parecer		
DIAGNÓSTICO	Solicitação de parecer		
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	Solicitação de parecer		
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS	Solicitação de parecer		
OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO	Solicitação de parecer		
MEDICO/CRM/CNS	Solicitação de parecer		

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

03a1060061



### ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 28/02/2020 Hora 17h 28 Gênero He 46 anos  
 Nome/Nome Social Krisinaldo Tavares de Araújo  
 Origem\* Via Pública Regulado? ☒ Sim ☐ Não  
 Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas 007 Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não  
 Motivo do atendimento\* 007  
 Cliente Pator  
 Transporte AMU  
 Alergia? ☒ Não ☐ Sim  
 Uso de medicação? ☐ Não ☒ Sim  
 Doença prévia? ☐ Não ☒ Sim Cardiopator  
 Temp. °C Pulso bpm Resp lpm SpO<sub>2</sub> % PA mmHg HGT mg/dl  
 Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Sem dor Dor leve ~~Dor moderada~~ Dor severa Dor muito severa Dor insuportável  
 Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☒ Laranja  
 Especialidade Médica Cardiologia  
 Acompanhante: ☐ S/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
☒ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora


 S. J. G. van der Grinten  
 PB 403 150 - ENF  
 Enquêteur-Commissaire



**CARATER DO ATENDIMENTO**

( ) 01-ELETIVO ( ) 02-URGÊNCIA ( ) 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
( ) 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ( ) 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

**SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**

1-| | 2-| | 3-| |

**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO** DATA: / / HORA: :

( ) INTERNAÇÃO ( ) ALTA A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO ( ) ALTA MÉDICA

( ) TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

**EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL**

**PARECERES**

DATA HORA

# 010122 28/02/20 18:20

Hb: Fatores expostos Tiro no tronco (6)

Cd: Enxurrada M 3000 Litros

João H. Sussana Laureano  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 7417



Da Clínica Ortop Enfermaria II  
A Clínica univ. Cons Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sistemas do enfermo)

Vitória Leles / Mot x Mot 10 ± 02 Anos  
Dor no dor + distensão de abdome

6

Data 03/05/20

Yure H. Siqueira Loureiro  
Otorrinolaringologista  
CRM 1417

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Cirurgia torácica

paciente vítima de acidente de trânsito  
da torção (Hemitorção Esquerda) por a inflexão  
RX: BEG, AAA, curvatura, osteofitos ECG: S5

AP. NOTIFICAR

CO: Soluto Radiografia de tórax P&A

prof. Paciente após exame

15 17:30 RX TÓRAX SEM  
de tórax e mediastino  
de tórax e mediastino

Data 01/03/20

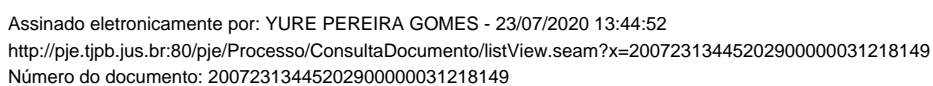
Yure H. Siqueira Loureiro  
Otorrinolaringologista  
CRM 1417



