

PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA”

Por este instrumento de procuração “ad-judicia”,

OSORIO ALVES POLICARPO, brasileiro, casado, agricultor, portador da Identidade nº. 924.848-SSP/PB e do CPF nº.121.426.698-32, com endereço no Sítio Farinha, s/n, no Distrito de São José da Mata, no Município de Campina Grande-PB

, nomeia(m) e constitui(em) seu bastante procurador e advogado – o **Bel. Antônio Michele Alves Lucena**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº.9449, com endereço profissional na Rua Frei Geraldo , nº.23, Malvinas, em Campina Grande-PB, CEP.:58.108-305 (Fone:0**83/3339-1651/Celular:9994-0566) e/ou, **Bela. Kátia Fernanda Tavares**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob nº. 7894, com endereço profissional na Av. João Pessoa, S/N, em Juazeirinho-PB, Celular 99971-4068, onde receberá intimações, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad-judicia”, podendo em qualquer juízo, instância ou tribunal propor contra quem de direito as ações competentes e defender-lhes nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando e acompanhando os recursos legais necessários, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e/ou dar quitação, podendo ainda substabelecer para outrem, com ou sem reserva de iguals poderes, dando tudo por bem, firme e valioso.

OBJETIVO(S) DA OUTORGA:

Promover Ação de Cobrança de Seguro DPVAT em face da Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro Dpvat S/A, devendo ser requerido o benefício da Justiça Gratuita nos termos do § 1º do art. 4º da Lei 1.060, de 5.2.1950, por se declarar a Outorgante pobre na forma da Lei.

Campina Grande-PB, 23/03/2020.

Outorgante(s): *Osório Alves Policarpo*



DECLARAÇÃO (JUSTIÇA GRATUITA)

OSORIO ALVES POLICARPO, brasileiro, casado, agricultor, portador da Identidade nº. 924.848-SSP/PB e do CPF nº.121.426.698-32, com endereço no Sítio Farinha, s/n, no Distrito de São José da Mata, no Município de Campina Grande-PB

, DECLARA, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, do artigo 4º da lei nº. 1060/50, que em razão da crise atual pela qual passa o país, afetando os mais variados setores econômicos, está sem condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais, no presente processo, sem prejuízo da própria manutenção. Ciente ainda, da prestação de declaração falsa, de conformidade com a legislação vigente.

Campina Grande-PB, 23/03/2020.

Osório Alves Policarpo

Declarante





Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
Secretaria de Agricultura Familiar e Cooperativismo
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

Declaração de Aptidão ao Pronaf

Extrato de DAP

Chave do extrato: 10661082518076818
Emitido em: 26/03/2020 às 15:16:24

Informações Gerais

DAP: SDW0121426698321812181032	Versão DAP: 1.9.2	Enquadramento: B
Emissão: 18/12/2018	Validade: 18/06/2021	Município/UF: Pocinhos/PB
Última Versão: Sim	DAP Válida: Sim	DAP Expirada: Não

Titular(es)

Nome: OSORIO ALVES POLICARPO CPF: 121.426.698-32	Nome: MARILENE ALVES POLICARPO CPF: 826.259.484-34
---	---

Categoria

Demais agricultores familiares	Condição e posse de uso da terra
	Proprietário/a

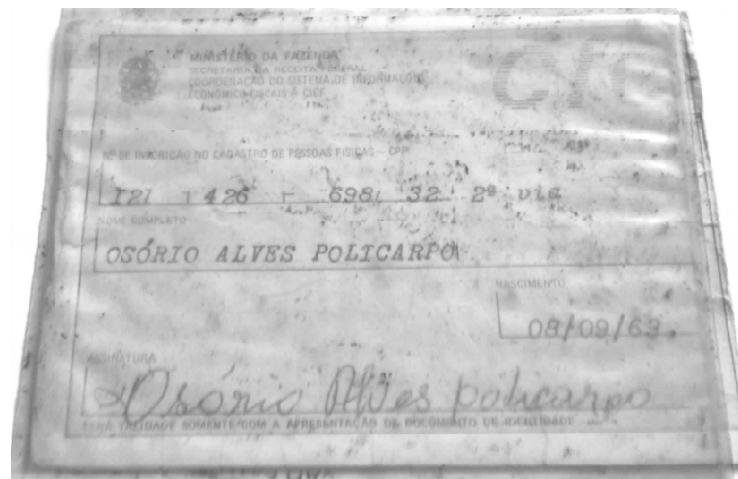
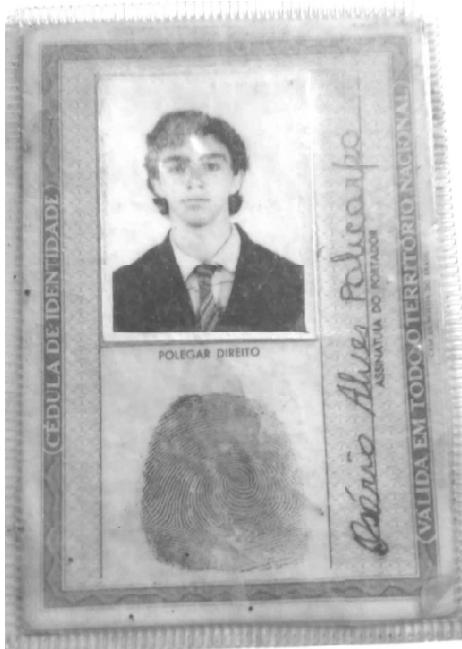
Emissor da DAP

Emissor: EMPRESA DE ASSISTENCIA TECNICA E EXTENSAO RURAL DA PARAIBA Nome do Responsável: MARCELO BERNADO DE OLIVEIRA	CNPJ: 08.973.752/0001-40 CPF: 251.772.734-15
---	---

A autenticidade e veracidade deste documento poderá ser comprovada por meio do endereço:

<http://dap.mda.gov.br>







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **121.426.698-32**

Nome: **OSORIO ALVES POLICARPO**

Data de Nascimento: **08/09/1963**

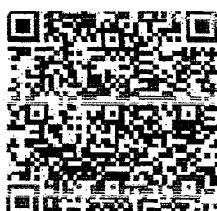
Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **06**

Comprovante emitido às: **15:29:21** do dia **19/12/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C8C0.8E80.4491.54F4**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12383632386

Número do Benefício: 6287888842

Espécie: 31

Número do Requerimento: 197546962

Ao Sr. (a): OSORIO ALVES POLICARPO

Endereço: FARINHA SN

CEP: 58441000

Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 25/11/2019, informamos que não foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício foi mantido até o dia 26/11/2019.

Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Data, 26 de Novembro de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CAMPINA GRANDE DINAMERICA

Endereço: AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N,
SANTA ROSA

CEP: 58416680

Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:07
<http://pje.tjb.pjbr.80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250655300000028368445>
Número do documento: 20032713250655300000028368445

Num. 29464153 - Pág. 3

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 005.363.365



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

ADRIANE ROSE GUEDES POLICARPO
SIT FARINHA S/N
S.JOSE DA MATA-CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/105754-6

REFERÊNCIA
DEZ/2019

APRESENTAÇÃO
17/12/2019

CONSUMO

190

VENCIMENTO

24/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 122,42

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00931.980171 6 81130000012242

Pagador: ADRIANE ROSE GUEDES POLICARPO CNPJ/CPF: 884.949.184-00

SIT FARINHA S/N - AREA RURAL - S.JOSE DA MATA-CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000931980	000105754201912	24/12/2019	R\$ 122,42	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

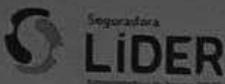
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250655300000028368445>
Número do documento: 20032713250655300000028368445

Num. 29464153 - Pág. 4



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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190585331

Vítima: OSORIO ALVES POLICARPO

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), OSORIO ALVES POLICARPO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- ✓ - Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- ✓ - Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- ✓ - Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.
- ✓ Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15003254





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL
Rua Benício Fernandes, 98, Distrito de São José da Mata – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO

Hora e data do fato: Às 09:00, do dia 27 de junho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:22, do dia 5 de setembro de 2019.

Local do Ocorrido: SÍTIO FARINHA, PRÓXIMO POSTO RODOVIÁRIO FEDERAL - DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA

COMUNICANTE e VÍTIMA: OSÓRIO ALVES POLICARPO, do sexo masculino, nascido no dia 08/09/1963, com 55 anos de idade, ID: 924.848 SSP/PB, CPF: 121.426.698-32, AGRICULTOR, filho de OSÓRIO GUEDES POLICARPO e de MARIA CECÍLIA ALVES POLICARPO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, celular Nº 83 99125-0130

TESTEMUNHAS: GUTEMBERG CORDEIRO MARTINS, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB. ANTONIO MÁRCIO SANTANA FIGUEIREDO, residente na SÍTIO FARINHA, S/N, bairro DISTR. S. J. DA MATA, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

HISTÓRICO: Afirma o notificante, que no dia 27 de junho de 2019, conduzia seu veículo moto HONDA CG 125 TITAN, ano 1997, modelo 1998, cor vermelha, placa MNT 0460/PB, CHASSI 9C2JC250WVR011042, licenciado em nome de OSORIO ALVES POLICARPO, pelo Sítio Farinha, no Distrito de São José da Mata e devido às chuvas, acabou caindo em um buraco, perdendo o controle e vindo ao solo, momento em que a motocicleta caiu por cima da perna, quebrando a tibia da perna esquerda. Informa que foi auxiliado pelos vizinhos, ora arrolados como testemunhas, que o levaram ao Hospital de Trauma, onde recebeu atendimento médico. Acrescenta que apresenta na oportunidade, cópia de prontuário médico oriundo daquele nosocomio.

AUTORIDADE

JOSÉ DAMIÃO MARCAL DA SILVA

COMUNICANTE

OSÓRIO ALVES POLICARPO

ESCRIVÃO

AUDEMAR RIBEIRO



DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

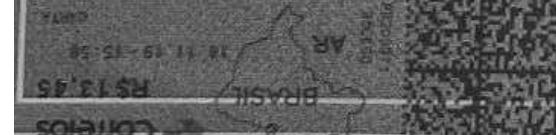
B0053622157BR



CEP 58150-000 - POCINHOS - PB
SITIO MAFARINHA, SN
OSORIO ALVES POLICARPO
RURAL

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:07
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250727900000028370177>
Número do documento: 20032713250727900000028370177

Num. 29465969 - Pág. 3



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO

Data da Internação: 27/06/2019 Data da Alta: 05/07/2019

Registro: 1930556

Tempo de Permanência: -18075

Diagnóstico Inicial: 0408050543

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RAFI Data: 03/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: 0

Anatomopatológico: 0

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, DOR E DEFORMIDADE EM TIBIA DISTAL D. SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPÉDICA DEVIDO FRATURA DE TIBIA

Orientações: ORIENTO NAO PISAR, CURATIVOS E MEDICAÇÕES

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa:: CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H. ALGINAC 1000 1 CP VO 12/12H. XARELTO 10MG 1 CP 1 X DIA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta:: Melhorado

Data 05/07/2019

Assinatura/Carimbo
 Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
 Ortopedista e Traumatólogo
 CRM-PB-Série CRM-PB-4540

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): OSVALDO ALVES PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 582 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 27/06/19 A 05/07/19 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande OSVALDO ALVES

Ass. do Médico - Nº. de CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido (às) hoje, às 10:33 ()
horas, necessitando de 30 (trinta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Campina Grande,

Dr. Rodrigo Amorim

CRM - PB 6321 - TEOT: 12458
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, N° 429
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Osório Alves Picanço
foi atendido (às) hoje, às 10:19 ()
horas, necessitando de 95 (quarenta e cinco)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

582.3

Campina Grande, 17/10/19

Dr. Rodrigo Amorim
CRM - PB 6321 - TEOF: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II N° 429
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido (às) hoje, às 9:28 ()
horas, necessitando de 60 (SESSENTA)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 582.3

Campina Grande, 19/09/19

Dr. G. de Souza Amorim
CRM - PB 6371 - FEOT: 12465
CIR. DA CIR. UNIV. FEDERAL - SBC
Av. Dr. Floriano Peixoto N° 429

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



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

Perg: Osório Alves

Policarpo

64000 níveis.

