

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 iguais 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 Polcarpo



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: OSÓRIO 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

CNPJ: 08.973.752/0001-40

Nome do Responsável: MARCELO BERNADO DE OLIVEIRA

CPF: 251.772.734-15

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

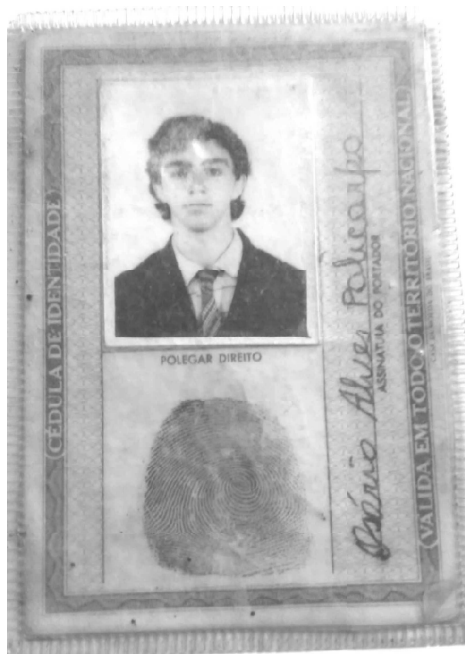
<http://dap.mda.gov.br>



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250601200000028368429>

Número do documento: 20032713250601200000028368429



BRASIL

(HTTPS://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**

Digito Verificador: **00**

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.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250655300000028368445>

Número do documento: 20032713250655300000028368445

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				





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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 OSÓRIO 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 tíbia 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 nosocômio.

AUTORIDADE JOSÉ DAMIÃO MARCAL DA SILVA

COMUNICANTE OSÓRIO ALVES POLICARPO

ESCRIVÃO AUDEMAR RIBEIRO





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

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



BO053622157BR

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

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER

Seguradora



Correios
RS 13.45
BRASIL
AR
18.11.19 - 15.58



Assinado eletronicamente por: KATIA FERNANDA TAVARES - 27/03/2020 13:25:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032713250727900000028370177>

Número do documento: 20032713250727900000028370177

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0018-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58433-809 Data: 05/07/2019
Bolação de Emergência (B.E.) - Modelo 03 NOME: Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

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
CRM-PB-5965 / CRM-RN-8320



ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Osiana Alves

SÉRIE 201319 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

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.

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

Dr., _____

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

Ass. do Paciente ou Responsável _____

MOD. 060





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Isidoro Alves Pereira
30
foi atendido (às) hoje, às 10:23 ()
horas, necessitando de 30 (trauma)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S82.3

Campina Grande,

22, 08, 19

Dr. Rodrigo Amorim

CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUMNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 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 Oseio Alves Policarpo

foi atendido (às) hoje, às 10:19 (_____) horas, necessitando de 45 (QUARENTA E CINCO) dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S82.3

Campina Grande, 17 / 10 / 19

Dr. Rodrigo Amorim
CRM - PB 6321 - TEOT: 12455
CL. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. COM 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

Oséio Alves Poliana

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. Rodrigo Amorim

CRM - PB 13.111 - DEOT: 12455
CIR. DA CULUNA - FEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

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

POTG : OSÓRIO ALVES

POLICARPO

LAUDO MÉDICO

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

Atualmente persiste
convalescendo de cirurgia
em tratamento fisioterá-
-pico. CID: S82.3

MOD. 001

Data

C. Grande - 23

Médico

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 8321 - TEQT: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB

09/19

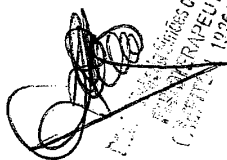




PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE SÃO JOSÉ DA MATA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o(a) Sr.(a) Osório Alves
Polisarpa, encontra-se em tratamento fisioterápico
(C.I.D S827) nesta Unidade de Saúde.


