Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/08/2020

Número: **0806282-29.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**
Última distribuição : **03/04/2020**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
OSORIO ALVES POLICARPO (AUTOR)	KATIA FERNANDA TAVARES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
29463587	27/03/2020 13:31	Petição Inicial	Petição Inicial
29463592	27/03/2020 13:31	SEGURO DPVAT OSORIO PETIÇÃO INICIAL EM PDF	Outros Documentos
29463884	27/03/2020 13:31	Osorio DPVAT - Procuracao, Declaração de pobreza, Prova ser Agricultor	Documento de Comprovação
29464153	27/03/2020 13:31	OSORIO - RG, cpf e comprovante de residencia	Documento de Identificação
29465969	27/03/2020 13:31	B.OLETIM DE OCORRENCIA, CARTA DA SEGURADORA INDEFERIMENTO ADMNISTRATIVO	Documento de Comprovação
29465974	27/03/2020 13:31	Osorio - parte medica 1	Documento de Comprovação
29465978	27/03/2020 13:31	Osorio - part e medica 2	Documento de Comprovação
29466219	27/03/2020 13:31	GuiaCustas(63)	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
29627019	02/04/2020 18:06	Decisão	Decisão
29657019	03/04/2020 13:02	Mandado	Mandado
31550906	16/06/2020 21:51	Despacho	Despacho
32122570	07/07/2020 14:16	Mandado	Mandado

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA___ VARA DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.

OSÓRIO ALVES POLICARPO, brasileiro, casado, agricultor**,** inscrito no RG de nº. 924.848 SSP/PB e CPF de nº.121.426.698-32, residente e domiciliado no Sitio Farinha no Distrito de São José da Mata, Campina Grande-PB,CEP:58.441-000, sem endereço eletrônico, vem, com o devido respeito e acatamento à presença de V. Exª por sua advogada devidamente constituída adiante assinada requerer **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT** contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** com CNPJ:09.248.608/0001-04 Código FIP: 03271
Endereço: SENADOR DANTAS Nº 74, 5º ANDAR – CENTRO RIO DE JANEIRO – Cep: 20031205
DDD: 021 – Tel: 3861-4600 –

PRELIMINARMENTE

DO DIREITO AO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O Requerente declara em sã consciência que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família. Diante do exposto, o benefício da assistência judiciária gratuita, é garantido constitucionalmente, portanto, o Requerente desde já requer este benefício, uma vez que não tem condições econômico-financeiras de arcar com as custa processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

I - DOS FATOS

Que, no dia 27 de junho de 2019, CONDUZIA SUA MOTO UMA HONDA CG 125 TITAN, ANO 1997, MODELO 1998, COR VERMELHA, PLACAMNT 0460\PB, CHASSI 9C2JC250WVR011042, LICENCIADA EM SEU PRÓPRIO NOME, QUE O ACIDENTE OCORREU NO SITIO FARINHA EM SÃO JOSE DA MATA ONDE RESIDE, QUE O DIA FOI CHUVOSO QUE DERRAPOU E A CAI COM A MOTO POR CIMA DE SUA PERNA ESQUERDA. QUE FOI AUXILIADO PELOS VIZINHOS (QUE SE COMPROMETEM TESTEMUNHAR CASO NECESSÁRIO SEJA), JÁ QUE O LEVARAM AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, ONDE FICOU INTERNADO DO DIA 27 DE JUNHO DE 2019 05 JULHO 2019, ONDE FICOU HOSPITALIZADO E FOI SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPÉDICA, POR CONSTATAÇÃO QUE SOFREU FRATURAS NA TÍBIA E FÍBULA , E FOI NECESSÁRIO COLOCAR PLACAS TUBULAR COM PARAFUSOS NA PERNA ESQUERDA E SÓ OBTEVE ALTA EM 05 JULHO 2019.

QUE FICOU COM SEQUELAS RECEBEU AUXÍLIO-DOENÇA, INCLUSIVE, O BENEFICIO FOI PRORROGADO , PELAS SEQUELAS QUE O ACIDENTE LHES DEIXOU NA PERNA ESQUERDA . PORTANTO , DIFICULTA O EXERCÍCIO DO SEU LABOR, O QUAL EM VIRTUDE DO ACIDENTE TEVE PERDA SIGNIFICATIVA DE SUA CAPACIDADE LABORAL.

Que deu entrada no pedido do seguro por incapacidade decorrente de acidente de transito pela seguradora e obteve negativa , conforme faz prova em anexo com carta de indeferimento, sob a alegação que não lhes concederam por não ter enviado toda documentação exigida O QUE É UMA INVERDADE , JÁ QUE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS FORAM DEVIDAMENTE ENVIADOS VIA CORREIO. E alegaram ainda, que a negativa se deu em virtude **que o Promovido não estava com a lesão consolidada**. Ora, a lesão está consolidada todo o tratamento médico hospitalar já foi realizado, e constatado a invalidez ,é tanto, que está em recebimento de prorrogação do auxilio-doença.

