ADVOCACIA

PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: GINALDO da SILVA FEITOSA, menor impubere, REPRESENTADO NESTE ATO PELA SUA GENITORA FRANCINETE FEITOSA, brasileira, SOLTEIRA, AGRICULTORA, RESIDENTE E DOMICILIADO na Rua SALVERINO ALÍBIO Farta, S/N, Centro, Taperoá/PB,
, constituo e nomeio os procuradores:
OUTORGADO: **MARCELO DANTAS LOPES**, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.° s com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.° 121, Centro, Taperoá–PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ***ad juditia et extra***, para o foro em geral, especialmente para propor Ação de Sobrevida do Benefício DPVAT podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.**

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 25%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV`s separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

Taperoá/PB, 30 de Março de 2020

X Francinete Feitosa

OUTORGANTE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
132.593.864-59

Nome
GINALDO DA SILVA FEITOSA

Nascimento
05/02/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
3998.19AA.B233.7B56

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:47:07 do dia 18/05/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

Ginaldo da Silva Feitosa

MATRÍCULA

0696820155 2004 1 00008 034 0007605 89

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)	DIA	MÊS	ANO
cinco de fevereiro de dois mil e quatro	05	02	2004

HORA DE NASCIMENTO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
20:00	Campina Grande-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
LIVRAMENTO-PB	Hospital CLIPSI-Campina Grande-PB - Campina Grande-PB	masculino

FILIAÇÃO

Genildo Ferreira Silva e Francinete Feitosa

AVOS

PATERNO(S): Luiz Severino da Silva e Maria Anunciada Ferreira da Silva ;
MATERNO(S): Fernando Deodato Feitosa e Maria de Fatima Almeida Feitosa.

GÊMEOS	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO	NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)	DNV (DEC. NASC. VIVO)
dezoito de fevereiro de dois mil e quatro (18/02/2004).	--- NADA CONSTA ---

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Obs: Registro lavrado em 18/02/2004, no livro A-00008, Nº 7605, folha 34. Esta conforme com o original dou fé

NOME DO OFÍCIO

João Pereira Filho

OFICIAL REGISTRADOR

(digite aqui o nome do oficial do cartorio)

MUNICÍPIO/UF

Livramento-PB

ENDEREÇO

Rua:José Amarico Almeida S/N Centro Livramento-PB - CEP 58690000 Fone: (83)3477-1045 E-mail: socorro_cartorio@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Livramento-PB, 19 de março de 2015.

Maria do Socorro de Fátima Alves Pereira
Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: **AAZ13866-TH4S**

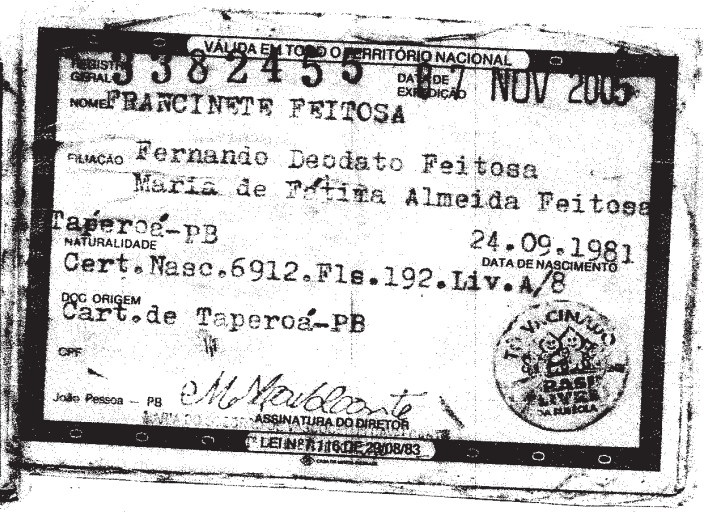
Consulte a autenticidade em: https://selodigital.tjpb.jus.br

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 414805 A


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF
084.882.344-30
FRANCINETE FEITOSA
24/09/1981


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
D.I.P.139
Francinete Feitosa
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 3382455
DATA DE EXPEDIÇÃO 27 NOV 2005
NOME FRANCINETE FEITOSA
FILIAÇÃO Fernando Deodato Feitosa
Maria de Fátima Almeida Feitosa
NATURALIDADE Taperoá-PB
DATA DE NASCIMENTO 24.09.1981
DOC ORIGEM Cert.Nasc.6912.Fls.192.Liv.A/8
Cart.de Taperoá-PB
CPF
João Pessoa - PB
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

FRANCINETE FEITOSA
RUA SEVERINO ALPIO FARIA, S/N - CENTRO
TAPEROA / PB CEP. 58680000 (AG. 65)

Ligacao: MONOFÁSICO
Cls/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 6 - 90 - 890 - 1830 Referencia: Abr / 2019
Medidor: 00001027594 Emissao: 10/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc Est 16015323-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº023.132.874
Cód. para Déb. Automático: [illegible]

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	10/04/2019	10/05/2019	084.882.344-30

Insc Est

[redacted]

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais e dos selos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/03/19	9816	10/04/19	9922	1	106	29

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributo Total(R$)	Valor	Base Calc ICMS(R$)	Aliq ICMS	Icms(R$)	Base Calc Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,0465%)	Cofins(R$) (4,8255%)
0801	Consumo em kWh	106,000	0,864400	90,69	90,69	27	24,48	90,69	0,98	4,52
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB. ILUM. PUBLICA			8,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2019			0,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 03/2019			2,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 03/2019			0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CO	Descrição de Outros Lançamentos do Sistema		TOTAL		102,87	90,69	24,48	90,69	0,98	4,52
	Tarifa s. Tributos									

[redacted]

29	17/04/2019	R$ 102,87

Histórico de Consumo (kWh)

79	94	93	82	102	89	101	111	103	103	97	123
Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

5a59.8595.1ede.e7ab.a65f.868e.4553.83fd.