KATIA FERNANDA TAVARES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE SÃO JOSÉ DA MATA
19/11/2019

São José da Mata, 19/11/2019

19/11/2019



PACIENTE: OSORIÓ 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

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM 6320 PB



Data da internação: 27/06/2019 Hora: 10:13:30

8-1

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE OSORIO ALVES POLICARPO				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1930556	
7 - CARTÃO DO SUS 709803003741897		8 - DATA DE NASCIMENTO 08/09/1963		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA CECILIA ALVES POLICARPO				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83 991020376	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO FARINHA , 0 , SAO JOSE DA MATA					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250400		15 - UF PB
			16 - CEP 58400002		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> fadema em lit fto - gorda. </div>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> fto cit. </div>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Rx </div>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> fto fto cit. </div>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Desobstrução </div>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> 12055 </div>	
26 - CLÍNICA <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> Ptop </div>		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016278156267	
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278156267			30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES		
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/06/2019			32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; padding: 10px;"> CRM-PA 12055 CRM-PA 12055 CRM-PA 12055 </div>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			







HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 05/07/2019
NOME : Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 ARAÚJO 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
CRM/PA 8895 / CRM/RN 8320



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





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

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 DPO 5/7/19

BEG, estavel

sem gessos

Edema + 1+

Dor +

Aparelho neurovascular preservado

co: Alta hospitalar

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9985 / CRM/RN-8320



03/07/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

DIA 03/07/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	18
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	18 24 6
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 6
4	FLORATIL 200 MG V.O, 1, 12h/12h	18 6
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 6
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 6
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	18 6
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18

EVOLUÇÃO

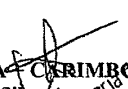
DATA: 03/07/2019 HORA: 15:40:34

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

CONDUTA:

SOLICITO RAIOS DE CONTROLE.

✓PM.

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



43

100

[illegible]



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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 18 24 06
3	FLORATIL 200 MG V.O. 1, 12h/12h	12 18 24 06
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	Oiente

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA

DIH 6

COM TALA GESSADA


BEG

ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES OK

CD AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva


Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 10000





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

Clínica: 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	12 24 36
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 36
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	12
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 SilvaDr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3336

01/04/19. PA = 140x90 mmHg
T = 36.4 °C
FC = 78.

Paciente segue em SSW rotineiras, April, Eupneica.
medicada com, Verbolgards. Sem queixas. Segue
as cuidados da equipe.

Maria Gertrudes Silva
COREN-PE 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

Clínica: 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	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	12 18 24 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 24 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	FLORATIL 200 MG V.O, 1, 12h/12h	18 06
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
7	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	06 22 24
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	VIGILANCIA	

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA
PACIENTE EVOLUI EM BEG
ESTÁVEL CLINICAMENTE
EXISTE DIARREIA
TALA OK

CD AGUARDA CIRURGIA
SOLICITO NOVAMENTE PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Carimbo eletrônico do médico
Julio Cesar Ribeiro De Castro
CRM 10.848.190/0001-55



$\frac{30}{06}$ — PA — 130x90 — FC - 70 — T- 368.
T9 Sônia



29/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/06/2019

Horas: 08:17:22

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

Clínica: ORTOPIEDIA 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	SND
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	X 2 3 4
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	12 18 00 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 SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 00 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 PRÓPRIO	06
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ca
11	VIGILANCIA	ca

EVOLUÇÃO

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

ORTOPIEDIA

PACIENTE EVOLUI EM BEG

ESTAVEL CLINICAMENTE

SEM QUEIXAS

Tudo OK

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


Auredey Vicente Leite
COREN-PB 216.001-1E





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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO. 6h/6h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 3AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h) Diluir em 50 ML SF	
5	DIPIRONA SÓDICA 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	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	
8	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	VIGILANCIA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO


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

PACIENTE EVOLUINDO BEM ESTAVEL
CD AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA - ORTOPEdia 2
Cirurgia da Coluna
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



28/06/19
12:38
acervo 27/06/19
Temp 36.0
PA 145 x 102
pulso 72
foi medicado




Data: 27/06/2019

Horas: 10:19:28

Médico (a) Diarista : Rodrigo Porto Amorim Guedes

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Clínica: ~~SAÚDE~~ Enfermaria: ~~8~~ Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A): Rodrigo Porto Amorim Guedes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	21/06/24/06
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	21/06/24/06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	21/06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	22
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	SUSP.
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C
11	VIGILANCIA	C

Pré-op solicitado!