Paciente submetido
à tratamento cirúrgico
de fratura de 1/3 distal
dos ossos da perna
28 dias há cerca de
70 (setenta) dias.

A fratura persiste
convoltes eando de cirurgia
em tratamento fisioter-
ápico. CID: 882.3

Data

C. Grande Médico

Dr. Luiz Amorim /09/19
CRM-PB 6321 - TEC: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II N° 429
CAMPINA GRANDE - PB



PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE SÃO JOSÉ DA MATA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o(a) Sr.(a) Isório Alves
Pol. Carpo, encontra-se em tratamento fisioterápico
(C.I.D 5827) nesta Unidade de Saúde.

Assinado por:
Isório Alves
Fisioterapeuta
12.615.4

São José da Mata, 19/11/2019

19/11/2019



PACIENTE: OSORIO ALVES POLICARPO

31.10.2019

RADIOGRAFIA DA Perna ESQUERDA

- Osteossíntese de fraturas diafisárias distais em tíbia e fíbula com placa e parafusos com eixo ósseo preservado.
- Não foram evidenciadas fraturas desalinhadas.
- Partes moles sem alterações radiológicas.



Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM 6320 PB



Av. Floriano Peixoto, 151 - Centro - Campina Grande - PB - FONE: (83) 3099-1400



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182>
Número do documento: 20032713250780600000028370182

Num. 29465974 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182>
Número do documento: 20032713250780600000028370182

Num. 29465974 - Pág. 9



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO

Data da Internação: 27/06/2019

Data da Alta: 05/07/2019

Registro: 1930556

Tempo de Permanência: -18075

Diagnóstico Inicial: 0408050543

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RAFI Data: 03/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: 0

Anatomopatológico: 0

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. DOR E DEFORMIDADE EM TIBIA DISTAL D. SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPÉDICA DEVIDO FRATURA DE TIBIA

Orientações: ORIENTO NAO PISAR, CURATIVOS E MEDICAÇÕES

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa:: CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H. ALGINAC 1000 1 CP VO 12/12H. XARELTO 10MG 1 CP 1 X DIA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta:: Melhorado

Data: 05/07/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 8865 / CRMIRN 8320

**OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Julio Cesar
Ribeiro De Castro**



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182>
Número do documento: 20032713250780600000028370182

Num. 29465974 - Pág. 11



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 04/07/2019
Horas: 06:41:22
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 04/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	de
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	28/07/2019
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	28/06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	28/07/2019
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	28/06
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR INTENSA	de 18
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	28/06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	de

EVOLUÇÃO

DATA: 04/07/2019 HORA: 06:40:27

1º DPO SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:
FAZER CURATIVO
LEVAR MI
VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

2º DP - 5/7/19

BEG, estabil

sem queixas

Exame + P+ +

Oss +
Aparelhos nervosos preservados

co: Alta hospitalar

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965 / CRM/RN-8320



CRWMP-0081 CRWMP-0081
Tribunal de Justiça do Paraná
Fórum Cível Cível



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182>
Número do documento: 20032713250780600000028370182

Num. 29465974 - Pág. 13

03/07/2019

HPM-Painel Administrativo



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/07/2019

Horas: 15:41:15

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Māc: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

OR

DIA 03/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apagamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	✓
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	✓
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	✓
4	FLORATIL 200 MG V.O, 1, 12h/12h	✓
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	✓
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	✓
7	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR INTENSA	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	✓
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓

EVOLUÇÃO

DATA:03/07/2019 HORA:15:40:34

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:

SOLICITO RAIO X DE CONTROLE.
✓PM.

ASSINATURA CRM-PB
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
M.R. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825





Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182>
Número do documento: 20032713250780600000028370182

Num. 29465974 - Pág. 15



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 02/07/2019
Horas: 07:39:28
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 02/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE (Dieta zero a partir de 00:00h)	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	12' 18' 24' 06'
3	FLORATIL 200 MG V.O, 1, 12h/12h	12' 24'
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12' 18' 24' 06'
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18' 06'
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06'
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Paciente

EVOLUÇÃO

DATA:02/07/2019 HORA:07:39:08

ORTOPEDIA

DIH 6

COM TALA GESSADA

BEG

ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES OK

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
03.66 - 0.000.0000

01/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/07/2019

Horas: 08:33:06

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 01/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 6h/6h	12/07/2019
3	FLORATIL 200 MG V.O, 1, 12h/12h	12/07/2019
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12/07/2019
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12/07/2019
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	12/07/2019
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:01/07/2019 HORA:08:31:35

ORTOPEDIA

DIH 4

COM TALA GESSADA
BEG
ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES OK

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3333



05/04/18

PA = 140x90 mmHg

T = 36.4 °C

FC = 78.

Pratico regime de sono estabelecido, alcool, Eupnéico.
medicados com, Herbolarjando. Sem queixas. Sigue
os cuidados da equipe. *Maria Gertrudes Silva*
COREN-PB 804.682-TE



30/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/06/2019

Horas: 11:30:51

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 30/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	10 10 10-10
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	10 10 10-10
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	10 10 24-06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	10
5	FLORATIL 200 MG V.O, 1, 12h/12h	10 05
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	10 10 21-06
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	10 24
8	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	02 22 22
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	VIGILANCIA	

EVOLUÇÃO

DATA:30/06/2019 HORA:11:30:31

ORTOPEDIA
PACIENTE EVOLUI EM BEG
ESTAVEL CLINICAMENTE
EIXA DE DIARREIA
TALA OK

CD AGUARDA CIRURGIA
SOLICITO NOVAMENTE PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro



30 — PA — 130x90 — FC-70 — + 36%
66
79

Sônia



29/06/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/06/2019

Horas: 08:17:22

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX TIBIA DISTAL E

DIA 29/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	5/0
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	12/20/21/24
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12/18/06/06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	18
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12/18/06/06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12/22
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06
11	VIGILANCIA	06