Indicadores de Qualidade 2/2019 - JUAZEIRINHO

	Limites da ANEEL	Apurado	Limites Tarifários (%)	
DIC MENSAL	6,27	0,00		
DIC TRIMESTRAL	12,54		NOMINAL	22
DIC ANUAL	25,08			
FIC MENSAL	3,36	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	6,72		LIMITE SUPERIOR	20
FIC ANUAL	13,45		LIMITE S. PERIOR	22
DMIC	3,71	0,00		
DICRI	12,22			

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia s/PB	21,50	20,90
Compra de Energia	30,87	29,91
Serviço de Transmissão	3,35	3,26
Encargos Setoriais	5,09	4,95
Impostos Diretos e Encargos	42,26	41,09
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**102,87**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref 2/2019) R$26,30

[redacted]

Abril Verde #ChegadeAcidentesdeTrabalho

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICÍA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE LIVRAMENTO
Rita Pereira de Almeida, s/nº, Centro, Livramento PB. CEP 58.690.000

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LIVRAMENTO - 4ª DRPC

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 029/2019

Aos (15) quinze dias do mês de MAIO do ano de dois mil e dezenove, por volta de 10h00min, nesta cidade de Livramento/PB, na Delegacia de Polícia, presente o Del. Pol. Ariosvaldo Adelino de Melo, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão nomeado ao final assinado, após verificar o livro de ocorrência policial de n° 003, a ocorrência de n° 029/2019, às folhas 50-V, foi verificado que compareceu:

FRANCINETE FEITOSA – CPF 084.882.344-30, RG n° 3382455 SSP/PB, brasileira, solteira, Agricultora, com Ensino Fundamental incompleto, natural de Taperoá/PB, filha de Fernando Deodato Feitosa e de Maria de Fátima Almeida Feitosa, com 37 anos de idade, nascida em 24/09/1981, residente na Rua Senador Rui Carneiro, 124, São José, Taperoá/PB, tel: (83) 98793-7057.

PARA NOTIFICAR QUE: informa a noticiante de que no dia 25/10/2018, por volta das 19h00min, foi ate o hospital de Taperoá com um de seus filhos, pois ele estava doente, deixando em casa seu outro filho mais velho, GINALDO DA SILVA FEITOSA, brasileiro, solteiro, estudante, nascido em 05/02/2004, com 15 anos de idade, filho dela declarante e de Genildo Ferreira Silva, CPF 132.593.864-59, residindo com a declarante; QUE, quando ainda estava no hospital, por volta das 22h30min, chegou uma ambulância do SAMU socorrendo seu filho acima qualificado, pois ele havia sofrido um acidente de moto aqui na cidade de Livramento/PB, causando muita surpresa a noticiante; QUE, a noticiante havia deixado a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO/MOD 2004/2005, PRETA, PLACA KKF 6323/PE, chassi 9C2KC08105R043894, RENAVAN 840483716, guardada dentro de casa e com a chave escondida; QUE, provavelmente seu filho encontrou a chave e saiu junto com outro colega e vieram ate Livramento/PB; QUE, soube de que ele colidiu com um carro, e nessa colisão o menor sofreu uma fratura no pé esquerdo, perdendo um dedo do mesmo pé, sendo encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde passou por cirurgia; QUE, a moto era de sua propriedade, mas a mesma teve que se desfazer para pagamento dos danos causados pelo acidente provocado por seu filho GINALDO DA SILVA FEITOSA. **Ciente das sanções previstas no artigo 299 do CPB, assume inteira responsabilidade.**

Livramento/PB, 12 de setembro de 2019.

Notificante Francinete Feitosa
FRANCINETE FEITOSA

Gilliard Guimarães Ferreira
escrivão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN -PE

Nº 7179248020
0017610/152

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA: 2
COD. RENAVAM: 640483716
RNTRC: **********

NOME/ENDEREÇO:
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC: 029.516.894-45
PLACA: KKF6323

NOME ANTERIOR: SERRAMOTO LTDA

PLACA ANT/UF: **********
CHASSI: 9C2KC0810SR045894

ESPÉCIE TIPO: PAS /MOTOCICLETA/
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO FAB: 2004
ANO MOD: 2005

CAP/POT/CIL: 2P/149CL
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: PRETA

OBSERVAÇÕES: 20085734
AL. FIO. BANCO DIBENS

LOCAL: VICENCIA-PE
DATA: 12/03/08

1º Ofício de Registro Civil de Pessoas Naturais
Coordenação DETRAN - Timbaúba

DENATRAN

CONTRAN

BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 7179248020

COD. RENAVAM: 640483716
RNTRC: **********
EXERCÍCIO: 2008

NOME/ENDEREÇO:
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC: 029.516.894-45
PLACA: KKF6323

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO
Nº 7179248020
EXERCÍCIO: 2008
DATA EMISSÃO: 12/03/08

NOME/ENDEREÇO: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
CPF/CGC: 029.516.894-45
PLACA: KKF6323
RENAVAM: 640483716
ANO FAB: 2004
ANO MOD: 05
CHASSI: 9C2KC0810SR045894
MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS
PREMIO TARIFÁRIO (R$): SEGURO PAGO
IOF (R$):
PREMIO TOTAL (R$):

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 7179248020

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
2	840483716	**********	2008

NOME/ENDEREÇO
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC	PLACA
029.518.894-45	KKF6323

PLACA ANT/UF	CHASSI
**********	9C2KC0810 5R043894

ESPÉCIE/TIPO | COMBUSTÍVEL
MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN KS

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
IPVA 2008 QUITADO		1ª *******
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª *******
3	**********	3ª *******

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO DIBENS

VICENCIA-PE | DATA 17/03/08

Ilda das Dores S. de Melo Gomes
Coordenador CIRETRAN - Timbaúba

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS DE VIA TERRESTRE A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 7179248020 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC	PLACA
029.518.894-45	KKF6323

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PE Nº 7179248020 | EXERCÍCIO 2008 | DATA EMISSÃO 17/03/08

NOME/ENDEREÇO
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC	PLACA
029.518.894-45	KKF6323

COD RENAVAM	MARCA/MODELO
840483716	HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.	DT TRIB.	CHASSI
2004	09	9C2KC0810 5R043894

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)
SEGURO PAGO		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 7179248020
801781071152

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	RNTRC
2	840483716	**********

NOME/ENDEREÇO
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSE FRANCISCO DE MELO 49
CASA-POV ANGELICAS
VICENCIA-PE 55850-000

CPF/CGC	PLACA
029.518.894-45	KKF6323

NOME ANTERIOR
SEM PROPRIETÁRIO

PLACA ANT/UF	CHASSI
**********	9C2KC0810 5R043894

ESPÉCIE TIPO
PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.	ANO MOD.
2004	2005