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB-6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, Nº 429
CAMPINA GRANDE - PB



gt. 6.19

PA: 130/80

P: 56

T: 36.1°C *Dr. C. L. A.*



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 - 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 (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	88	
Segmentados.....	70,0	3.080	40 à 70 % - 1.800 à 6.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	25,0	1.100	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	132	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	193.000 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



ESTADO DA BAHIA
GOVERNADOR
SECRETARIA DE JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

ESTADO DA BAHIA
GOVERNADOR
SECRETARIA DE JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

GOV. BAHIA
SECRETARIA DE JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO

DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456
DECLARAÇÃO DE MATRIMÔNIO
Nº 000.123.456





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

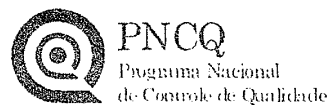
Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

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

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




9570
9571

DATE	TIME	LOCATION	REMARKS
10/10/10	10:00	10000	10000
10/10/10	10:00	10000	10000
10/10/10	10:00	10000	10000

[illegible]

DATE _____ BY _____


 American Society of Human Genetics
 11 Dupont Circle, N.W.
 Washington, D.C. 20036
 (202) 638-2600
 FAX (202) 638-2601

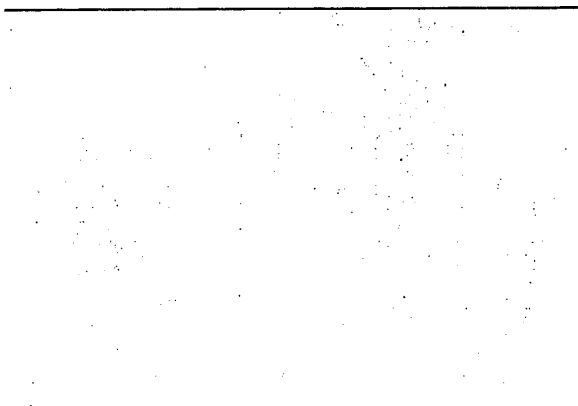




GOVERNO DA PARAIBA  SEGUIE o trabalho: LIST PRÉ-OPERATÓRIO-ALAS

SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II				
NOME:	Osorio Alves Policarpo				
PROCEDIMENTO:					
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:LOCAL:	MSD	GELCO Nº:	20	AVC	<input type="checkbox"/> JEJU
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input checked="" type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
RETIRADO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES		
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA	
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA				
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA				
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:				





AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Osonio Aluis Poliano IDADE: 55 SEXO: M

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia	() Tontura	() Síncope
() Dispneia de esforço	() Grande	() Pequena
() Palpitações	() Média	() Ortopédica
() Dor Precordial	() Tosse Seca	() Expectoração
Relacionada: () Esforço	() Típica	() Atípica
	() Emoções () Frio	() Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica	() Hipertensão Pulmonar	() DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus	() Insut. Cardíaca Congestiva	() Insuficiência Coronariana
() Arritmias	() Insuf. Renal	() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>Não</u>	() Tabagismo
(<input checked="" type="checkbox"/>) Etilismo	() Sedentarismo
(<input checked="" type="checkbox"/>) Dislipidemia	() Outros

Medicamentos em uso () Não (☒) Sim Clinfamiano + Gentamicina

4 - EXAMES FÍSICO

(☒) Estado Geral (☒) Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ROR 2T BCHF SIS.

FC.: 66 b.p.m P.A.: 140 x 90 mmHg

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

Addômen - Comentários: indolor

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 Cardíaca)
 () Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.:

Iramirton Leandro Bezerra
 CARDIOLOGIA
 CRM-PB 8540
 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:	Dorival Alves Policarpo		Iade:	539
Convênio:	BUS		Data:	03/09/19
Procedimento:	Hto. Cirurgico. frnt. Pino da Perna (E)			
Cirurgião:	Dr. ^a Ana	Auxiliar:	Anestesista: Dr. ^a Kamara	
Início:	13:50	Término:	15:45	Anestesia: Raquel

[illegible][illegible]

Observações:

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, Dispnéia = 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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1		
Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

B. 112/09

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**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 147127

DATA DA CIRURGIA: 03/07/2019

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: OSORIO ALVES POLICARPO

Data da Internação: 27/06/2019

Atendimento: 1930556

Diagnostico Pré-Operatório: Fratura ossos perna (E)