EVOLUÇÃO

DATA:29/06/2019 HORA:08:16:31

ORTOPEDIA
PACIENTE EVOLUI EM BEG
ESTAVEL CLINICAMENTE
SEM QUEIXAS
TOK

CD AGUARDA CIRURGIA
SOLICITO NOVAMENTE PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro



29/06 8:00h PA: 140/90 mmHg P: 84 bpm T: 36,2

AVL
Auredey Vicente Leite
COREN-PB 216.000.118





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 09:14:43

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Admissão: 27/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 6h/6h	18/18 26/6
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	18/18 26/6
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	18
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18/18 26/6
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/6
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	18
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18/6
9	FISIOTERAPIA MOTORA	18
10	VIGILANCIA	18/6
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18/6

EVOLUÇÃO

DATA:28/06/2019 HORA:09:14:00

PACIENTE EVOLUINDO BEM ESTAVEL
CD AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
CABO FRIAS - PB
CRM/PB 5523



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08

<http://pje.tjpj.pjbr.80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182>

Número do documento: 20032713250780600000028370182

Num. 29465974 - Pág. 24

28/06/19

12:38

acesso 27/06/19

temp 36.0

PA 145 x 102

Pulso 72

foi medicado

an





Data: 27/06/2019
 Horas: 10:19:28
 Médico (a) Diarista : Rodrigo Porto Amorim Guedes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930556 Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO Data de Nascimento: 08/09/1963 Sexo: M

Clinica: ~~AVARELA~~ Enfermaria: ~~B~~ Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A): Rodrigo Porto Amorim Guedes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	C1
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	21/07/2019
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	SUSP.
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	SUSP.
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	21/07/2019
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	XP/06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
9	FISIOTERAPIA MOTORA	SUSP.
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C1
11	VIGILANCIA	C1

~(12) · Pre - op solicitado !

Dr. Rodrigo Amorim
 CRM-PB: 6321 - TEOF: 12455
 CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
 AV. DOM PEDRO II, N° 429
 CAMPINA GRANDE - PB



97.6.19
PN: 130/80
P: 56
T: 36.1°C ~~subclav~~



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):: OSORIO ALVES POLICARPO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000474088
Data: 29-06-2019 11:42
Idade: 55 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Destino: ENF 08 - I.01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:41]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.07 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,8 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	4.400 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	88
Segmentados.....	70,0	3.080
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	25,0	1.100
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	132
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	193.000 mm ³	2.0 à 10 % - até 1.000 / mm ³ 140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: BD30-F8A1-3E83-0DC5-787A-35A4-R695-930B



 PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182>
Número do documento: 20032713250780600000028370182

Num. 29465974 - Pág. 28

Emissão: 29/06/2019 12:58 - Página: 1 de 2

1. **ANALOGY AND GRAMMAR**
2. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**
3. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**
4. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**
5. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**
6. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**
7. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**
8. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**
9. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**
10. **THEORY AND PRACTICE IN LANGUAGE** **UNIVERSITY**

the **ANTHROPOID**
group of the **MONKEYS** (PAPIONIDAE)

AS YOU SAY, MAMMA

1	四	四	四
2	九	九	九
3	六	六	六
4	七	七	七
5	八	八	八
6	九	九	九
7	六	六	六
8	七	七	七
9	八	八	八
10	九	九	九
11	六	六	六
12	七	七	七
13	八	八	八
14	九	九	九
15	六	六	六
16	七	七	七
17	八	八	八
18	九	九	九
19	六	六	六
20	七	七	七
21	八	八	八
22	九	九	九
23	六	六	六
24	七	七	七
25	八	八	八
26	九	九	九
27	六	六	六
28	七	七	七
29	八	八	八
30	九	九	九

and the people of Germany with the people of the world. The world is with us.

卷之三



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	OSORIO ALVES POLICARPO	Protocolo:	0000474088	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	29-06-2019 11:42	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	55 anos	Destino:	ENF 08 - L 01

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'18''

[DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:42]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO 8'00''

[DATA DA COLETA: 29/06/2019 11:42]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 29/06/2019 12:56 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8441-4E2A-F5F3-C949-AEDE-6AB8-8FAA-E981



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182>
Número do documento: 20032713250780600000028370182

Num. 29465974 - Pág. 30

2020032713250780600000028370182
Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182
Número do documento: 20032713250780600000028370182

2020032713250780600000028370182
Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182
Número do documento: 20032713250780600000028370182

2020032713250780600000028370182
Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182
Número do documento: 20032713250780600000028370182

2020032713250780600000028370182
Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182
Número do documento: 20032713250780600000028370182

2020032713250780600000028370182
Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182
Número do documento: 20032713250780600000028370182

2020032713250780600000028370182
Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182
Número do documento: 20032713250780600000028370182

2020032713250780600000028370182
Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182
Número do documento: 20032713250780600000028370182





GOVERNO DA PARAÍBA  SEGURO PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Osorio Aluis Policarpo IDADE: 55 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 29/06/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

<input type="checkbox"/> Cefalácia	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Sincopse
<input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Pequena
<input type="checkbox"/> Palpitações	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Ortopédica
<input type="checkbox"/> Dor Precordial	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Expectoração
Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço	<input type="checkbox"/> Típica	<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Emoções	<input type="checkbox"/> Pós-prandial
	<input type="checkbox"/> Frio	

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Insuf. Cardiaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana	
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Insuf. Renal	<input type="checkbox"/> Aguda	<input type="checkbox"/> Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

<input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos:	<u>Neg</u>	<input type="checkbox"/> Tabagismo
<input checked="" type="checkbox"/> Etilismo		<input type="checkbox"/> Sedentarismo
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico <u>fx maxilar há 20 anos.</u>	<input type="checkbox"/> Outros

Medicamentos em uso Não Sim Cliniamina + Gentamicina.

4 - EXAMES FÍSICO

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR 2T BCF 5/5.

FC.: 66 b.p.m P.A.: 140x90 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MU(+) em AHT, SPA.

Addômen - Comentários: indefin

Membros Inferiores - Comentários: Sem edemas.

5 - E.C.G.: Ritmo sinusal, eixo normal, sem sobrecargas, sem alterações ST-T.