Ínclito Julgador, a Lei 8.441/92, no seu art.5º, § 1º reza que:

> ‘’ A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo da entrega dos seguintes documentos:

A documentação está completa, relatório médico, as peças do inquérito policial e a documentação provando a qualidade de beneficiário. COMO TAMBÉM PROVA QUE FOI DADO ENTRADA VIA ADMINISTRATIVA E A MESMA FOI NEGADA.

E também como consta da ementa da SENTENÇA sobre uma vítima sobrevivente, *in verbis*

‘’INDENIZAÇÃO VIA SEGURO OBRIGATÓRIO DE ACIDENTE DE VEICULO. Ocorrência do sinistro inexistência da documentação do veiculo. Previsão legal. Procedência’’

A indenização por pessoa vítima por veículo não identificado, com segurado não identificada, SEGURO NÃO REALIZADO OU VENCIDO, será paga nos mesmo valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades Seguradoras que operam no seguro objeto desta Lei"

Observa-se, também que a Lei determina textualmente que tal beneficio, seja estendido ainda, aos casos de veículos não identificados, tal é o cunho social da referida Lei TENDO

EM VISTA A OBRIGATORIEDADE LEGAL DO REFERIDO SEGURO, QUE, NÃO SENDO DE LIVRE CONSTATAÇÃO SEGUE NORMAS ESPECIAIS DIVERGENTES DAS APÓLICES DE SEGURO COMUNS DE CONTRATAÇÃO PARTICULAR.

‘’ A indenização por pessoa vitimada por veiculo não identificado, com seguradora não identificada, SEGURO NÃO REALIZADO OU VENCIDO, será pago nos mesmos valores, condições e prazo dos demais casos´´.

DO DIREITO

O Suplicante vindo a tomar ciência acerca dos direitos que lhe cabe, vem perante esse juízo, esperando ser devida e completamente indenizado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, com redação dada pela Lei nº 11.482/2007, dispositivo que fixa a referida indenização no valor de até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Diante de tais fatos e da comprovação da invalidez, a via judicial se faz necessário para que Vossa Excelência determine que a seguradora pague a indenização referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO no grau a ser apurado em perícia judicial, com a devida correção monetária que deverá incidir a partir do dia 29/12/2006.DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

Apenas a título limitação da área afetada é dada como inviável. A invalidez é considerada permanentemente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada **integralmente ou em parte.**

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

Art. 5º ***O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente****, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.*

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

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz jus à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, in verbis:

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

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

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

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

Apenas a título ilitação da área afetada é dada como inviável. A invalidez é considerada permanentemente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

Assim, resta claro que O Requerente deverá ser indenizada pelo seguro, como medida de direito.

Ademais, o Requerente acosta documentação, comprovando a situação. E O INDEFERIMENTO NA VIA ADMINISTRATIVA, conforme faz prova em anexo. Que vem enviando os documentos repetidamente a seguradora e ela diz não receber, o que acarreta exaustão de tolerância e demonstra o descaso da mesma para com seus usuários . O que indica só ser resolvido mesmo nas vias judiciais.

DO PEDIDO

ANTE AO EXPOSTO, **requer** a V. Exª.:

a. A citação do Requerido, na pessoa do seu representante legal no endereço supra citado , por **via postal**, para querendo, responder nos termos da presente ação sob pena de revelia e c o n f i s s ã o ;

b. Que seja julgado procedente o pedido, condenando a Requerida ao Pagamento do Seguro Obrigatório - DPVAT, conforme determinado em (lei 11.482 de 2007 e Medida Provisória 451 de 2008) condenando ressarcirem

c. .Aplicação de juros moratórios de 1% ao mês a partir da data do pagamento do seguro, com a condenação em honorários advocatícios em 20% do valor da causa;

d. por todos os meios de prova em direito permitido, para o aqui alegado, em especial o depoimento pessoal do Representante Legal da Empresa Rqda., sob pena de confissão, oitiva de testemunhas, cujo rol apresentará em tempo oportuno, se necessário,como também, juntada novos documentos, que surgirem no decorrer do trâmite processual , seja realizada pelo Estado **PERICIA** a vitima, PARA CONSTATAÇÃO DO GRAU E OU PERCENTAGEM DO DANO E OU INVALIDEZ OU PERDA DA CAPACIDADE LABORAL;

e) a final, seja julgada procedente a presente ação, com a condenação da Empresa Rqda., **com o pagamento do valor *correspondente as sequelas, e danos*** *, na proporção indicada na Pericia medica especializada* ***;***

f) Requer os **BENEFICIOS DA JUSTIÇA GRATUITA** *por ser pessoa pobre, sem condições de custear despesas processuais e honorárias advocatícios, nos termos da Lei n*

º 1.060/50.

- DESDE JÁ, EXPRESSA QUE NÃO DESEJA A REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO, matéria totalmente de Direito. Que seja determinado a PERICIA MÉDICA A VÍTIMA PARA A DEVIDA CONSTATAÇÃO DA INVALIDEZ.

Dá-se a causa o valor de **R$13.500,00**(treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos com inclusos documentos.

Pede deferimento.

Juazeirinho-PB, 26 de Março 2020.