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA OSSOS PERNA 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 + DIVULSÃO 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) + DIVULSÃO 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. Ortopédia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data 03/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Amélia Alves Feli corpe</u>				IDADE <u>55a</u>	SEXO <u>M</u>	COR
DATA <u>03/07/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO <u>Acima normal</u>					ASMA <u>+</u>	BRONQUITE <u>+</u>		
AP. CIRCULATÓRIO <u>Estável</u>					ELETROCARDIOGRAMA <u>RS</u>			
AP. DIGESTIVO <u>Hum > 8h</u>			DENTES <u>-</u>	PESCOÇO <u>-</u>	AP. URINÁRIO <u>NON</u>			
ESTADO MENTAL <u>COTE</u>			ATARÁXICOS <u>-</u>	CORTICÓIDES <u>-</u>	ALERGIA <u>Não</u>	HIPOTENSORES <u>-</u>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO <u>ASA I</u>	RISCO <u>-</u>		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>Sem intercorrências</u>				APLICADA	AS	EFEITO <u>-</u>		
<u>Não houve</u>								
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS						MANUTENÇÃO 1) Etiozema 2g 2) midazolam 2,5mg 3) Morfina 80 mcg 4) Bupivacaína hiperbárica, 0,5% 10mg 5) Ondansetrona 4mg 6) Dexametasona 8mg 7) _____ ANESTESIA SATISF: Sim <u>X</u> Não _____ Não, por quê? _____		
IGOS VP. ARTERIAL: _____ AX. ANESTESIA: _____ O. OPERAÇÃO						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co2: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	monitorização; venocese prévia; amniólise; paciente sentiu dor, an- distensão, dor no ombro; punção suboculocorneal em L3-L4 com agulha tipo Quincke nº 25G, única, mediana; refluxo de LCR observado; infusão IT de AL + opioide.					Com cânula: Paro do Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
POSICÃO	<u>pr - 2 - a</u>							
AGENTES	<u>Acima normal</u>							
TÉCNICA	<u>Boqueanestesia + sedação</u>					CÂNULAS		
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES	<u>Dr André Ribeiro + Dr. Everson</u>							
ANESTESISTAS	<u>Joana Vale</u>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 069

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





MA

CONTROLE CIRÚRGICO

Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0691

Paciente: Osmair Alves Rodrigues
Hospital: de Trauma e C. Enxerto
Médico: Dr. Andre + Dr. Eisenbach
Data da Cirurgia: 31/07/19 Procedimento: Fract. Tibial + TAVS
Prontuário: 1930556 Convênio: _____
Instrumentadora(O): Elisango Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa OCP 4,5 C/12 furos estretos	
	Parafuso cortical 4,5	
01	Placa 1/3 tubular 3,5 C/9 furos	
	Parafuso cortical 3,5	
01	Parafuso expandido 16 Rosca Parcial	

Recife 03 de 07 de 2019

Circulante

Dra. Ana Maria da S. Ansel
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Médico Responsável



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Osorio Alvaro Policarpo JN</u>		08-09-1962		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<u>Sa</u>	<u>53</u>	<u>1930532</u>	
CIRURGIA <u>112 - Colecistectomia</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Amadeu D. Cavalcanti</u>		SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE	
ANESTESIA <u>Rogui</u>		ANESTESIA <u>Dr. Tamara</u>		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
INSTRUMENTADORA <u>Thiago</u>		DATA	INICIO	FIM	
<u>03-07-19</u>		<u>13:50</u>	<u>15:45</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	<u>Monoreta</u>	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	<u>Morçana 0,2 % ml</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	<u>Monoreta</u>	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulin amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Espardrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	04	Mononylon 2.0	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix 1	
01	<u>Flaxidol</u>	Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix	
01	Plebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
01	<u>Procedural</u>	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuplanon amp.	Sonda foiley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque nº 25				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon 15				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	<u>Ataduras out.</u>				
			EQUIPAMENTOS		
			<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Fonte de Luz		
			<input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico		
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					

Vinício Lúcio H. Martins
TEC DE ENFERMAGEM
COREN - PE 03.722



Num. 29465978 - Pág. 10





GOVERNO DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES	
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	
NOME	LEITO: _____
IDADE	HORA: _____
H. D.	ENFERMARIA: _____
	ADMISSÃO: _____
PROCEDÊNCIA: _____	
DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito	
Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Cacosos	
<input type="checkbox"/> Edema. Regiões: _____	
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
CD:	<input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP passiva <input type="checkbox"/> TEP ativa <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2
<input type="checkbox"/> Aspição	<input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decanulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP
<input type="checkbox"/> Treino de Marcha	<input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sedestação
<input type="checkbox"/> Ortoestatismo	<input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial
<input type="checkbox"/> Posicionamento:	<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação
Outros: _____	
Observações: _____	
SV: FC bpm FR 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 Trofismo: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal	
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Normal 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	
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Sem alterações	
SUPORTE 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 _____ %	
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min	
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tiragens supraclaviculares <input type="checkbox"/> Tiragens intercostais <input type="checkbox"/> Tiragens subcostais	
<input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor _____ /4+	
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial	
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica	
Ausculta Pulmonar: _____ Ralo X Tórax: _____	
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"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz	
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	
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	
Campina Grande, _____ / _____ / _____	
Fisioterapeuta/CREFITO _____	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Orlando Alves Registro: _____ Leito: 8 - 1 Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