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardiáca)
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Iramirton Liedro Bezerra
 CÁRDILOGIA
 CRM-PB 8540

Obs.: _____

MOD. 043

Ass. do Médico



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:08
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250780600000028370182
Número do documento: 20032713250780600000028370182



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Oscar Alves Policarpo Idade: 53
Convênio: 645 Data: 03/07/19
Procedimento: tho. Enângico. frat. Orso da Perna (E)

Assinatura Anestesista

Circulante

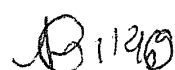
Relatório de Operações

MOD 103



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		
Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		



Assinatura Anestesista



03/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 03/07/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 147127

DATA DA CIRURGIA: 03/07/2019

Número do Atendimento: 1930556 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 8 / Lei: 1

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO

Data da Internação: 27/06/2019

Atendimento: 1930556

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura ossos perna (E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA OSSOS PERNAS ESQ

Data da

Cirurgia: 03/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: TAMARA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DA Perna DIREITA + DIVULSAO POR PLANOS +
HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE FÍBULA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3
TUBULAR 3,5 MM 9 F + PARAFUSOS CORTICais E 01 ESPONJOSO

5 - INCISÃO EM FACE MEDIAL DA Perna (EM PONTE) + DIVULSAO POR PLANOS +
HEMOSTASIA

6 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DE TÍBIA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP
ESTREITA 4,5 MM 12 F + PARAFUSOS CORTICais, SOB ESCOPIA

7 - SUTURA

8 - CURATIVO

9 - À URPA.

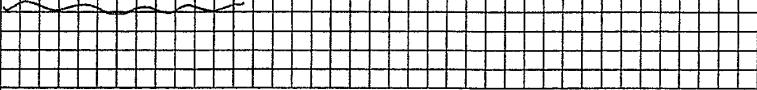
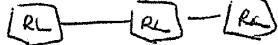
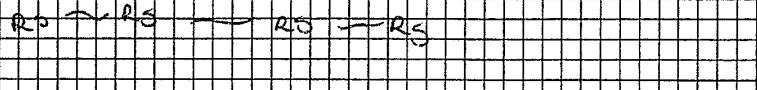
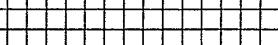
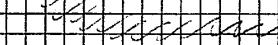
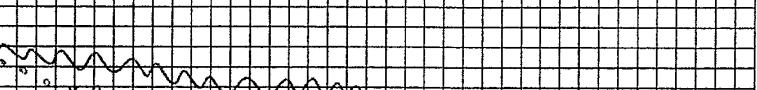
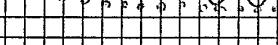
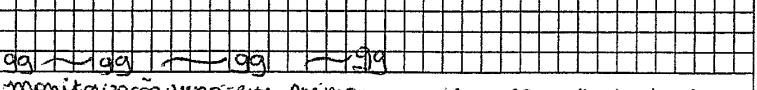
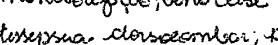
Dra. Ana Maria Da S. Anselmo
MR. Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 7825

Data 03/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Acme Alves Poli corpo</i>			IDADE <i>55a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	
DATA <i>03/10/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS	
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <i>Acme citoal</i>					ASMA <i>✓</i>	BRONQUITE <i>✓</i>		
AP. CIRCULATÓRIO <i>extrem</i>					ELETROCARDIOGRAMA <i>RS</i>			
AP. DIGESTIVO <i>ffum>8h</i>			DENTES <i>-</i>	PESCOÇO <i>-</i>	AP. URINÁRIO <i>N/N</i>			
ESTADO MENTAL <i>cote</i>	ATARAXICOS <i>-</i>	CORTICOIDES <i>-</i>	ALERGIA <i>Nega</i>		HIPOTENSORES <i>-</i>			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO <i>ASA I</i>	RISCO <i>-</i>		
ANESTESIAS ANTERIORES <i>Sem antecedentes</i>								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>no hoce</i>				APLICADA <i>-</i>	AS <i>-</i>	EFEITO <i>-</i>		
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂							
								
LÍQUIDOS								
								
IGOS VP. ARTERIAL: O ₂ - O ₂ - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O ₂ - OPERAÇÃO								
								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
								
POSIÇÃO								
								
AGENTES	<i>Acme citoal</i>							
TÉCNICA	<i>Raqueanestesia + sedação</i>							
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES	<i>Dr Andre Rubens + Dr Everaldo</i>							
ANESTESISTAS	<i>Tomara Vale</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA		

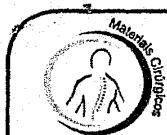
MOD. 089

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250855100000028370185>
Número do documento: 20032713250855100000028370185