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

OBSERVAÇÕES
200857731
AL. FID. BANCO DIBENS

LOCAL: VICENCIA-PE | DATA 17/03/08

Ilda das Dores S. de Melo Gomes
Coordenador CIRETRAN - Timbaúba

DETRAN | DETRAN

HGT HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SUS

HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Am. 15459

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
F.A.A....: 212105 - Prontuario.: 46055
Nome.....: **GINALDO DA SILVA FEITOSA** Cor: PARDO
Nasci....: 05/02/2004 Idade: **14a 8m** SEXO: M Estado Civil:
Profissão:
Endereço.: RUA SENADOR RUI CARNEIRO nºS/N
Cidade...: **TAPEROA** /PB Cep: 58680000 Bairro.: SAO JOSE
Telefone.: Celular: R.G.:
Mãe.....: FRANCINETE FEITOSA
Pai.....:

DADOS DO ATENDIMENTO
Data....: 25/10/2018 Horario: 22:43 Operador: APARECIDA
Carater.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Convenio: SUS AMBULATORIO Nº Cartão do Sus: 701406699956735

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:_____

SINAIS VITAIS PA=_____X_____mmHg T=_____ PESO=_____KG

FC=_____bpm FR:_____ipm SPO_2=_____ TAX_____°C GLICEMIA_____mg/dl

DUM ____/____/_____ DPP____/____/_____ ESCALA COMDA DE GLASGOW_____

QUEIXA PRINCIPAL SAMU

HISTÓRIA REGRESSA

QUADRO CLÍNICO

ALERGIAS ( )NAO ( )SIM QUAL?_____ ASS. E CARIMBO_____

ATENDIMENTO MÉDICO
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSRSOS:
1º_____HORA:_____ASS TEC:_____
2º_____HORA: 22:55 ASS TEC:_____
3º_____HORA:_____ASS TEC:_____
4º_____HORA:_____ASS TEC:_____
5º_____HORA:_____ASS TEC:_____

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO CID-10.:

MEDICAÇÃO:
( )PRESCRITA
( )APLICADA

ENCAMINHAMENTO
( ) OBSERVAÇÃO ( )RESIDÊNCIA ( )EVASÃO
( ) INTERNAÇÃO ( )OUTRO HOSPITAL ( )ALTA MÉDICA
( ) ÓBITO ( )OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO
1 - 0301010006-1
2 - |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
3 - |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Dr. Sebastião dos Santos
Clínico geral
CRM

MÉDICO:DR.(A) CRM.:
C.N.S....:708203626168040 CBO.:06105

Francinete Feitosa
ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Data da internação: 26/10/2018 Hora: 01:58:38

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: GINALDO DA SILVA FEITOSA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1761748
7 - CARTÃO DO SUS: 701406699956735
8 - DATA DE NASCIMENTO: 05/02/2004
9 - SEXO: Masc. [X] Fem. [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: FRANCINETE FEITOSA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SENADOR RUI CORDEIRO , 0 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Taperoá
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO: 251650
15 - UF: PB
16 - CEP: 58680000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Dor de mês 7 [illegible] infecção de
2º e 3º PDG

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PO cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Em curso

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Tx cirurg. de 2º e 3º PDE
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação hospitalar
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 207428922250018
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: EULER FABRICIO ALVES CRUZ
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/10/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Euler Fabricio A. Cruz — MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA — CRM-PB 9907

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 - CÓD. ÓRGÃO 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:

Data da internação: 26/10/2018 Hora: 01:58:38

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: GINALDO DA SILVA FEITOSA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1761748
7 - CARTÃO DO SUS: 701406699956735
8 - DATA DE NASCIMENTO: 05/02/2004
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: FRANCINETE FEITOSA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SENADOR RUI CORDEIRO , 0 , CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Taperoá
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO: 251650
15 - UF: PB
16 - CEP: 58680000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

[illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO [illegible]

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Em anexo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: [illegible] PDE
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [illegible]
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: [illegible]
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 207428922250018
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: EULER FABRICIO ALVES CRUZ
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/10/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Euler Fabricio A. Cruz CRM-PB 9907

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

OVERNO
A PARAÍBA

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

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

2 - Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - SEXO — Masc. — Fem.

IDENTIDADE (NÚMERO E ÓRGÃO EMISSOR)

NOME DA MÃE

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID

DIAGNÓSTICO INICIAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

CID

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE — DIÁRIA DE UTI TIPO I — DIÁRIA DE UTI TIPO II — DIÁRIA DE UTI TIPO III

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

CID

CID

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

CBO

Nº DOCUMENTO (CRM, CPF, CNPJ, ...)

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

CBO/CRMO

Nº DO DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MOD. 017

DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fx exp. de 2º e 3º PDE
Lesão de tecidos

Paciente	Gimaldo da Silva Teixeira	Alojamento	9	Leito	2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26.12.18	① Dieta livre		# ADMISSÃO #
	② SRL 1000 ml IV 22g	CT	
	③ Cefazolina 600 mg IV 6/6h	06 12 18	Paciente admitido p/ lesões de quadro de membro.
	④ Gluco 80 mg IV 8/8h	06 14 22 (Falta)	
	⑤ Dipirona 1g + AD IV 6/6h	06 12 18 24	
	⑥ Tilcoxib 20 mg + AD IV 12/12h	06 18	Presença de fratura exposta e lesões de tecidos em 2º PDE + Fx fechada de 3º PDE.
	⑦ SSVV + CCGG	CT	
	⑧ Omeprazol 20 mg VO em jejum	06	
	Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 5907		CD: VM Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 5907

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Gonaldo da Silva Ferreira	Nº Prontuário: 1761748
Data da Operação: 26.10.19	Enf.:	Leito:
Operador: Dr. Carlos	1º Auxiliar: Dr. Erick (Ortop)
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia:	Tipo de Anestesia:
Diagnóstico Pré-Operatório: Fx exp. do 2º PDG	
Tipo de Operação: Osteossíntese fechada	
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo	
Relatório Imediato da Patologia:	
Exame Radiológico no Ato: Sim	
Acidente Durante a Operação: Não	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Vísceras

1. Paciente em DDH. Sob anestesia
2. Compressa + antissepsia + campos estéreis
3. Lavagem mecânica-cirúrgica rigorosa c/ soro fisiológico 0,9% + desbridamento de tecidos desvitalizados
4. Redução cruenta do foco de fratura
5. Osteossíntese fechada sob auxílio de cirurgia com fio de Kirschner nº 3,0
6. Curativo FO + sutura + curativo
7. Observado fratura espiral grave do 2º PDE com grande perda de partes moles