55 e
Fx fíbrie distal

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

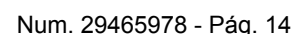
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Isotia Alves Registro: Leito: 8-1 Setor Atual: OT-1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,2 °C; P: bpm; FR: 73 irpm; PA: 148/2 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobildade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.





27/06/2019



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
BOM FIM E TRAIU, DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (R F) Nº: 193/0532 CLASS. DE RISCO: AMARELO
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/06/2019
Bolin. de Emergência (9-E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: OSORIO ALVES Nascimento: 08/09/1963

POLICARPO

Endereço: SÍTIO FARINHA

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES

POLICARPO

Responsável:

Estado Civil: Casado(a)

Hora: 09:33:04

CNS: 709803003741897

CPF: 12142669832

Profissão: AGRICULTOR

Convênio: SUS

Telefone: 991020376

Bairro: SAO JOSE DA MATA

Nº: 0

RG: 924848

Idade: 055

Sexo: M

CEP: 58400002

Atendimento: 08/09/1963

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Cortadura

5. Escoriação

6. Ferimento

7. Hematoma

8. Infecção

9. Incisão

10. Enfisema subcutâneo

11. Equimose

12. Escoriação

13. Ferimento

14. Ferimento

15. Ferimento

16. Ferimento

17. Ferimento

18. Ferimento

19. Ferimento

20. Ferimento

21. Ferimento

22. Ferimento

23. Ferimento

24. Ferimento

25. Ferimento

26. Ferimento

27. Ferimento

28. Ferimento

29. Ferimento

30. Ferimento

31. Ferimento

32. Ferimento

33. Ferimento

34. Ferimento

35. Ferimento

36. Ferimento

37. Ferimento

38. Ferimento

39. Ferimento

40. Ferimento

41. Ferimento

42. Ferimento

43. Ferimento

44. Ferimento

45. Ferimento

46. Ferimento

47. Ferimento

48. Ferimento

49. Ferimento

50. Ferimento

51. Ferimento

52. Ferimento

53. Ferimento

54. Ferimento

55. Ferimento

56. Ferimento

57. Ferimento

58. Ferimento

59. Ferimento

60. Ferimento

61. Ferimento

62. Ferimento

63. Ferimento

64. Ferimento

65. Ferimento

66. Ferimento

67. Ferimento

68. Ferimento

69. Ferimento

70. Ferimento

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Cortadura

5. Escoriação

6. Ferimento

7. Hematoma

8. Infecção

9. Incisão

10. Enfisema subcutâneo

11. Equimose

12. Escoriação

13. Ferimento

14. Ferimento

15. Ferimento

16. Ferimento

17. Ferimento

18. Ferimento

19. Ferimento

20. Ferimento

21. Ferimento

22. Ferimento

23. Ferimento

24. Ferimento

25. Ferimento

26. Ferimento

27. Ferimento

28. Ferimento

29. Ferimento

30. Ferimento

31. Ferimento

32. Ferimento

33. Ferimento

34. Ferimento

35. Ferimento

36. Ferimento

37. Ferimento

38. Ferimento

39. Ferimento

40. Ferimento

41. Ferimento

42. Ferimento

43. Ferimento

44. Ferimento

45. Ferimento

46. Ferimento

47. Ferimento

48. Ferimento

49. Ferimento

50. Ferimento

51. Ferimento

52. Ferimento

53. Ferimento

54. Ferimento

55. Ferimento

56. Ferimento

57. Ferimento

58. Ferimento

59. Ferimento

60. Ferimento

61. Ferimento

62. Ferimento

63. Ferimento

64. Ferimento

65. Ferimento

66. Ferimento

67. Ferimento

68. Ferimento

69. Ferimento

70. Ferimento

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Cortadura

5. Escoriação

6. Ferimento

7. Hematoma

8. Infecção

9. Incisão

10. Enfisema subcutâneo

11. Equimose

12. Escoriação

13. Ferimento

14. Ferimento

15. Ferimento

16. Ferimento

17. Ferimento

18. Ferimento

19. Ferimento

20. Ferimento

21. Ferimento

22. Ferimento

23. Ferimento

24. Ferimento

25. Ferimento

26. Ferimento

27. Ferimento

28. Ferimento

29. Ferimento

30. Ferimento

31. Ferimento

32. Ferimento

33. Ferimento

34. Ferimento

35. Ferimento

36. Ferimento

37. Ferimento

38. Ferimento

39. Ferimento

40. Ferimento

41. Ferimento

42. Ferimento

43. Ferimento

44. Ferimento

45. Ferimento

46. Ferimento

47. Ferimento

48. Ferimento

49. Ferimento

50. Ferimento

51. Ferimento

52. Ferimento

53. Ferimento

54. Ferimento

55. Ferimento

56. Ferimento

57. Ferimento

58. Ferimento

59. Ferimento

60. Ferimento

61. Ferimento

62. Ferimento

63. Ferimento

64. Ferimento

65. Ferimento

66. Ferimento

67. Ferimento

68. Ferimento

69. Ferimento