Num. 29465978 - Pág. 6



CONTROLE CIRÚRGICO

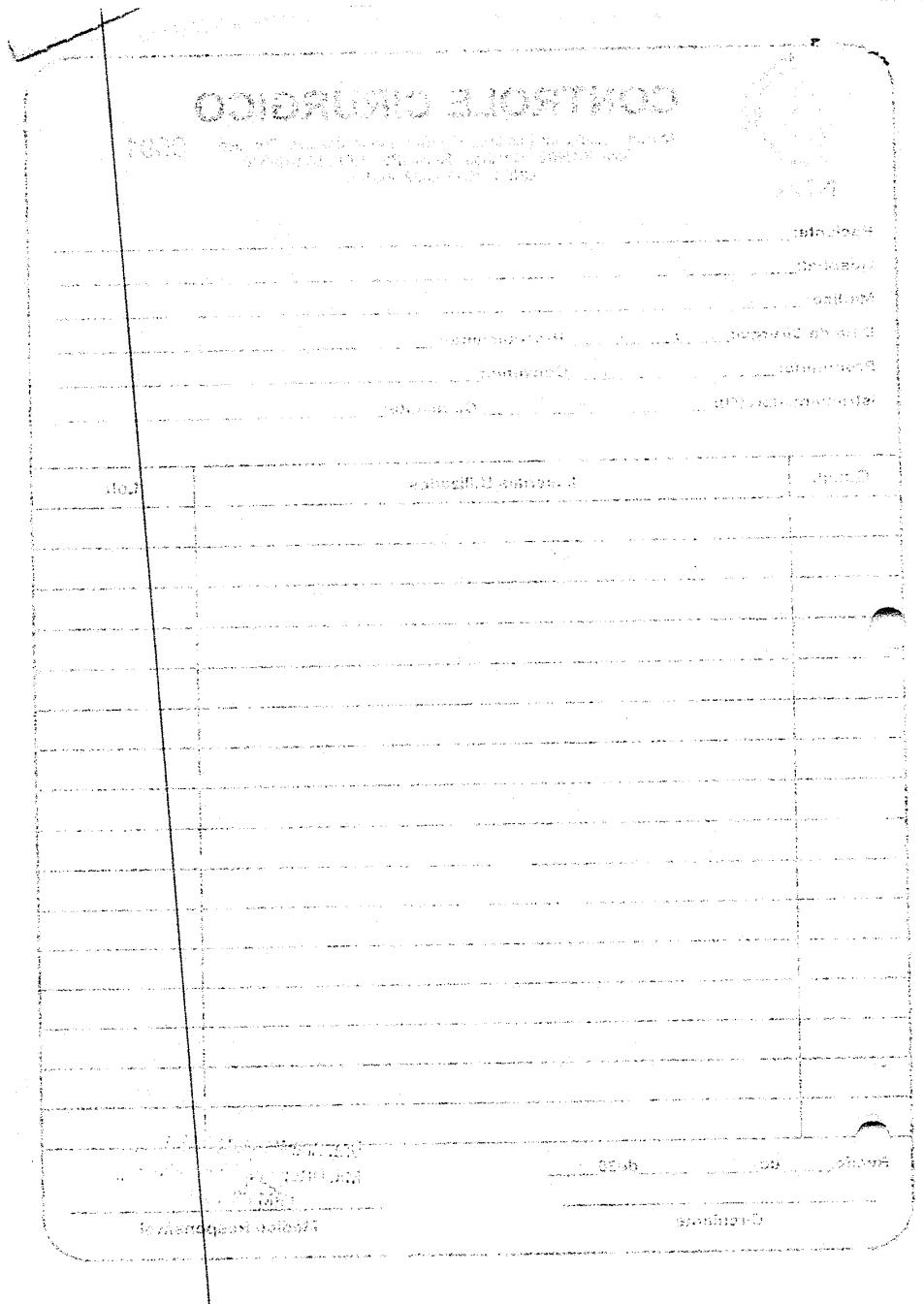
• Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.286.089/0001-79

0691

Paciente: Osmar Alves Rodrigues
Hospital: Che Inácio de Cr. Grande
Médico: Dra. Andressa + Dr. Kierulff
Data da Cirurgia: 03/07/19 Procedimento: Fract. Clínica + TAVS
Prontuário: 1930556 Convênio: _____
Instrumentadora(O): Thiago Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa de 4,5 C/12 furos, estreita	
	Parafuso cortical 4,5	
01	Placa 1/3 tubular 3,5 C/ 9 furos	
	Parafuso cortical 3,5	
01	Parafuso capivagoso 16 Parafuso central	
Recife 03 de 07 de 2019		Dra. Ana Maria da S. Ansel MR. Ortopedia - Traumatolog CRM-PB 7825
Circulante		Médico Responsável





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Osorio Alves Poli corpo IN 08-09-1963</i>					GOVERNO DA PARAÍBA	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
<i>110 - Congresso Federal osso de Perne ES.</i>					<i>CIRURGÃO: Ana + Dr. Oliveira</i>	
ANESTESIA: <i>Rosana</i> ANESTESIA: <i>Dr. Tamara</i>					Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM			
<i>Thiago</i>	<i>03-07-19</i>	<i>13:50</i>	<i>15:45</i>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	<i>01</i>		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix		
	Diazepan amp.	<i>05</i>		Catgut cromado Sertix		
<i>01</i>	<i>Quincke 10ml</i>			Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Colonoide	Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.			Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Dreno Penrose nº	Cera p/ osso	
	Inova ml			Dreno Pezzer nº	Ethibond	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas	Ethibond	
<i>01</i>	<i>Metricon 0,2 % ml</i>			Equipo de Macrogotas	Ethibond	
<i>01</i>	<i>Mutabip amp</i>			Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.			Espandrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>02</i>		Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardíaca	
	Rapifén amp.		<i>04</i>	H ₂ O ml	Mononylon <i>2.0</i>	
	Thionembal ml			Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.			Intracath Infantil	Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>02</i>		Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix	
<i>01</i>	Agua Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix	
<i>01</i>	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix	
<i>01</i>	Dipirona amp.	<i>03</i>		Luvas 7.0	Vicryl Sertix <i>1</i>	
<i>01</i>	<i>Maxidol amp</i>	<i>05</i>		Luvas 7.5	Vicryl Sertix	
	Plebocortid amp.			Luvas 8.0	Vicryl Sertix	
<i>01</i>	<i>Decadron</i>	<i>09</i>		<i>Luvas 8.5 - Procedimento</i>		
	Gericinina amp	<i>05</i>		Oxigênio l/m		
	Glicose amp.			Polifix		
	Glucôn de Cálcio amp.			PVPI Degemante ml		
	Haemacel ml.	<i>05</i>		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Heparema ml.			Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Kanakion amp.	<i>05</i>		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Lasix amp.			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Medrotinazol.	<i>02</i>		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Plasil amp.			Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Prolamina	<i>02</i>		Sonda		
	Revivan amp.			Sonda folley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE
	Stuplanon amp.			Sonda Nasogárica		<i>01 placar OCP 4,5 c/12 furos</i>
	Cefalotina 1g			Sonda Uretral nº		<i>01 placar 1/2 tubular c/9 furos</i>
				Steridrem ml		<i>01 placar 1/2 cortical</i>
				Torneirinha		<i>01 sonda foley</i>
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES					EQUIPAMENTOS
	Aguilha desc. 25 x 7			Vaseline ml		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso
	Aguilha desc. 28 x 28			Gelcon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 3 x 4,5			Lateße		<input type="checkbox"/> Serra
<i>01</i>	<i>Aguilha p/ raque nº 25</i>	<i>05</i>	<i>eletrizada</i>			<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Álcool de Enfermagem					<input type="checkbox"/> Desfibrilador
	Álcool Iodado ml					<input type="checkbox"/> Oxicardiograma
<i>04</i>	<i>Ataduras de Crepon 15</i>					<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal
	Ataduras de Gessada					<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
	Azul metílico amp.					<input checked="" type="checkbox"/> Fente de Luz
	Bandagem ort.					<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						