KATIA FERNANDA TAVARES

ADVOGADA OAB/PB 9874

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA___ VARA DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.

OSORIO ALVES POLICARPO, brasileiro, casado, agricultor**,** inscrito no RG de nº. 924.848 SSP/PB e CPF de nº.121.426.698-32, residente e domiciliado no Sitio Farinha no Distrito de São José da Mata, Campina Grande-PB,CEP:58.441-000, sem endereço eletrônico, vem, com o devido respeito e acatamento à presença de V. Exª por sua advogada devidamente constituída adiante assinada requerer **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT** contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** com CNPJ:09.248.608/0001-04 Código FIP: 03271 Endereço: SENADOR DANTAS Nº 74, 5º ANDAR – CENTRO RIO DE JANEIRO – Cep: 20031205 DDD: 021 – Tel: 3861-4600 –

PRELIMINARMENTE

DO DIREITO AO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O Requerente declara em sã consciência que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem

prejuízo do seu próprio sustento e de sua família. Diante do exposto, o benefício da assistência judiciária gratuita, é garantido constitucionalmente, portanto, o Requerente desde já requer este benefício, uma vez que não tem condições econômico-financeiras de arcar com as custa processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

I - DOS FATOS

Que, no dia 27 de junho de 2019, CONDUZIA SUA MOTO UMA HONDA CG 125 TITAN, ANO 1997, MODELO 1998, COR VERMELHA, PLACAMNT 0460\PB, CHASSI 9C2JC250WVR011042, LICENCIADA EM SEU PRÓPRIO NOME, QUE O ACIDENTE OCORREU NO SITIO FARINHA EM SÃO JOSE DA MATA ONDE RESIDE, QUE O DIA FOI CHUVOSO QUE DERRAPOU E A CAI COM A MOTO POR CIMA DE SUA PERNA ESQUERDA. QUE FOI AUXILIADO PELOS VIZINHOS (QUE SE COMPROMETEM TESTEMUNHAR CASO NECESSARIO SEJA), JÁ QUE O LEVARAM AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, ONDE FICOU INTERNADO DO DIA 27 DE JUNHO DE 2019 05 JULHO 2019, ONDE FICOU HOSPITALIZADO E FOI SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPÉDICA, POR CONSTATAÇÃO QUE SOFREU FRATURAS NA TÍBIA E FÍBULA , E FOI NECESSÁRIO COLOCAR PLACAS TUBULAR COM PARAFUSOS NA PERNA ESQUERDA E SÓ OBTEVE ALTA EM 05 JULHO 2019.

QUE FICOU COM SEGUELAS RECEBEU AUXILIO-DOENÇA, INCLUSIVE, O BENEFICIO FOI PRORROGADO , PELAS SEGUELAS QUE O ACIDENTE LHES DEIXOU NA PERNA ESQUERDA . PORTANTO , DIFICULTA O EXERCICIO DO SEU LABOR, O QUAL EM VIRTUDE DO ACIDENTE TEVE PERDA SIGNIFICATIVA DE SUA CAPACIDADE LABORAL.

Que deu entrada no pedido do seguro por incapacidade decorrente de acidente de transito pela seguradora e

obteve negativa , conforme faz prova em anexo com carta de indeferimento, sob a alegação que não lhes concederam por não ter enviado toda documentação exigida O QUE É UMA INVERDADE , JÁ QUE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS FORAM DEVIDAMENTES ENVIADOS VIA CORREIO. E alegaram ainda, que a negativa se deu em virtude **que o Promovido não estava com a lesão consolidada**. Ora, a lesão está consolidada todo o tratamento médico hospitalar já foi realizado, e constatado a invalidez ,é tanto, que está em recebimento de prorrogação do auxilio-doença.

Ínclito Julgador, a Lei 8.441/92, no seu art.5º, § 1º reza que:

> ‘’ A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo da entrega dos seguintes documentos:

A documentação está completa, relatório médico, as peças do inquérito policial e a documentação provando a qualidade de beneficiário. COMO TAMBÉM PROVA QUE FOI DADO ENTRADA VIA ADMINISTRATIVA E A MESMA FOI NEGADA.

E também como consta da ementa da SENTENÇA sobre uma vítima sobrevivente, *in verbis*

> **‘’INDENIZAÇÃO VIA SEGURO OBRIGATÓRIO DE ACIDENTE DE VEICULO. Ocorrência do sinistro inexistência da documentação do veiculo. Previsão legal. Procedência’’**

> **A indenização por pessoa vítima por veículo não identificado, com segurado não identificada, SEGURO NÃO REALIZADO OU VENCIDO, será paga nos mesmo valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades Seguradoras que operam no seguro objeto desta Lei"**

Observa-se, também que a Lei determina textualmente que tal beneficio, seja estendido ainda, aos casos de veículos não identificados, tal é o cunho social da referida Lei TENDO

EM VISTA A OBRIGATORIEDADE LEGAL DO REFERIDO SEGURO, QUE, NÃO SENDO DE LIVRE CONSTATAÇÃO SEGUE NORMAS ESPECIAIS DIVERGENTES DAS APÓLICES DE SEGURO COMUNS DE CONTRATAÇÃO PARTICULAR.