70. Ferimento

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Cortadura

5. Escoriação

6. Ferimento

7. Hematoma

8. Infecção

9. Incisão

10. Enfisema subcutâneo

11. Equimose

12. Escoriação

13. Ferimento

14. Ferimento

15. Ferimento

16. Ferimento

17. Ferimento

18. Ferimento

19. Ferimento

20. Ferimento

21. Ferimento

22. Ferimento

23. Ferimento

24. Ferimento

25. Ferimento

26. Ferimento

27. Ferimento

28. Ferimento

29. Ferimento

30. Ferimento

31. Ferimento

32. Ferimento

33. Ferimento

34. Ferimento

35. Ferimento

36. Ferimento

37. Ferimento

38. Ferimento

39. Ferimento

40. Ferimento

41. Ferimento

42. Ferimento

43. Ferimento

44. Ferimento

</

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro setor ou hospital _____

() Alta hospitalar / () A revelar _____

() Decisão Médica _____

Ass. do Paciente ou Responsável: Dr. José de Azevedo

[illegible]

27/06/2019

GOVERNO
DO PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
AV. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 27/06/2019

Paciente: 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. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

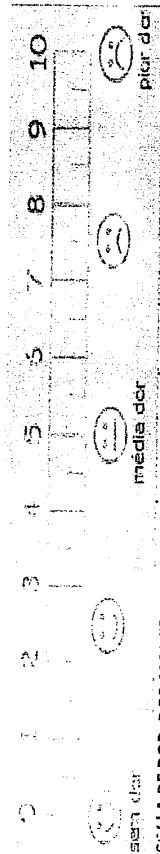
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () EPURÂNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAPNEUSIA () FLEITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EMBASTRAGA () CONSTIPAÇÃO () MILENA () SIBLOS () TOSSE

ESCALA DE DOR: DOR MODERADA



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	ASSINATURA	DO
					ENFERMEIRO/COREN	



OBS:


ENFERMEIRO/COREN
acolhimento


Alma Carolina Uchida
COREN-PB 57133-ENF

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1930532&dataatend=2019-06-27&horaatend=09:43:21



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 001.0.20.04008/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 27/03/2020
Número da guia: 001.2020.604008 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.032,20 Promovente: OSORIO ALVES POLICARPO - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 43,88 Promovido: SEGURADORA LIDER - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,61
Observações: - 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
866700000122 799309283189 520200331004 102004008011 			Valor final: R\$ 1.279,93

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 001.0.20.04008/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 27/03/2020
Número da guia: 001.2020.604008 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Promovente: OSORIO ALVES POLICARPO Promovido: SEGURADORA LIDER			UFR vigente: R\$ 51,61
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 43,88 - Cartas: R\$ 12,00 - Com registro: R\$ 31,88			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.279,93
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.279,93

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 001.0.20.04008/01
Nº do Processo:	Comarca: Campina Grande	Classe Processual: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 27/03/2020
Número da guia: 001.2020.604008 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.032,20 Promovente: OSORIO ALVES POLICARPO - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 43,88 Promovido: SEGURADORA LIDER - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,61
Observações: - 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
866700000122 799309283189 520200331004 102004008011 			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 PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





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



2ª 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 2ª 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, JOHNNALTON HERMES CABRAL DAS CHAGAS
Técnico Judiciário





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

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. 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.





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 transcrito, 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 NUPREMEC, 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. 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>

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

[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