Dr. Rafer Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Cumulato da Silva Silva 05.02.2004

OI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	sala 04	SUS	14	1761732

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

CIRURGIA	CIRURGIÃO
colecistectomia percutânea c/ dreno de p. sug.	Dr. Silva

ANESTESIA	ANESTESIA
Cleiton	Dr. Humberto

INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
	26.10.2017	02:20	03:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxig.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	03	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimorx amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
01	~~Ketar~~ ml oxigen		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Prostigmine amp.	05	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml	03	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	01	Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidil amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Gerarmicina amp.	03	Luvas 8.5 Cirúrgicas			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Gluconato de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.		PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	03	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor	03	SG Gelado fr 500 ml p/ lavagem	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
01	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica	02	fios de Kuchinny 2.0	
01	Glucagon amp.		Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 16			
	Agulha desc. 28 x 28		Latexe			
	Agulha desc. 3 x 4.5	05 luvas				
01	Agulha p/ raque nº					
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool iodado ml					
01	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

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

Angela Campos de Arruda Barbosa
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PB 397289

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD-005

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ginaldo da Silva Teixeira Idade: 14 anos
Convênio: SUS Data: 26/10/18
Procedimento: Osteossíntese percutânea de ulna do pé (E)

Cirurgião: Dr. Paulo (Me) Auxiliar: Anestesista: Dr. Humberto

Início: 02:20 Término: 03:00 Anestesia Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
03:15	107x48	63	95%	Rosângela	−	Sonolento
03:45	102x48	55	98%	[illegible]	⊖	"
04:15	112x48	56	98%	[illegible]	−	"
05:00	112x48	55	98%	Rosângela	+	"
06:50	112x48	57	98%	Rosângela	+	"
08:00	125x97	62 bpm	99%	Quirino + Jomes	⊕	Sonolento
9:00	94x47	78 bpm	97%	Quirino + Jomes	⊕	⊕

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações: 09:30 26.10.18
Alta SRPA

Ala Pediátrica

Assinatura Anestesista Circulante

Relatório de Operação

MOD. 165

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala 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:		

Assinatura do anestesista

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

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente		Alojamento:		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
	1.Dieta							
	2.SRL 1500ml EV/24h							
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. Clexane 40mg SC/dia							
	9.SSVV + CCGG							

Dr. Wagner Falcão
ortopedia e traumatologia
CRM-PB 8643

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

DIAGNÓSTICO

fx e xp 2º + 3º PPE
+
lesões tendíneas

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Grinaldo da Silva	Alojamento: 9	Leito 2	Convênio	lesões tendíneas

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta livre		
	2.SRL 1500ml EV/24h zelco	ct	
28/10	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12 18 18	PEG e trauf ativ
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	s/n	
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	s/n	Cd: VPsn
	8. Clexane 40mg SC/dia Sum	ct	
	9.SSVV + CCGG	ct	
	Curativo 60 7 e 6/6	12 18	

Hallisson Bastos de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

Hallisson Bastos de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

[illegible]

[illegible]

[illegible]

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

DIAGNÓSTICO

Fr exp. 2º + 3º DPOE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Cirvalto da Silva	Alojamento: 9	Leito 2	Convênio	Sem convênio

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
	1.Dieta Livre				
09/10	2.SR 1500ml EV/24h Iniciado				
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12	15	24 DE	Paciente retornando fr
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		18	DE	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum			DE	com PEO
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	S/N			
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	S/N			
	8. Clexane 40mg SC/dia Susp.	c/e			
	9.SSVV + CCGG	c/e			
	Clonidina 100mg 8/8h	12	18	24 DE	

Jonathan Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Jonathan Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

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

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Leandro da Silva	Alojamento: 9	Leito 2	Convênio	Neuro do 3º andar

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/10	1.Dieta livre		
	2.~~SRL 1500~~ml EV/24h		
	3.Dipirona 02ML + AD EV 06/06h		Paciente estável
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		Seguir Ambulatorial
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9.SSVV + CCGG		
	Conduta Ortopedia		
	Dieta livre após RPA.		POI
	Rx controle.		Paciente submetido a procedimento cirúrgico ortopédico sem intercorrências. No momento em UCPA.
	Curativo.		
	Avaliar Alta		Cd: VPM Rx controle. OPA

Num. 29773183 - Pág. 1

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Ginaldo da Silva Fernandes	Nº Prontuário:
Data da Operação: 30/10/18	Enf.:	Leito:
Operador: Dr. Marcelo Amorim	1º Auxiliar: Dr. Yuri (MRZ)
2º Auxiliar: —	3º Auxiliar: —	Instrumentador: —
Anestesia:	Tipo de Anestesia:
Diagnóstico Pré-Operatório: Necrose 2º PDT (E)	
Tipo de Operação: Amputação 2º PDT (E)	
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo	
Relatório Imediato da Patologia: ϕ	
Exame Radiológico no Ato: NÃO	
Acidente Durante a Operação: NÃO	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Vísceras

1) Paciente em DDH sob Anestesia Local.
2) Asepsia + Antissepsia + Campos Estéreis.
3) Amputação de 2º PDT (E) que encontrava-se necrótico após tentativa de fixação após trauma local.
4) LMC c/ SFO, 9 l
5) Sutura c/ Nylon 2-0
6) Curativo

Dr. [illegible]

Mod. 318

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ginaldo da Silva Feitosa 05/02/2004

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	Sala 05	SUS	14	1761232

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

CIRURGIA: Amputação do 2º dedo do pé E	CIRURGIÃO: Yuri
ANESTESIA: Local	ANESTESIA: Yuri

INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
	30/10/18	18:40	19:10

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calet. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	02	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		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	
01	Hidrocor ml Kilo S/V		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	01	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml	01	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	01	Mononylon 30	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxedil amp.	01	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fleboconid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Gentamicina amp.	01	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	05	Oxigênio l/m			
	Gluconato de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.	01	PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	01	Sabão Antiséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	24	Saco coletor Lavapé/Pés		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml p/ limpeza	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica			
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 26 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4.5					
	Agulha p/ raque nº					
01	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon 05cm					
	Ataduras de Gassada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 005

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Raul da Silva	Alojamento		Leito	S-2	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
31/10	Dieta livre						Paciente evoluindo
	Curativo						Alta Hospitalar
	Alta Hospitalar						

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	GINALDO DA SILVA FEITOSA
DATA DO EXAME:	26/10/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de liquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas e rins identificáveis ao método.