> ***'' A indenização por pessoa vitimada por veiculo não identificado, com seguradora não identificada, SEGURO NÃO REALIZADO OU VENCIDO, será pago nos mesmos valores, condições e prazo dos demais casos´´.***

DO DIREITO

O Suplicante vindo a tomar ciência acerca dos direitos que lhe cabe, vem perante esse juízo, esperando ser devida e completamente indenizado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, com redação dada pela Lei nº 11.482/2007, dispositivo que fixa a referida indenização no valor de até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Diante de tais fatos e da comprovação da invalidez, a via judicial se faz necessário para que Vossa Excelência determine que a seguradora pague a indenização referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO no grau a ser apurado em perícia judicial, com a devida correção monetária que deverá incidir a partir do dia 29/12/2006.DPVAT

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

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

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o **Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito**, ou seja, **da invalidez permanente**, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

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

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

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

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

Apenas a título limitação da área afetada é dada como inviável. A invalidez é considerada permanentemente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada **integralmente ou em parte.**

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

Art. 5º ***O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente****, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.*

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

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz jus à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, in verbis:

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

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

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

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

Apenas a título ilitação da área afetada é dada como inviável. A invalidez é considerada permanentemente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

Assim, resta claro que O Requerente deverá ser indenizada pelo seguro, como medida de direito.

Ademais, o Requerente acosta documentação, comprovando a situação. E O INDEFERIMENTO NA VIA ADMINISTRATIVA, conforme faz prova em anexo. Que vem enviando os documentos repetidamente a seguradora e ela diz não receber, o que acarreta exaustão de tolerância e demonstra o descaso da mesma para com seus usuários . O que indica só ser resolvido mesmo nas vias judiciais.

DO PEDIDO

ANTE AO EXPOSTO, **requer** a V. Exª.:

a. A citação do Requerido, na pessoa do seu representante legal no endereço supra citado , por **via postal**, para querendo, responder nos termos da presente ação sob pena de revelia e confissão;

b. Que seja julgado procedente o pedido, condenando a Requerida ao Pagamento do Seguro Obrigatório - DPVAT, conforme determinado em (lei 11.482 de 2007 e Medida Provisória 451 de 2008) condenando ressarcirem

c. .Aplicação de juros moratórios de 1% ao mês a partir da data do pagamento do seguro, com a condenação em honorários advocatícios em 20% do valor da causa;

d. por todos os meios de prova em direito permitido, para o aqui alegado, em especial o depoimento pessoal do Representante Legal da Empresa Rqda., sob pena de confissão, oitiva de testemunhas, cujo rol apresentará em tempo oportuno, se necessário,como também, juntada novos documentos, que surgirem no decorrer do trâmite processual , seja realizada pelo Estado **PERICIA** a vitima, PARA CONSTATAÇÃO DO GRAU E OU PERCENTAGEM DO DANO E OU INVALIDEZ OU PERDA DA CAPACIDADE LABORAL;

e) a final, seja julgada procedente a presente ação, com a condenação da Empresa Rqda., **com o pagamento do valor *correspondente as sequelas, e danos*** *, na proporção indicada na Pericia medica especializada* ***;***

f) Requer os **BENEFICIOS DA JUSTIÇA GRATUITA** *por ser pessoa pobre, sem condições de custear despesas processuais e honorárias advocatícios, nos termos da Lei n* º 1.060/50.

- DESDE JÁ, EXPRESSA QUE NÃO DESEJA A REALIZAÇÃO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO, matéria totalmente de Direito. Que seja determinado a PERICIA MÉDICA A VÍTIMA PARA A DEVIDA CONSTATAÇÃO DA INVALIDEZ.

Dá-se a causa o valor de **R$13.500,00**(treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos com inclusos documentos.

Pede deferimento.

Juazeirinho-PB, 26 de Março 2020.

KATIA FERNANDA TAVARES

ADVOGADA OAB/PB 9874

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, <u>devendo ser requerido o benefício da Justiça Gratuita</u> 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.

<u>Outorgante(s):</u> 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	**Nome:** MARILENE ALVES POLICARPO
CPF: 121.426.698-32	**CPF:** 826.259.484-34

Categoria	**Condição e posse de uso da terra**
Demais agricultores familiares.	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


CÉDULA DE IDENTIDADE
POLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO PORTADOR
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
REGISTRO GERAL 974.048
NOME OSÓRIO ALVES POLICARPO
FILIAÇÃO Osório Guedes Policarpo
Maria Cecília Alves Policarpo
C. Grande/PB
NATURALIDADE
DATA DO NASCIMENTO
DIRETOR
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS
CIEF
Nº DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF
121 . 426 . 698 - 32 2ª via
NOME COMPLETO
OSÓRIO ALVES POLICARPO
NASCIMENTO
08/09/63
ASSINATURA
Osório Alves Policarpo
SEM VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

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

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 . : Nº 005.363.365

energisa
LUZ, IMAGINAÇÃO, REALIZAÇÃO

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	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	17/12/2019	190	24/12/2019	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

Seguradora LIDER

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 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 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