Vanilda Lúcia da Mota
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
CORPO - PR. 03.722
MOD 066

2001-00-00 00:00:00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00 00:00:00

10

00:00:00 00:00:00

00:00:00 00:00:00

00:00:00 00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00 00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00

2001-00-00 00:00:00



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:09
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250855100000028370185>
Número do documento: 20032713250855100000028370185

Núm. 29465978 - Pág. 11



GOVERNO DA PARAÍBA  SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

SECRETARIA DO ESSTADO DE SAÚDE

FICHA DE AVAÍLACAO - FISIOTERAPIA - ALAS
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga - PA
PA FARAIBA

NOME		LEITO:	
IDADE		ENFERMARIA	
H. D.		ADMISSÃO	

PROCEDÊNCIA:		DRENOS: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito _____									
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRpA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM		Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Edema. Regiões: <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/> Caudais									
Hemorragia <input type="checkbox"/> Outras: <input type="checkbox"/>		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE									
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia		CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP pressiva <input type="checkbox"/> TEP alva <input type="checkbox"/> VNI		O2							
HDA: <input type="checkbox"/>		Aspiração <input type="checkbox"/> TMV		Decanulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP							
		Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sedestação									
		Ornitismo <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial <input type="checkbox"/>									
		Posicionamento: <input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação Outros: <input type="checkbox"/>									
Observações:											
SV:	FC	bpms	RR	lpm	PA:	SpO2	%	T	%	c	
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo											
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow											
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Trofismo: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal											
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentos <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Força Muscular: (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5											
Bloqueios Articulares (Regiões)											
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR											
SOPORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI											
O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi %											
Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min											
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tiragens supravacuulares <input type="checkbox"/> Tiragens intercostais <input type="checkbox"/> Tiragens subcostais											
Uso de musc. acessória Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Respir. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor ____ /4+											
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO:											
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausculta Pulmonar: _____											
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Raio X Tórax: _____											
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Campina Grande, _____											
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectorada <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> / _____											
SECREÇÃO: <input 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"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> / _____											
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 <input type="checkbox"/> / _____											
Fisioterapeuta/CREFITO _____											

Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:09
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250855100000028370185>
Número do documento: 20032713250855100000028370185

Num. 29465978 - Pág. 12



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Osorio Oliva | Registro: | Leito: 8 - 1 | Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: 150/100 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

55
Fx tible distal

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>			
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>			
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <input type="checkbox"/>	Data da punção <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: <input type="checkbox"/>			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.			
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese. <input type="checkbox"/>			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/>			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito <input type="checkbox"/> ml/h; <input type="checkbox"/>			
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Observações: <input type="checkbox"/>			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/>			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/>			
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <input type="checkbox"/> Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>			
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <input type="checkbox"/> Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: <input type="checkbox"/>			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória. <input type="checkbox"/>			
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/>			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: <input type="checkbox"/>			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: <input type="checkbox"/>			
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Erika de Souza Miranda COREN-PB 102681-ENF	DATA: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> HORA: <input type="checkbox"/> h		

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Alves | Registro: | Leito: 8-1 | Setor Atual: 00-10

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: 73 bpm; FR: 14 irpm; PA: 140/80 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 98 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

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

Ruídos adventícios: () Roncos Sibilos Estridor Outros:

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

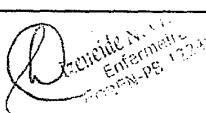
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>M S I</u>	Data da punção <u>01/06/19</u>
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <u>02/07/19</u> HORA: _____ h	

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

27/06/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

DESTINO DG PACIENTE _____ / _____ / _____ : _____ : _____

()Centro cirúrgico

Uma vez que a enfermeira é a profissional que mais interage com o paciente, é natural que seja a enfermeira quem faça a triagem e a orientação ao paciente.

Ass. do paciente ou responsável

SERVIÇOS REALIZADOS:

Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250855100000028370185>
Número do documento: 20032713250855100000028370185

Num. 29465978 - Pág. 18





Av. M. Floriano Peixoto, 4700 - Malmáios, Campina Grande - PE, CEP: 58032-809
Data: 27/06/2019
Participante: OSORIO ALVES POLICARPO Idade: 055 Nº ATEND: 1930532

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
Data: 27/06/2019 HORA: 09:43:21

Especialidade: ORTOPEDIA

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Especificação do motivo: MOTO X MOTO

Sinais vitais

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTOR () SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO:

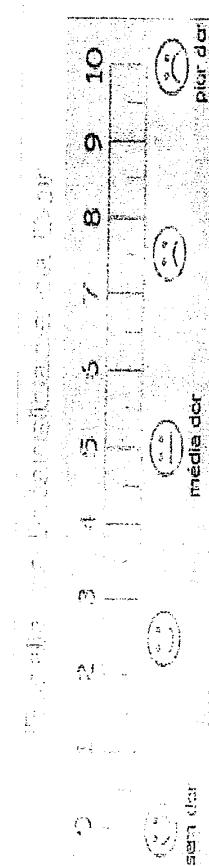
ESTADO GERAL: BOM

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESCREVIDO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORIA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () ERUPÇÃO (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ALAFAZAGA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ENTORRAGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESTIMADA DE DOR: DOR MODERADA
AMARELO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



 <p>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</p>			<p>Número do boleto: 001.0.20.04008/01</p> <p>Data de emissão: 27/03/2020</p>
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento: 31/03/2020
Número da guia: 001.2020.604008 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,61
Detalhamento: <ul style="list-style-type: none"> - Custas Processuais: R\$ 1.032,20 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 43,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35 			Promovente: OSORIO ALVES POLICARPO Promovido: SEGURADORA LIDER
Observações: <ul style="list-style-type: none"> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. 			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 Parcela: 1/1 Valor total: R\$ 1.279,93 Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000122 799309283189 520200331004 102004008011</p>			Valor final: R\$ 1.279,93