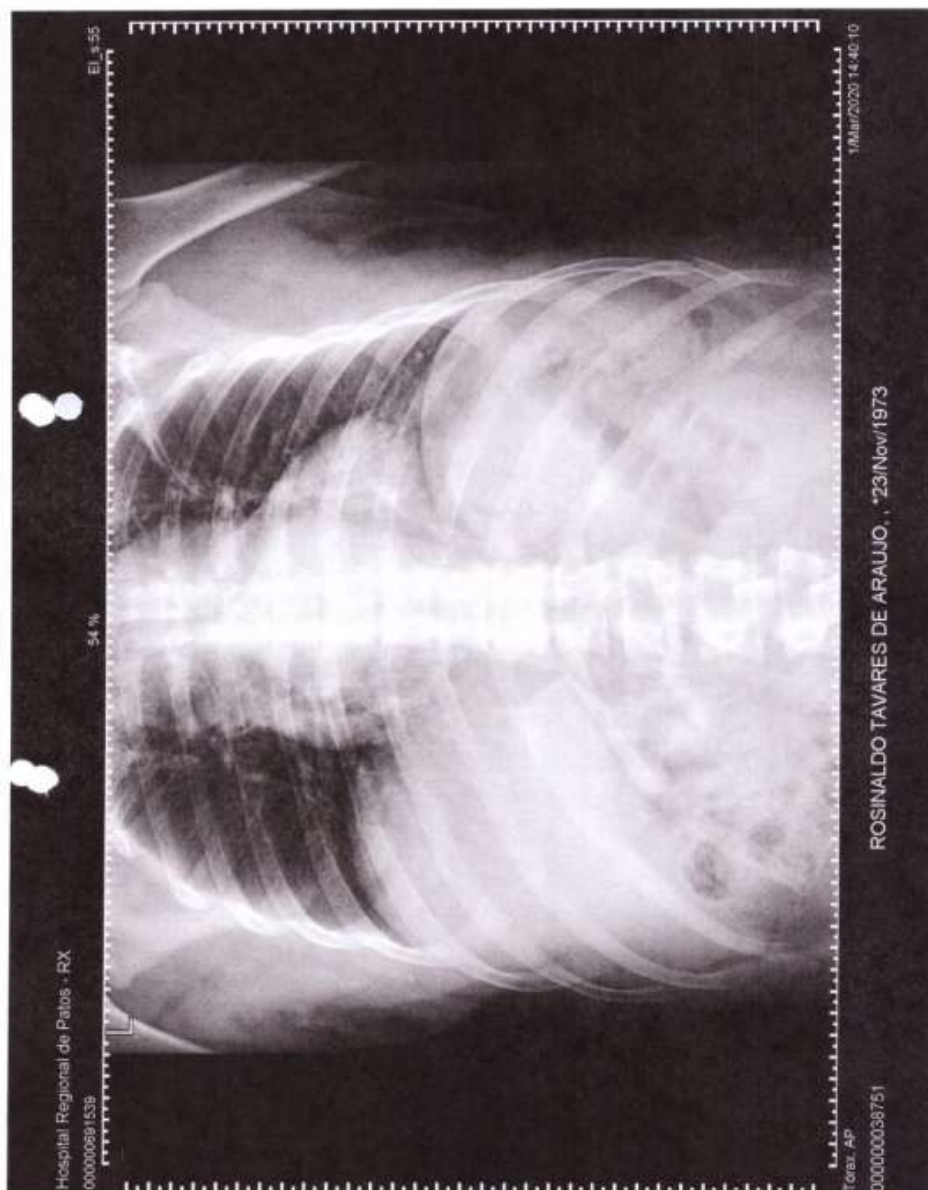
CID-10:

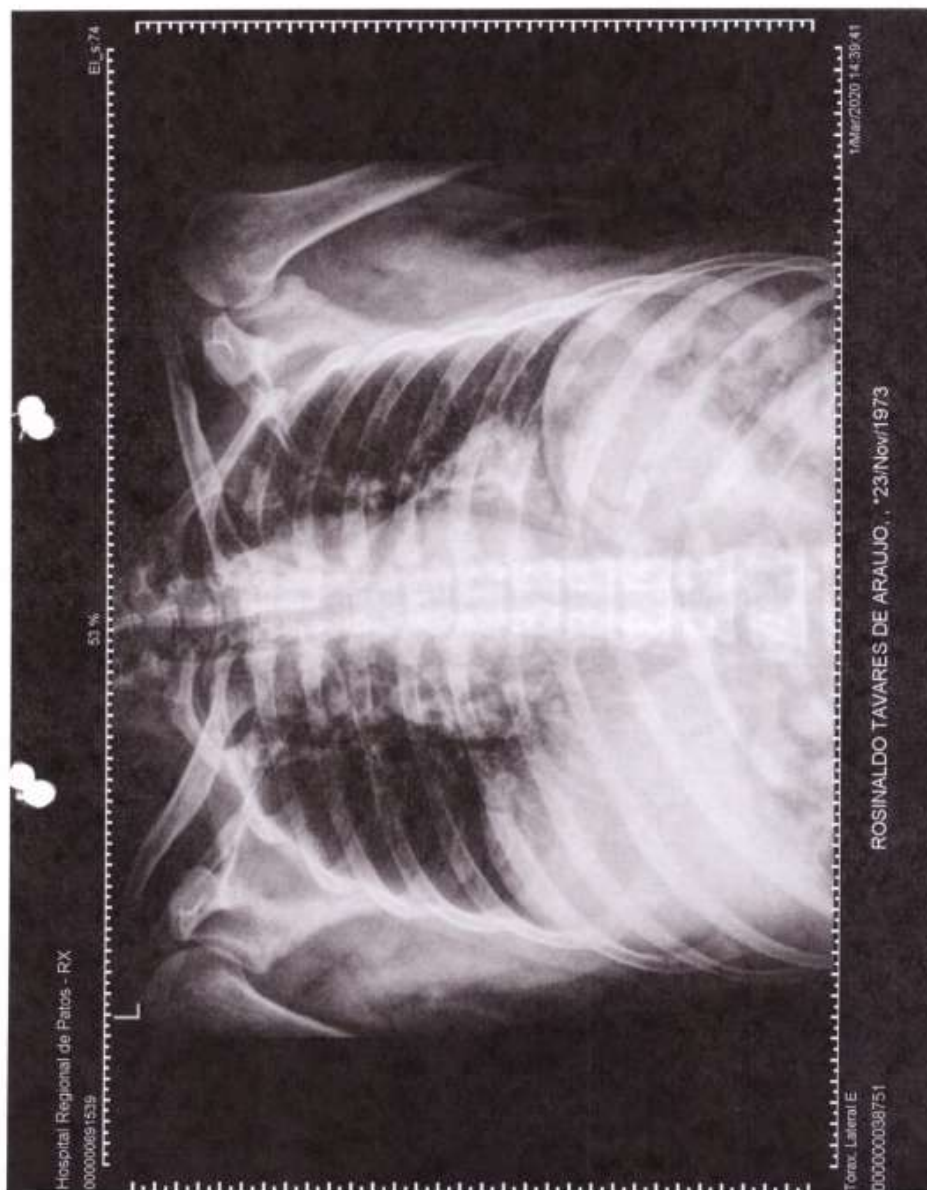
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Fixed Expenses + Provisions