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

BO053622157BR

Correios
R$ 13,45
BRASIL
AR

Sisten

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 Data: 05/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03 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 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

Anatomopatógico: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

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-5969 / CRM/RN-8020

Data05/07/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro

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): Osana Alves Policarpo PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____ SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S82 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 27/06/19 À 05/07/19 NECESSITANDO DE 60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 05/07/19

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

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 Josiano Alves Pereira

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 COLUNA 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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Osório 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
CIR. DA COLUNA 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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Osório Alves Pereira

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

DIAGNÓSTICO CID S82.3

Campina Grande, 19 / 09 / 19

Dr. [illegible] Amorim
CRM-PB [illegible] - TEOT: 12455
CIR. DA COLUNA 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

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

PCTE: Osório Alves Policarpo

LAUDO MÉDICO

Paciente submetido à 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 fisioterápico. CID: S82.3

MOD. 001

Data / /

Médico

C. Grande, 28/09/19

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

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

D E C L A R A Ç Ã O

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

Fisioterapeuta
Crefito 1-12261-F

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
Médico Radiologista
CRM 6320 PB

8-2

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

SUS — 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 [X] 1 Fem [ ] 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 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:
Paciente em UTI
pós geral.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Pós op.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Rx
Fx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Pós op. histerectomia
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossíntese.
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: Ortop.
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
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):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
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):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

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

Anatomopatógico: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

Data05/07/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-8985 / CRM/RN-8320

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

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 04/07/2019
Horas: 06:41:22
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 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	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR INTENSA	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

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, estável
Sem queixas
Edema + 1/4+
Dor +
Aparelho neurovascular preservado
CD: Alta hospitalar

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

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

Clinica: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	
2	SORO FISIOLOGICO 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	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	

EVOLUÇÃO

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

PACIENTE EM POI SEM INTERCORRÊNCIAS.
SEGUE EM BEG.

 # CONDUTA:
SOLICITO RAIO X DE CONTROLE.
VPM.

ASSINATURA E CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

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

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	Ciente

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

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 01/07/2019
Horas: 08:33:06
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 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, 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 06
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	06
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

CD AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3338

01/01/18. PA = 140x90 mmHg
T = 36.4 °C
FC = 78.

Pacte segue c/ SSW estáveis, afebril, Eupnéico, medicado c/ SSW, Verbalizando. Sem queixas. Segue aos cuidados da equipe.

Maria Gertrudes Silva
COREN-PB 804.682-TE

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 30/06/2019
Horas: 11:30:51
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 30/06/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE CONSTIPANTE	
2	SORO FISIOLOGICO 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	FLORATIL 200 MG V.O, 1, 12h/12h	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
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
[illegible]EIXA DE DIARREIA
TALA OK

CD AGUARDA CIRURGIA
SOLICITO NOVAMENTE PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia
CRMPB-[illegible] / CRM/PB-[illegible]

30/06/19 — PA - 130x90 - FC - 70 - + - 36°.

Sônia

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	SND
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	1 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 SODICA 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 PROPRIO	06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cc
11	VIGILANCIA	cc

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA
PACIENTE EVOLUI EM BEG
ESTAVEL CLINICAMENTE
SEM QUEIXAS
T A 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 216.001-1

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 28/06/2019
Horas: 09:14:43
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

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:

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, 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 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	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
8	ENOXAPARINA SODICA 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 E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA MÃO
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

28/06/19
12:38
acerto 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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE * DOM. LUIZ GONZAGA FERNANDES *

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

Clinica: ~~AMARELA~~ ORT II Enfermaria: 8 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, 1FRASCO, 6h/6h	~~12~~ / ~~18~~ / ~~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	~~12~~ / ~~18~~ / ~~24~~ / ~~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)	~~22~~
9	**FISIOTERAPIA MOTORA**	SUSP.
10	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	C1
11	**VIGILANCIA**	C1

12 · 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

27.6.19

PA: 130/80

P: 56

T: 36.1°C Rocha

GOVERNO DA PARAÍBA

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

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

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	4.07 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
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 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	88	
Segmentados	70,0	3.080	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	25,0	1.100	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos ou Reativos	0	0	
Monocitos	3,0	132	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	193.000 mm³		140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens revisadas e confirmadas.**

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

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

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: BD30-F8A1-3E83-0DC5-787A-35A4-B695-930B

Laboratório Newlab — SELO DE QUALIDADE — PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

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

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ
Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA — SEGUE o trabalho: LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE — DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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

Enfermeira COREN-PB

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

8

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚSGICO

NOME: Osanio Alves Policarpo IDADE: 55 SEXO: M

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(X) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

( ) Cefaléia
( ) Dispnéia de esforço
( ) Palpitações
( ) Dor Precordial
Relacionada: ( ) Esforço

( ) Tontura
( ) Grande
( ) Média
( ) Tosse Seca
( ) Típica
( ) Emoções ( ) Frio

( ) Sincopse
( ) Pequena
( ) Ortopédica
( ) Expectoração
( ) Atípica
( ) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

(X) Hipertensão Arterial Sistêmica
(X) Diabetes Mellitus
( ) Arritimias

( ) Hipertensão Pulmonar
( ) Insut. Cardiaca Congestiva
( ) Insuf. Renal

(X) DPOC ( ) Outros
( ) Insuficiência Coronariana
( ) Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECENDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: Nega
(X) Etilismo
(X) Dislipidemia

(X) Cirúrgico Fx maxilar há 20 anos.