 <p>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</p>			<p>Número do boleto: 001.0.20.04008/01</p> <p>Data de emissão: 27/03/2020</p>
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento: 31/03/2020
Número da guia: 001.2020.604008 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,61
Promovente: OSORIO ALVES POLICARPO Promovido: SEGURADORA LIDER			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 Parcela: 1/1 Valor total: R\$ 1.279,93 Desconto total: R\$ 0,00
Detalhamento: <ul style="list-style-type: none"> - Despesas processuais postais: <ul style="list-style-type: none"> - Cartas R\$ 43,88 - Com registro R\$ 12,00 			Valor final: R\$ 1.279,93

 <p>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</p>			<p>Número do boleto: 001.0.20.04008/01</p> <p>Data de emissão: 27/03/2020</p>
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento: 31/03/2020
Número da guia: 001.2020.604008 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,61
Detalhamento: <ul style="list-style-type: none"> - Custas Processuais: R\$ 1.032,20 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 43,88 - Taxa bancária: R\$ 1,35 			Promovente: OSORIO ALVES POLICARPO Promovido: SEGURADORA LIDER
Observações: <ul style="list-style-type: none"> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. 			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 Parcela: 1/1 Valor total: R\$ 1.279,93 Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000122 799309283189 520200331004 102004008011</p>			Valor final: R\$ 1.279,93





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 001.2020.604008

Data Vencimento: 31/03/2020

Data Emissão: 27/03/2020

Comarca: Campina Grande

Classe: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65

Promovente: OSORIO ALVES POLICARPO

Promovido: SEGURADORA LIDER

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 43,88

Custas: R\$ 1.032,20

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.278,58

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 PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250916000000028370219>
Número do documento: 20032713250916000000028370219

Num. 29466219 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara de Fazenda Pública de Campina Grande**

AÇÃO CIVIL PÚBLICA (65) 0806282-29.2020.8.15.0001

DECISÃO

Vistos etc.

Verifica-se que não se encontra em nenhum dos polos da demanda, qualquer dos entes referidos no artigo 165 da Loje, restando se reconhecer a incompetência absoluta deste juízo para conhecer da demanda.

Ante exposto, com espeque no art. 64, § 1º do CPC, declino da competência deste juízo para conhecer da demanda e determino a remessa dos autos a uma das Varas Cíveis desta comarca, para o que se entender de direito.

Intime-se. Redistribua-se. Cumpra-se.

Campina Grande/PB, data do sistema.

Juiz(a) de Direito



2^a Vara de Fazenda Pública de Campina Grande
R VICE-PREFEITO ANTÔNIO DE CARVALHO SOUSA, S/N, ESTAÇÃO VELHA, CAMPINA
GRANDE - PB - CEP: 58410-050
CAMPINA GRANDE
()

Nº do processo: 0806282-29.2020.8.15.0001

Classe: AÇÃO CIVIL PÚBLICA (65)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor: Nome: OSORIO ALVES POLICARPO

Endereço: Distrito de São José da Mata, SITIO FARINHA, CAMPINA GRANDE - PB - CEP: 58441-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 ANDAR, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO DE INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 2^a Vara de Fazenda Pública de Campina Grande manda que, em cumprimento a este, intime a parte Advogado do(a) AUTOR: KATIA FERNANDA TAVARES - PB9874

Nome: OSORIO ALVES POLICARPO

Endereço: Distrito de São José da Mata, SITIO FARINHA, CAMPINA GRANDE - PB - CEP: 58441-000

para tomar ciência da Decisão de ID nº 29627019.

CAMPINA GRANDE, em 3 de abril de 2020.

De ordem, JOHNALTON HERMES CABRAL DAS CHAGAS
Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: JOHNALTON HERMES CABRAL DAS CHAGAS - 03/04/2020 13:02:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040313020910900000028539180>
Número do documento: 20040313020910900000028539180

Num. 29657019 - Pág. 1



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

Processo n° 0806282-29.2020.8.15.0001

AUTOR: OSORIO ALVES POLICARPO

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

Vistos etc.

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

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

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

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

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

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



Assinado eletronicamente por: ELY JORGE TRINDADE - 16/06/2020 21:51:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061621511876200000030258986>
Número do documento: 20061621511876200000030258986

Num. 31550906 - Pág. 1

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

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

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

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

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

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

Campina Grande, data e assinatura do sistema.



Assinado eletronicamente por: ELY JORGE TRINDADE - 16/06/2020 21:51:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061621511876200000030258986>
Número do documento: 20061621511876200000030258986

Num. 31550906 - Pág. 2



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

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo nº 0806282-29.2020.8.15.0001

AUTOR: OSORIO ALVES POLICARPO

Advogado do(a) AUTOR: KATIA FERNANDA TAVARES - PB9874

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

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** a parte **promovente** na pessoa de seu Procurador e Advogado(a), **acima indicado**, do teor do despacho/decisão abaixo transcrita, e, se for o caso, cumpri-lo no prazo e na forma determinada.

Processo nº 0806282-29.2020.8.15.0001

AUTOR: OSORIO ALVES POLICARPO

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

Vistos etc.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Campina Grande, data e assinatura do sistema.

Assinado eletronicamente por: **ELY JORGE TRINDADE**

16/06/2020 21:51:19

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

ID do documento: **31550906**



20061621511876200000030258986

Campina Grande-PB, 7 de julho de 2020

De ordem, **SANDRA MARIA BARBOSA**

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO



Assinado eletronicamente por: **SANDRA MARIA BARBOSA** - 07/07/2020 14:16:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714161283900000030785630>
Número do documento: 20070714161283900000030785630

Num. 32122570 - Pág. 2

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



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 07/07/2020 14:16:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714161283900000030785630>
Número do documento: 20070714161283900000030785630

Num. 32122570 - Pág. 3