Dr. William Ramos Tejo Neto
Médico Radiologista
CRM/PB 6733

Gonçalo da Silva Feitosa

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXA

NOME: Gonçalo da Silva Feitosa

PRONTUÁR

IDADE:

SEXO M F

COR: B P A

PESO:

ALTURA:

CLINICA:

ENF.:

LEI

DADOS CLÍNICOS: Politrauma

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em
05/10/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: USG - FAST

Dr. Tertuliano Leite R. Jr.
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CLÍNICA MÉDICA

ROTINA:

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXA

NOME: GINALDO SILVA FEITOSA

PRONTUÁR

IDADE:

SEXO: M ☐ F ☐

COR: B ☐ P ☐ A ☐

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF.:

LEI

DADOS CLÍNICOS: Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Rx coluna cervical perfil
Rx tórax AP
Rx de bacia AP

Dr. Tertuliano Leite R. Jr.
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CRM-PB

ROTINA: ☐

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXA

PRONTUÁR

NOME: Gilvaldo da Silva

IDADE:

SEXO M ☐ F ☐

COR: B ☐ P ☐ A ☐

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF.:

LEI

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Rx ui G, AP e Perfil

RECEBIDO EM:

REALIZADO EM:

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 997

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: 26.10.18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

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

REQUISIÇÃO DE EXA

OME: Gonaldo da Silva | PRONTUÁR

ADE: | SEXO M F | COR: B P A | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.: | LEI

ADOS CLÍNICOS: Trauma 1. pós-op.

RAIO X
REALIZADO EM: 30/10/18

ATERIAL A EXAMINAR:

AMES SOLICITADOS: 12x pé (E) AP + oblíquo

RGÊNCIA: | ROTINA:

ATA: 20/10/18 | HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Yury Paiva
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 10.[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM Fx Pé Esquerdo

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ginaldo da Silva | Registro: | Leito: 9.2 | Setor Atual: Ped

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5°C; P: bpm; FR: 19 irpm; PA: 12x5 mmHg; FC: 60 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 (X) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

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

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 cmH_2O

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

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) 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: (X) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

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

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSE 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: (X Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

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

Realizado curativo e limpeza de MIE. Há presença de necrose, apresenta secreção serosanguinolenta, com presença de sinais flogísticos.
Lavável Bayella – estagiária de enfermagem – UERJ.
14:00 T: 36,4° FC: 64 bpm. Sp02: 98%.
Sono. Com. dieta mal. Zero. Aceita dieta. 14:00 h. Passadinho. Curativo. a noite.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Dr. Davydson Gouveia S. ENFERMEIRO COREN-PB 309810 DATA: 30/10/2018 HORA: 10:16 h

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: Ginaldo da Silva | Registro: | Leito: 9-2 | Setor Atual: Ped

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,3 °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: 85 bpm; SPO2: 98 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (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:

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 cmH2O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH 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.

IMA

Pele: (✓) 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: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da punção ___/___/___

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___

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

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

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

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

Eliminação urinária: (✓) 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: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | **Turgor da pele:** ( ) 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: (✓) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente evolui estável, normotérmico (36,3°C), EuPnéico (98%), normocardíaco (85 bpm), realizado curativo no UNIE, apresentando secreção no local, segue sob os cuidados de enfermagem.

aguardando procedimento cirúrgico em Jc F

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Vera Lucia Barbosa Aquino ENFERMEIRA COREN 66601 DEUS É FIEL DATA: 29/10/18 HORA: ___ h

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

9.2

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gerualdo da S. Feitosa | Registro: | Leito: | Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,2 °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: 81 bpm; SPO2: 99 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

(✓) 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: (✓) 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: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

Eliminação urinária: (✓) 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: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | **Turgor da pele:** ( ) 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: (✓) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

08:30h Alto elevado, o dia com pino e sonolento.

20:00h T: 36,9°C FC: 58bpm SpO2 99%

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Josiane Barros Alves ENFERMEIRA COREN 427594

DATA: 28/10/18 HORA: ___ h

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: Cinulio de Silva | Registro: | Leito: 9 2 | Setor Atual: Fx Pé E Pu

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5°C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: 65 bpm; SPO2: 98 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (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:

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 cmH2O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH 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: (✓) 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: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção __/__/__

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: ( )VO ( )SNG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: __/__/__

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

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

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

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

Eliminação urinária: (✓)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: (✓)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica | **Turgor da pele:** ( )Preservado

Condições das mucosas: (✓)Úmidas ( )Secas | **Manifestações de seda:** ( ).

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 ( ) Parcialmente dependente. Observações:

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Aguardando procedimento cirúrgico. Sem medicação realizado curativo

20:00 T- 36'8°C SPO2 - 96% FC- 82 bpm

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Josélina Oliveira Alves ENFERMEIRA COREN 427594 DATA: 27/10/18 HORA: ____ h

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

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM 9.2

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ginaldo da Silva Furtoso | Registro: | Leito: | Setor Atual:

Idade: 14 | Sexo: M | Cor: | Estado Civil: | Naturalidade: | Profissão:

Procedência: ( )Vermelha ( )Amarela ( )Verde ( )UTI (X)CC ( )Ala: ( )Residência ( )Outro

Data da internação hospitalar: 25/10/18 | Data da internação no setor: 26/10/18

Tem um cuidador/Responsável: (X) Quem? genitora

Telefone: | Tem acesso à uma UBS: ( ) Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: ( ) Motivos: | **Alergias:** ( ) Qual:

Doenças:( )HAS ( )DM ( )DPOC ( )Cardiopatia ( )Obesidade ( )Tabagista ( )Ex-tabagista ( )Neoplasia

( ) Alcoolismo ( )Drogadição ( )Outros: | **Medicações em uso:**

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

Politraumo

4.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5.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:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

Tosse: ( ) Improdutiva (X) 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: ( ) Corada (X) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia: ( )

Ausculta cardíaca: (X) 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: ( ) Nutrido (X) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

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

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

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

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

RHA: ( ) 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 (X) Outro:

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

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

Incisão cirúrgica: (X) Local/Aspecto: [illegible] 3ª e 4ª Curativo em: ___/___/___