(X) Tabagismo
(X) Sedentarismo
( ) Outros

Medicamentos em uso ( ) Não (X) Sim Clindamicina + Gentamicina.

4 - EXAMES FÍSICO

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR 2T BCHF S/S.

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

Ap. Respiratório - Comentários: MV(+) em AHT s/RA.

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:

(X) 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)

Obs.:

Iramirton Liandro Bezerra
CARDIOLOGIA
CRM-PB 8540

Ass. do Médico

MOD. 043

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Osorio Alves Policarpo **Idade:** 53a
Convênio: SUS **Data:** 03/07/19
Procedimento: Tto. cirurgico. prat. osso da Perna (E)

Cirurgião: Drª Ana **Auxiliar:** **Anestesista:** Drª Tamara

Início: 13:50 **Término:** 15:45 **Anestesia:** Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
16:00	123x88	66	95%	Andria	±	sonolento
17:00	133x84	73	95%	Andria	+	consciente
17:30	136x94	62	97%	Sueli		

Medicamentos / Materiais	Qauntidade

Observações:

D 1140

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 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		

1149

Assinatura Anestesista

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 03/07/2019
NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 147127 DATA DA CIRURGIA: 03/07/2019

Número do Atendimento: 1930556 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 8 / Leí: 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. 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: Osório Alves Policarpo | IDADE: 55a | SEXO: M | COR:

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
03/07/19						

TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					

AP. RESPIRATÓRIO: Acima citado | ASMA: Ñ | BRONQUITE: Ñ

AP. CIRCULATÓRIO: Estável | ELETROCARDIOGRAMA: RS

AP. DIGESTIVO: Jejum >8h | DENTES: — | PESCOÇO: — | AP. URINÁRIO: NDN

ESTADO MENTAL: CDTE | ATARÁXICOS: — | CORTICOIDES: — | ALERGIA: Nega | HIPOTENSORES: —

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | ESTADO FÍSICO: ASA I | RISCO: —

ANESTESIAS ANTERIORES: Sem intercorrências

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: Não houve | APLICADA: — ÀS | EFEITO: —

AGENTES ANESTÉSICOS: O²

LÍQUIDOS: RL — RL — RL

IGOS — VP. ARTERIAL: O - USO: O - RESPIRAÇÃO — AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

ECG 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SpO2 99 — 99 — 99 — 99

INDUÇÃO

Satisf.:_____ Excit.:_____ Tosse:_____

Laringo esparmo:_____ Lenta:_____

Náuseas:_____ Vômitos:_____

Outros:_____

MANUTENÇÃO

1) Cefazolina 2g
2) Midazolam 2,5 mg
3) Morfina 80 mcg
4) Bupivacaína hiperbárica, IT 15 mg
5) Ondansetrona 4 mg
6) Dexametasona 8 mg
7)

ANESTESIA SATISF.: Sim X Não____

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO:_____

Obstr.:_____ Co_2:_____ Excit:_____

Náuseas:_____ Vômitos:_____

Outros: _____

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: monitorização; venóclise prévia; ansiolise; paciente sentado, antissepsia dorso-lombar; punção subaracnoidea em L3-L4 com agulha tipo Quincke nº 25G, única, mediana; refluxo de LCR claro; injeção IT de AL + opioide.

Com cânula:

Para o Leito Sim_____ Não_____

CONDIÇÕES:

POSIÇÃO: D → E → D

AGENTES: Acima citado

TÉCNICA: Raquianestesia + sedação | CÂNULAS:

OPERAÇÃO:

CIRURGIÕES: Dr Andre Ribeiro + Dr. Everton

ANESTESISTAS: Tomara Vale

OBSERVAÇÕES:

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. | PERDA SANGUÍNEA

MOD. 069 FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

CONTROLE CIRÚRGICO

MA Materiais Cirúrgicos

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: Osvaldo Alves Policarpo
Hospital: c/e Tacuruna cfe C. Grande
Médico: Dr. André + Dr. Everlaid
Data da Cirurgia: 03/07/19 **Procedimento:** Fratura Tíbia + TAVS
Prontuário: 1930556 **Convênio:**
Istrumentadora(O): Thiago **Circulante:**

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa DCP 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 esponjoso 16 Rosca parcial	