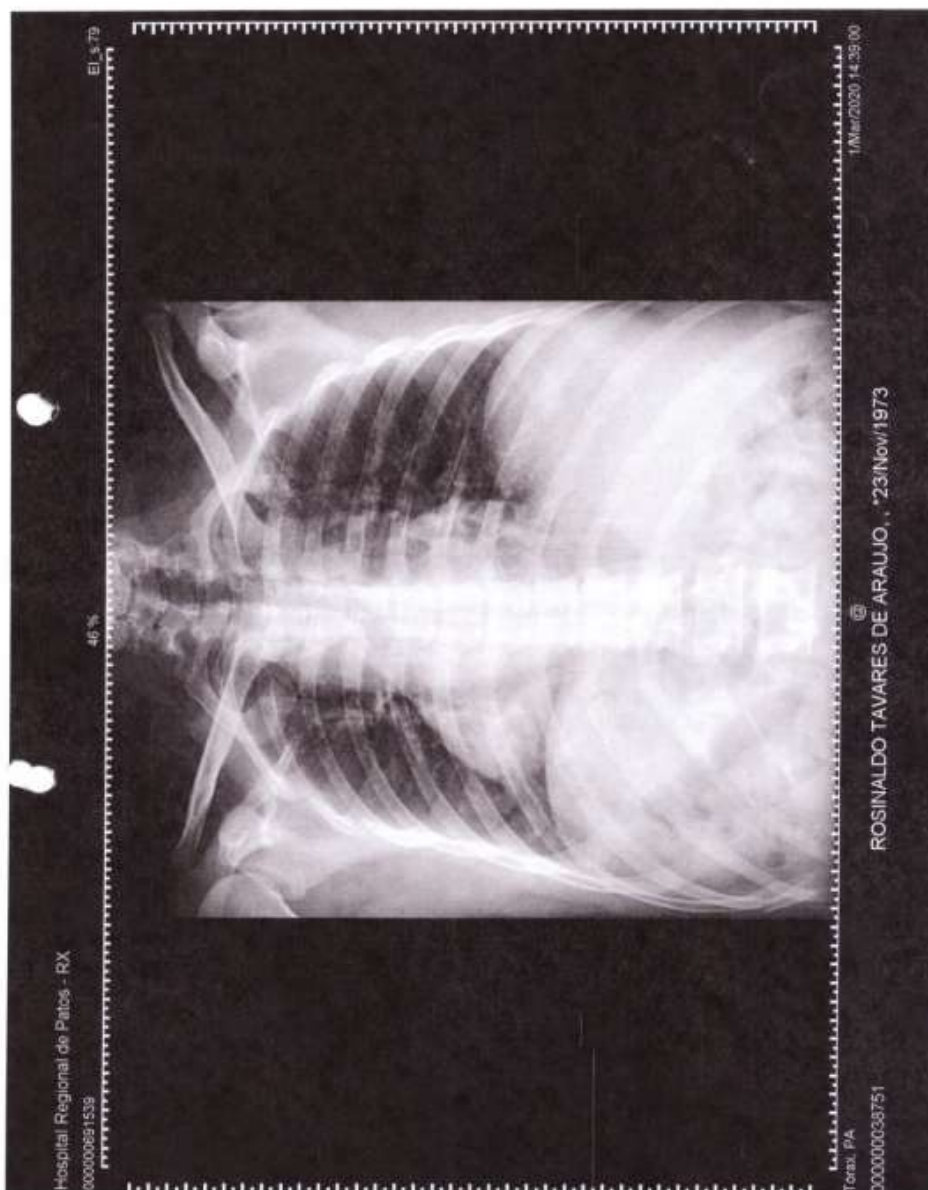


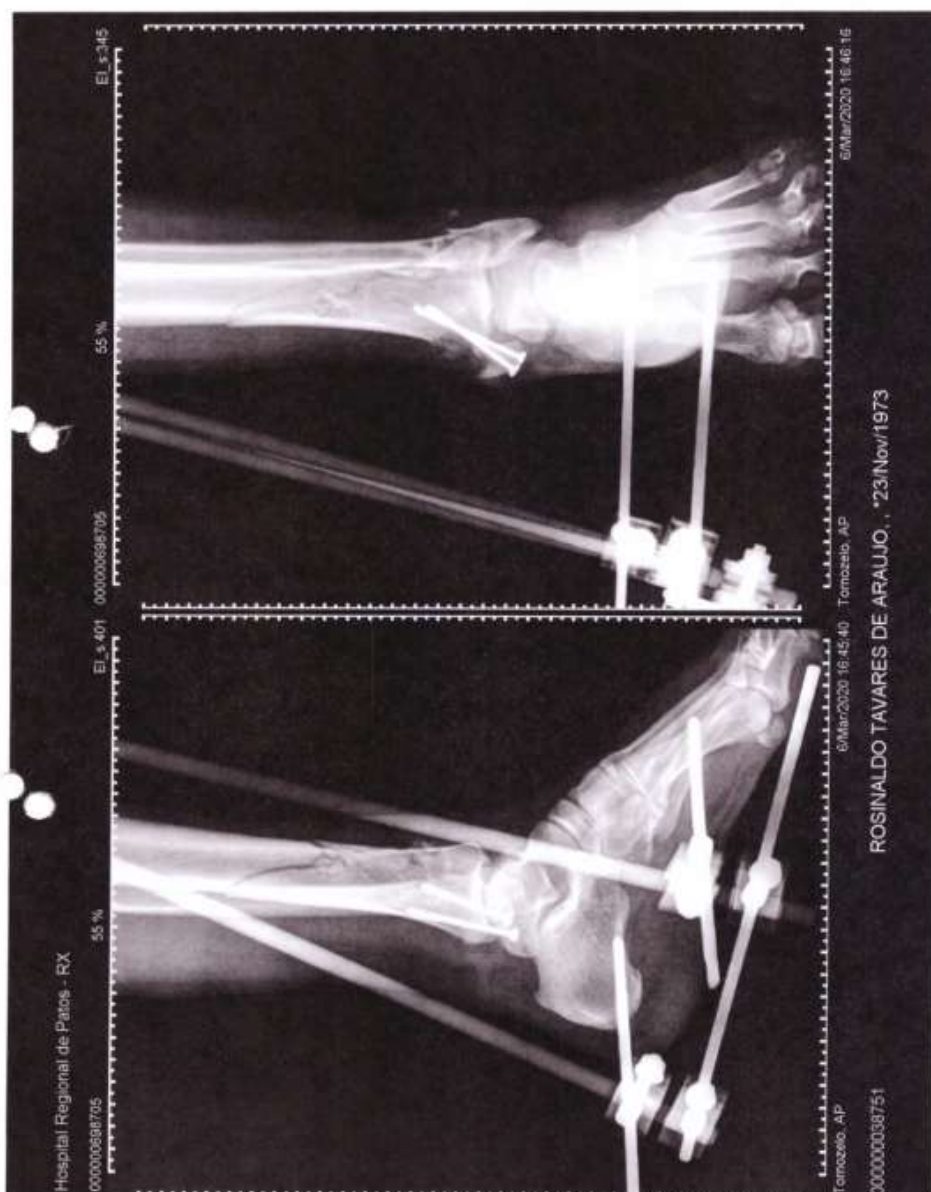














REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-239





Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.153.900

DATA DE EMISSÃO 21/03/2013

ROSINALDO TAVARES DE ARAUJO

PAI: JOSÉ TAVARES DE FRANÇA

MÃE: MARIA JOSÉ DE ARAUJO

NATURALIDADE CACIMBA DE AREIA-PB

DATA DE NASCIMENTO 23/11/1973

DOC ORIGEM

NASC. N. 932 FLS. 233V LIV. A-01

CARTÓRIO C. DE AREIA-PB

CPF 105.891.404-93

Jogo Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29.03.93







**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192**



**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 458-40**

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data: 27/07/2020	Ocorrência nº: 0031	Paciente / Usuário: Roberto da Silva de Almeida	Idade: 46	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local de Ocorrência: Rua 190		Bairro: Santa Helena	Médico Regulador: Ricardo	
Apelo no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
GTA: <input type="checkbox"/> Socorro por terceiros <input type="checkbox"/> Recurso atendimento <input type="checkbox"/> Socorro pelo Bombardeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

**TIPO DE AGRAVO:**

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUÍATRICO
<input type="checkbox"/> CÚMICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAIKTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA NETROS
<input type="checkbox"/> ELSTROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.S.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

**ANTECEDENTES:**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIA REALIZADAS	<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÕES ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

**DESTINO DO PACIENTE:**

SERVIÇO MÉDICO: CHU RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

**MOTIVO DE TRANSPORTE:**

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO:

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:**

LOCAL: [Assinatura] RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

**EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):**

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 140 x 100 FC: 72 TEMP.: 36,5 °C - GLICEMIA: md/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 97% SpO2c/O2: 97%