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

20h T: 36,6 °C FC: 64 bpm SPO2: 97

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 26/10/18 HORA: ___ h

Luis Sérgio Nunes
Enfermeiro
COREN [illegible]

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE S JDE O ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: Giraldo da Silva Feitosa
End: R. Senador Ruy Carneiro Bairro: Tapera
Data de Nascimento: 05-02-04 Documento de Identificação:
Queixa: Acidente Data do Atend.: 26-10-18 Hora: 00:20 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não
moto

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Enfermeira
COREN PB 310.725

Assinatura e carimbo do profissional

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1761732 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

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: 26/10/2018
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Adriana Pereira Rodrigues

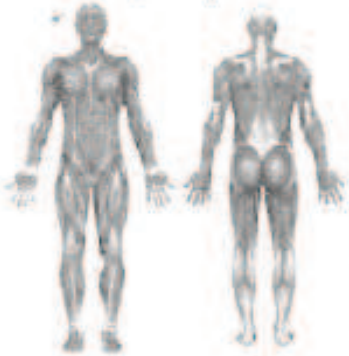
PACIENTE: GINALDO DA SILVA FEITOSA
Endereço:SENADOR RUI CORDEIRO
Cidade: Taperoá
Nome da Mãe: FRANCINETE FEITOSA
Responsável: FRANCINETE FEITOSA
Estado Civil:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58680000
Sexo:M
Idade:014
RG:
CPF:
Data de Atend:26/10/2018
Hora: 00:26:24
CRM:

Nascimento:05/02/2004
Telefone:
Bairro:CENTRO
Nº:0
Profissão:
CNS:701406699956735
CONVÊNIO:SUS
Especialidade:

ULTRASSONOGR. Realizada em: 26/10/18

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



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

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada ____ % **Grau** ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: Pós trauma.

EXAME PRIMÁRIO ( ) **DOS** ( ) **ICOS** Cirurgião
Paciente vítima de colisão moto carro.
Admitido com Escoriações múltiplas e fratura exposta perna esq ?. solicito ao CIPE e Ortopedia

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) ____

Glasgow 15 **PA** ____ **HGT:** ____ **Sat02** ____

CRE DO EM 30/10/18

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: CIPE / ____ às ____ : ____ Dia ____ / ____ / ____

Especialista: Ortopedia / ____ às ____ : ____ Dia ____ / ____ / ____

MÉDICO SOLICITANTE ____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SF 0,9% 500ml IV 20mL/h	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Tercio Leite R. Jr. RESIDENTE CIRURGIA GERAL CLÍNICA MÉDICA CRM-PB 7131

RAIO-X 26/10/18

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

CIPE OD: 35 h

Paciente orientado e calmo
Relata queixas apenas em
Pododactilo Esquerdo D.D.
Abdome sudáles et palpação
movimento membros SS e ff.

Conduta: ① Alta da CIPE
② Agendar ortopedia

Dr. Jeferson Jerão Silveira
MÉDICO
CRM 3763-CRP 189.541.904-49

ORTOPEDIA

Presença de prótese exposta do 2º e 3º PD E.
Qd: ao Bloco Cirúrgico

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

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

( )Centro cirúrgico _____
( )Internação (setor) _____
( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar
( )A revelia
( )Decisão Médica
( )Óbito

X Francineta Feitosa
Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a). FRANCINETE FEITOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

ECT - DMP BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 303U1220 - AC LIVRAMENTO
LIVRAMENTO - PB
CNPJ..... 34028316359/00 Ins Est : 160/45500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente..... SEGURADORA LIDER (UNICOR SEGU
CNPJ/CPF..... 09248608000104
Doc. Post..... 3382455
Contrato..... 9912280636 Cod Adm : 11205/09
Cartao..... 6226/655

Movimento.. 15/05/2015 Hora 11:23:20
Caixa..... 91644970 Matricula 847833/
Lancamento : 007 Atendimento 00004
Modalidade : A Faturar ID Unauto 164558138

DESCRICAO OTD PRECO(R$)
SEGURO DPVAT ATE 30 1 23,26+
Valor do Porte(R$) 23,26
Peso real (G)..... 103
Peso Tarifado:..... 0,103
CNPJ/CPF Remet : 08468234430
Nome Remetente : FRANCINETE DA SILVA FEITOS
Cont. Nome..... A
Endereco Remet.. RUA SENADOR RUI CARNEIRO ,
Cont Endereco.. 124 CASA - SAO JOSE
Cep Remetente.. 58660-000
Cidade Remet... TAPEROA
UF Remet..... PB
POSTAL RESPOSTA DPV 1 29,00+
Valor do Porte(R$) 29,00
Cep Destino: 2001[illegible]RJ
Peso real (G)..... 10[illegible]
Peso Tarifado:..... 0,104
OBJETO..... DY127450981BR

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCINETE FREITAS,

RG nº 3382455, data de expedição 02/11/05, Órgão SSP/PB,

CPF nº 084882344-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Senador Rui Carneiro
Número	124
Apto / Complemento	Casa
Bairro	São José
Cidade	Taperoá
Estado	Paraíba
CEP	58680000
Telefone de Contato	(83) 99640-4318
E-mail	marcelodlad@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Taperoá/PB 07/05/19

Assinatura do Declarante: Francinete Freitas

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu,_____,

RG nº_____, data de expedição____/____/____, Órgão_____, portador do CPF nº _____, com domicílio na cidade de _____, no Estado de _____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____,nº_____, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima _____, cujo o condutor era _____.

Veículo:
Modelo:
Ano:
Placa:
Chassi:
Data do Acidente:
Local e Data: _____

O proprietário encontra-se em local incerto e não sabido.