Recife 03 de 07 de 20 19

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

Circulante

Médico Responsável

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Osorio Alves Policarpo DN 08-09-1963				GOVERNO DA PARAÍBA
QI	LEITE	CONVÊNIO SUS	IDADE 53 anos	REGISTRO 193053
CIRURGIA TTo Cirurgico Fratura Ossos da Perna Es.		CIRURGIÃO(ã) Andre + Dra Ana		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANESTESIA Roqui		ANESTESIA Dra Tamara		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
INSTRUMENTADORA Thiago	DATA 03-07-19	INÍCIO 13:50	FIM 15:45	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorepan 30		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		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	
01	Morfina 0,2 % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Nubain amp. Morfina raqui		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	02	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	04	Mononylon 2.0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	03	Luvas 7.0		Vicryl Serfix 1	
02	Tiaxidol amp. Dexa	05	Luvas 7.5	01	Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
01	Gentamicina amp. Vancomicina	09	Luvas ~~8.5~~ Procedimento			
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	05	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG 7 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica		MA2	
			Sonda Uretral nº	01	Placa DCP 4,5 c/12 furos	
			Sterydrem ml			
			Torneirinha	01	Placa 1/3 tubular c/9 furos	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	12	parafuso cortical	
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18	01	Esponjoso	
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	eletrodo			
01	Agulha p/ raque nº 25					
	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
04	Ataduras de Crepon 15					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Bananinha					

(X) Oximetro de Pulso
( ) Serra
( ) Desfibrilador
( ) Foco Frontal
( ) Fonte de Luz
(X) Foco Auxiliar
( ) Eletrocautério
( ) Oxicapiógrafo
(X) Cardiomonitor
(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia de Moraes
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 103.722

MOD 066

NOME	Ozório Alves Policarpo				
IDADE	55	ENFERMARIA	8	LEITO:	1
H. D.	Fx Tíbia E	ADMISSÃO		HORA	

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

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☒ Trauma ☐ PNM
☐ Hemorragia ☐ Outros: _____

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA: Pac em EGR, pós-operatório, eupneico, normocorado, aaa, vem aa, SDR, hemodilluição, gesso dado em MIE.

SV: FC bpm | FR irpm | PA: | SpO2 % | T °c

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow _____

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal — Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal

Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☒ Normal — Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5

Bloqueios Articulares (Regiões) MIE

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☒ Eupneico ☒ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT) ☐ VNI _____ ☐ VMI

O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sitema de Venturi _____%

☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais

☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ___/4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☒ Não ☐ Sim _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica _____

Ausculta Pulmonar: MV+ em AHT, SURA — Raio X Tórax: _____

TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito _____

Perfusão: ☒ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões: _____ ☐ Cacifos

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ VNI _____ ☐ O2 _____

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia ☐ MRP

☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação

☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: Fx Tíbia distal E

Campina Grande, 28 / 06 / 19

Andrezza C. T. Barbosa
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 177298-F

Fisioterapeuta/CREFITO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

NOME					
IDADE		ENFERMARIA		LEITO:	
H. D.		ADMISSÃO		HORA	

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM

☐ Hemorragia ☐ Outros: _____

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA:

SV: FC bpm | FR irpm | PA: | SpO2 % | T °c

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow _____

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal

Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☐ Normal Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bloqueios Articulares (Regiões)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☐ Eupneico ☐ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT) ☐ VNI _____ ☐ VMI

O_2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sitema de Venturi _____%

☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais

☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ___ /4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica _____

Ausculta Pulmonar: _____ Raio X Tórax: _____

TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito _____

Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões: _____ ☐ Cacifos

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB ☐ TEP passiva ☐ TEP ativa ☐ VNI _____ ☐ O2 _____

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP

☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação

☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:

Campina Grande,

_____/_____/_____

_____
Fisioterapeuta/CREFITO

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Osório Alves | Registro: | Leito: 8 - 1 | Setor Atual: Ortopedia 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 ~
FX tíbia distal

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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 ( ) Midriáticas

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

Linguagem: ( ). 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 cmH20

(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 PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS 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.

Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :___/___/___

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:

Abdômen: (X)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:

RHA: (X)Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados

Eliminação intestinal: (X)Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )Outros:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (X) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:

Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica | **Turgor da pele:** ( )Preservado

Condições das mucosas: (X)Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:___/___/___

Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição: Curativo :___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.

Limitação física: ( )Acamado ( ) Cadeira de rodas (X) Outro:

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comportamentos:** (X) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 03 / 04 / 19 HORA:_____ h

Érika de Sousa Miranda
COREN-PB 102681-ENF

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

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Osória Alves | Registro: | Leito: 8 – 1 | Setor Atual: Ord. II

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,2 °C; P: bpm; FR: 73 irpm; PA: 14x/102 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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 ( ) Midriáticas

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

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 cmH_2O

(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 PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS 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.

Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD	Data da punção 04/06/19
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gatronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora:	Data: __/__/__
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: (X) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica	**Turgor da pele:** (X) Preservado
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas	**Manifestações de sede:** ( ).
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: __/__/__
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: __/__/__
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: __/__/__
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (X) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória	**Higiene Corporal:** (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada	**Sentimentos e comportamentos:** (X) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo:	( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
	INTERCORRÊNCIAS
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Geneide N. [illegible] Enfermeira COREN-PE [illegible]	DATA: 02/07/19 HORA: ____ h

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

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

FRONT (B.E) Nº.1930532 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

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 Data: 27/06/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

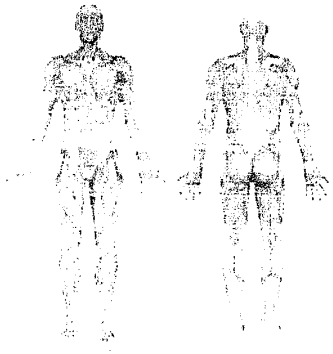
PACIENTE: OSORIO ALVES POLICARPO

Endereço:SITIO FARINHA	CEP:58400002	Nascimento:08/09/1963
Cidade: Campina Grande	Sexo:M	Telefone: 991020376
Nome da Mãe: MARIA CECILIA ALVES POLICARPO	Idade:055	Bairro:SAO JOSE DA MATA
Responsável:	RG: 924848	Nº:0
Estado Civil:Casado(a)	CPF: 12142669832	Profissão:AGRICULTOR
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO	Data de Atend:27/06/2019	CNS:709803003741897
	Hora: 09:33:04	CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão	15. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Ingurgitamento Venoso
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinia
7. Edema	25. Luxação
8. Esmagamento	26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Esmagamento	28. Objeto Encravado
11. Equimose	29. Otorragia
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Paresia
14. F. Contuso	32. Parestesia
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corto-contuso	34. Rinorragia
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de Isquemia
18. F. Perfuro-cortante	36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____%. Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ortopedia

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO

Dr. Otávio Ferreira Jr. Ortopedia/Traumatologia CRM-PB 7103

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow _____ PA_____ HGT:_____Sat02_____

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia:_____
( )Gasometria arterial ( )Radiografias:_____
( )Tomografia Computadorizada ( )_____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: _____/ _____ às____:____ Dia____/____/____
Especialista: _____/ _____ às____:____ Dia____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Rodrigo Amorim CRM-PB 6321 - TEOT 12455 CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC DOM PEDRO II, Nº 425 CAMPINA GRANDE

RAIO X REALIZADO EM: 27/06/19

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____ ( )Alta hospitalar / ( )A revelia

( )Transferência p outro SETOR ou HOSPITAL _____ ( )Decisão Médica

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM ELIZEU COELHO ALVES FERNANDES (CNPJ: 08.[illegible]/0028-5[illegible])
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/06/2019
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:

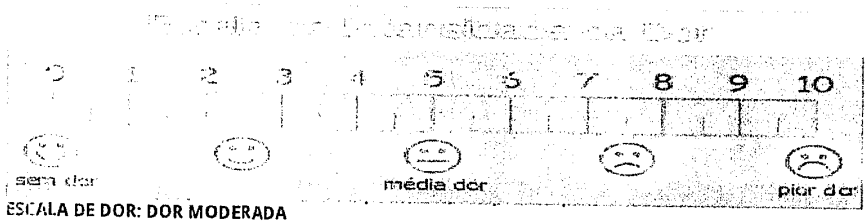
DIABETES ( )SIM (X)NÃO HAS ( )SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ( )SIM (X)NÃO

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 ( ) DISPNÉIA (X) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) GASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO/COREN

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Allana Guzmão Uchôa
COREN-PB 575133-ENF

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)

Nº do Processo:	**Comarca:** Campina Grande	**Classe Processual:** ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	

Número do boleto: 001.0.20.04008/01
Data de emissão: 27/03/2020
Data de vencimento: 31/03/2020

Número da guia: 001.2020.604008 **Tipo da Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:

- Custas Processuais:	R$ 1.032,20	**Promovente:**	OSORIO ALVES POLICARPO
- Taxa Judiciária:	R$ 202,50		
- Despesas processuais postais:	R$ 43,88		
- Taxa bancária:	R$ 1,35	**Promovido:**	SEGURADORA LIDER

Observações:
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.

UFR vigente: R$ 51,61
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)

Nº do Processo:	**Comarca:** Campina Grande	**Classe Processual:** ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	

Número do boleto: 001.0.20.04008/01
Data de emissão: 27/03/2020
Data de vencimento: 31/03/2020

Número da guia: 001.2020.604008 **Tipo de Guia:** Custas Prévias

Promovente: OSORIO ALVES POLICARPO **Promovido:** SEGURADORA LIDER

Detalhamento:

- Despesas processuais postais:	R$ 43,88
- Cartas	R$ 12,00
- Com registro	R$ 31,88

UFR vigente: R$ 51,61
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)

Nº do Processo:	**Comarca:** Campina Grande	**Classe Processual:** ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	

Número do boleto: 001.0.20.04008/01
Data de emissão: 27/03/2020
Data de vencimento: 31/03/2020

Número da guia: 001.2020.604008 **Tipo de Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:

- Custas Processuais:	R$ 1.032,20	**Promovente:**	OSORIO ALVES POLICARPO
- Taxa Judiciária:	R$ 202,50		
- Despesas processuais postais:	R$ 43,88		
- Taxa bancária:	R$ 1,35	**Promovido:**	SEGURADORA LIDER

Observações:
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.

UFR vigente: R$ 51,61
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, JOHNALTON HERMES CABRAL DAS CHAGAS
Técnico Judiciário

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**;

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 n° 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, **I N T I M O** 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 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**;

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

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