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intrínseca Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficiente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

**INTERVENÇÕES:**

Realizar avaliação de nível de consciência e vitalidade.  
Realizar avaliação de nível de consciência e vitalidade.

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

Realizar avaliação de nível de consciência e vitalidade.  
Realizar avaliação de nível de consciência e vitalidade.  
Realizar avaliação de nível de consciência e vitalidade.  
Realizar avaliação de nível de consciência e vitalidade.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO  
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL  
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1. Medicação: 1.0mg de Diazepam (1.0mg)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Christiane Viana COREN: 210.113 MAT: \_\_\_\_\_

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

CONDUZIR: 1.0mg de Diazepam

Scanned with CamScanner





## **PODER JUDICIÁRIO**

### **ESTADO DA PARAÍBA**

#### **4ª VARA DA COMARCA DE PATOS**

Processo n. 0803585-61.2020.8.15.0251

### **DESPACHO**

Vistos etc.

É de conhecimento desta magistrada que a seguradora demandada somente formaliza acordos após submissão do autor à perícia médica. Por este motivo, deixo de agendar a audiência de conciliação descrita no art. 334 do Novo CPC.

Assim, cite-se a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis.

Defiro a gratuidade processual à parte autora.



Cumpra-se.

Patos/PB, data e assinatura eletrônicas.

**Vanessa Moura Pereira de Cavalcante**

Juíza de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**4ª Vara Mista de Patos**  
**AV DOUTOR PEDRO FIRMINO, S/N, - até 199/200, CENTRO, PATOS - PB - CEP: 58700-071**  
**PATOS**  
**( )**

**MANDADO DE CITAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO:** 0803585-61.2020.8.15.0251

**CLASSE DO PROCESSO:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S) DO PROCESSO:** [Acidente de Trânsito]

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: Edifício Citibank\_\*\*, Rua da Assembleia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 4ª Vara Mista de Patos, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*). Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis. PATOS, em 27 de julho de 2020.

TATHIANA MARIA SANTOS LIMA  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXXXXXXX**