_____
Assinatura do Declarante

_____

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	132593864-59	Ginaldo da Silva Feitosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Francinete Feitosa		CPF titular da conta: 084882344-30	Profissão: Agricultora
Endereço: Rua Senador Rui Carneiro		Número: 124	Complemento: Casa
Bairro: São José	Cidade: Taperoá	Estado: PB	CEP: 58680000
Email: marcelodlaudo@gmail.com			Telefone (DDD): (83) 99640-4117

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
- ☒ SEM RENDA
- ☐ ATÉ R$ 1.000,00
- ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- ☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
Bradesco S/A		1563	6	0021447	1
		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Taperoá/PB, 07 de Maio de 2019
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x Francinete Feitosa
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora Líder · DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ginaldo da Silva Ferrosa

DATA DO ACIDENTE 14/11/18 CPF DA VÍTIMA 132593864-59

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Genitora (mãe)

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Senador Rui Carneiro

Nº 124 COMPLEMENTO Casa BAIRRO São José

CIDADE Tapiraí UF PB CEP 58680000

E-MAIL marcelodlapvo@gmail.com TELEFONE (83) 99640-4118

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA x 07/05/19

IDENTIDADE 3382455

ASSINATURA x Francineth Feitosa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE TAPEROÁ

VARA ÚNICA

Fórum Desembargador Manoel Taigy Filho

Rua João Suassuna, s/n, Centro, Taperoá-PB, CEP 58680-000

Fone: (83) 3463-2226 / E-mail: ter.1vara@tjpb.jus.br

0800268-50.2020.8.15.0091

CERTIDÃO

Certifico que, não existe ação judicial tramitando, ou mesmo tramitou, no Sistema de Controle de Processos do TJPB, referente a mesma classe e assunto envolvendo as partes referidas na petição Inicial.

Certifico, ainda, que, nesta data faço conclusos os presentes autos ao MM. Juiz de Direito desta Comarca.

O referido é verdade e dou fé.

Taperoá/PB, data do registro eletrônico.

PATRICIA GOMES BEZERRA DA COSTA

Técnica Judiciária

Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800268-50.2020.8.15.0091
[Acidente de Trânsito]
AUTOR: G. D. S. F.REPRESENTANTE: FRANCINETE FEITOSA
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

SENTENÇA

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 99, §§2° e 3°, CPC).

Trata-se de ação de cobrança de indenização do Seguro DPVAT.

A jurisprudência dominante exige a comprovação de prévio requerimento administrativo e o correspondente indeferimento para que reste configurado o interesse processual.

Ilustrativamente:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURO DPVAT. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EXARADO EM SEDE DE REPERCUSSÃO GERAL. AÇÃO AJUIZADA DEPOIS DO JULGAMENTO DO ARESTO PARADIGMA. INAPLICABILIDADE DA REGRA DE TRANSIÇÃO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. “Esta corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do estado só se

caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo plenário da corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do RE 631.240, Rel. Min. Roberto Barroso. " (STF RE 839.353 MA, Relator: Min. Luiz Fux, data de julgamento: 04/02/2015, data de publicação: DJE-026 divulg. 06/02/2015 e public. 09/02/2015). (TJPB, APL 0010339-16.2015.815.2001, Primeira Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Leandro dos Santos, DJPB 03/04/2017, p. 8).

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE EM VIRTUDE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. APELAÇÃO. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO STF. PEDIDO ADMINISTRATIVO NÃO DEMONSTRADO. AUSÊNCIA DE PRETENSÃO RESISTIDA APTA A JUSTIFICAR A PROPOSITURA DA AÇÃO. DESPROVIMENTO DO RECURSO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. "Esta Corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do Estado só se caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo Plenário da Corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do RE 631.240, Rel. Min. Roberto Barroso" (STF. RE: 839353 MA, Relator: Min. LUIZ FUX, Data de Julgamento: 04/02/ 2015, Data de Publicação: DJe-026 DIVULG 06/02/2015 PUBLIC 09/02/2015) (TJPB, APL 0040819-50.2010.815.2001, Quarta Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira, DJPB 24/03/2017, p. 16).

No mesmo sentido: TJPB, APL 0020823-61.2013.815.2001, Terceira Câmara Especializada Cível, Relª Desª Maria das Graças Morais Guedes, DJPB 11/04/2017, p. 14; e TJPB, APL 0002391-51.2014.815.2003, Segunda Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho, DJPB 11/04/2017, p. 10).

Em consulta ao sítio eletrônico da Seguradora Líder, verifico que a indenização ainda não foi apreciada administrativamente EM VIRTUDE DE DOCUMENTOS FALTANTES QUE NÃO FORAM ENTREGUES (boletim de ocorrência e declaração do proprietário do veículo), tendo a promovida aberto prazo de cento e oitenta dias para saneamento das lacunas.

Portanto, **NÃO HOUVE INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO, MAS DESÍDIA DA PRÓPRIA PARTE AUTORA NA FORMALIZAÇÃO DO PEDIDO ADMINISTRATIVO, TENDO HAVIDO CONCESSÃO DE PRAZO PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO FALTANTE.**

Verifica-se, na espécie, que não houve, portanto, indeferimento administrativo previamente ao ajuizamento desta ação.

Consigno, por fim, não ser o caso de intimação do autor para comprovar o prévio requerimento administrativo e correspondente indeferimento, nos moldes do art. 321 do CPC, porquanto os documentos já encartados nos autos indicam, sem qualquer dúvida, que não houve recusa administrativa de pagamento até o presente momento, de modo que essa diligência seria inútil, servindo tão somente para retardar a prestação jurisdicional.

Posto isso, nos moldes do art. 485, I, c/c art. 330, III, do CPC, **INDEFIRO A INICIAL**, **EXTINGUINDO O PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL, e condeno a parte autora ao pagamento das custas processuais, observada a suspensão de exigibilidade de que trata o art. 98, §3°, do CPC, por ser beneficiária da gratuidade judiciária.**

Dispensada a publicação no Diário da Justiça Eletrônico (art. 5°, *caput*, da Lei Federal n.° 11.419/2006[1]).

Intime-se a parte autora, somente por intermédio de seu advogado (expediente eletrônico).

Decorrido o prazo recursal sem manifestação, certifique-se o trânsito em julgado e arquive-se, independentemente de nova conclusão.

Cumpra-se.

Taperoá/PB, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito

APELAÇÃO EM ANEXO - FORMATO PDF

ADVOCACIA

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DA COMARCA DE TAPEROÁ - PB.

INTERESSE DE AGIR CONFIGURADO – REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO NEGADO

PEDIDO ADMINISTRATIVO NEGADO – AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS (DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO) – A APELANTE NÃO POSSUI O DOCUMENTO EXIGIDO – REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO COM OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SUA CONCESSÃO.

INFORMA A PARTE APELANTE QUE NÃO PODE ACOSTAR DOCUMENTOS NO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO DOS QUAIS NÃO OS POSSUEM COMO A DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO SOB PENA DE INCORRER EM CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA

ARTIGO 299 DO CPB *– Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.*

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO INCLUSO
CARTA NEGADA INCLUSA

Autos: 08002685020208150091

GINALDO DA SILVA FEITOSA*, menor impúrbere, representado neste ato pela a sua genitora* ***FRANCINETE FEITOSA****, já devidamente qualificado no Processo n°* ***xxxxx****, por intermédio de seus procuradores e advogados infra-assinados, inconformada, data vênia, com a respeitável decisão prolatada no processo em epígrafe, vem, perante Vossa Excelência, interpor o presente* ***RECURSO DE APELAÇÃO****, requerendo a remessa dos autos ao Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba, com fulcro no que preceitua o artigo 1009 e seguintes do NCPC.*

Requer ainda, com base no que preceitua os artigos 4° e 9° da Lei N°. 1.060/1950, que o presente recurso seja recebido com os benefícios da justiça gratuita, uma vez que a Apelante não dispõe de condições financeiras de arcar com as custas processuais sem prejudicar o próprio sustento.

Nestes Termos, P. deferimento.

Taperoá, 10 DE MAIO DE 2020.

MARCELO DANTAS LOPES

Advogado OAB/PB 18.446

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nª 53 – sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 – **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nª 121, Centro – Fone: 88939848

EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA

Apelante: ***GINALDO DA SILVA FEITOSA****, menor impúrbere, representado neste ato pela a sua genitora* ***FRANCINETE FEITOSA***

Autos: 08002685020208150091

Comarca de Origem: Taperoá/PB

RAZÕES RECURSAIS DO APELANTE

Colenda Turma Julgadora,

Eminente relator,

Merece reforma total a sentença proferida pelo MM. Juiz de Primeiro Grau, tendo em vista ter contrariado frontalmente os princípios constitucionais ***DO LIVRE ACESSO A JUSTIÇA E DA INAFASTABILIDADE DA JURISDIÇÃO ESTABELECIDOS*** *no artigo 5º, inciso XXXV da Constituição Federal.*

Outrossim, Nobres Julgadores, ***O APELANTE ciente de seu direito ingressou com o pedido administrativo com toda a documentação exigida pela a apelada para obter o seguro DPVAT NO QUAL FAZ JUS como o Boletim de Ocorrência (BO), os Prontuários Médicos do Hospital Geral de Taperoá e do Hospital de Trauma de Campina Grande/PB e outros documentos, tendo O PRESENTE PEDIDO NEGADO em virtude da exigência de um documento no qual a autora NÃO POSSUI, COMO A DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO.***

Logo, Nobres Julgadores, O APELANTE REALIZOU O DEVIDO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, HAJA VISTA QUE POSSUIA OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SUA CONCESSÃO, CONTUDO NUNCA OBTEVE RESPOSTA ACERCA DO SEU DIREITO DE RECEBER O SEGURO DPVAT.

NESTE CONTEXTO, NOBRES JULGADORES, ***O DOUTO JUIZ A QUO EXTINGUIU O PRESENTE FEITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR, MESMO ESTANDO INCLUSO O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO COMO DETERMINA A ATUAL JURISPRUDÊNCIA E A CARTA DE INDEFERIMENTO.***

ADEMAIS, COMO JÁ MENCIONADO O PRESENTE PEDIDO ADMINISTRATIVO ENCONTRA-SE NEGADO, DESTARTE, O INTERESSE DE AGIR RESTA DEVIDAMENTE CONFIGURADO.

DATA MAXIMA VÊNIA, ***A ATUAL JURISPRUDÊNCIA NÃO DETERMINA O COMPLEMENTO/EXAURIMENTO, MAS SIM NO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, O QUE FOI FEITO PELA A APELANTE.***

LOGO, ***ANTE AO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO COMO DETERMINA A JURISPRUDENCIA ATUAL E O PEDIDO ADMINISTRATIVO NEGADO O APELANTE REQUER A REFORMA DA REFERIDA SENTENÇA.***

1. BREVE ESBOÇO DA LIDE

A Parte Apelante ajuizou a presente demanda pleiteando junto ao Poder Judiciário a indenização do seguro obrigatório DPVAT decorrente de acidente de trânsito.

Nisto, Nobres Desembargadores, a petição inicial foi devidamente instruída com os documentos necessários para concessão da indenização do seguro obrigatório DPVAT como o Boletim de Ocorrência, Prontuário médico, e outros documentos, bem como, ***A JUNTADA DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E A CARTA DE INDEFERIMENTO DA APELADA.***

Necessário se faz dizer que ***O PRESENTE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO FOI ACOMPANHADO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A CONCESSÃO COMO BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PRONTUÁRIO MÉDICO*** *e outros documentos*

Desta feita, o juízo a quo ***EXTINGUIU O FEITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR, MESMO TENDO O APELANTE REALIZADO O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E O MESMO ESTANDO NEGADO.***

A sentença recorrida a ***AFRONTA A GARANTIA CONSTITUCIONAL DO LIVRE ACESSO A JUSTIÇA E O PRINCIPIO DA INAFASTABILIDADE DA JURISDIÇÃO, haja vista, QUE O REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO PELA A APELANTE ENCONTRA-SE NEGADO.***

Inconformado com a sentença monocrática, a parte autora interpõe a presente Apelação, com vistas à reforma total da sentença de 1.º Grau, com suporte nas razões a seguir expostas.

2. Dos Pressupostos de Admissibilidade e a sua Tempestividade

A intimação do apelante se deu por meio da plataforma PJE no dia 11/05/2020, devendo-se considerar os prazos processuais só devem ser contados a partir do primeiro dia útil seguinte, tendo o prazo fatal no dia 01/06/2020.

Logo, o presente recurso ENCONTRA-SE plenamente tempestivo.

Acerca das custas e emolumentos recursais, salienta o apelante que não possui meios de arcar com as mesmas sem prejuízo de sua própria subsistência e de sua família, logo, requer o deferimento da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei n° 1060/50.

Os demais pressupostos intrínsecos e extrínsecos do Recurso de Apelação estão plenamente preenchidos.

3. Do Mérito

A decisão do juízo a quo não deve ser mantida, porquanto está em desconformidade com os dispositivos legais e constitucionais, como se vê O ***PEDIDO ADMINISTRATIVO ENCONTRA-SE NEGADO, DESTARTE, O INTERESSE DE AGIR ENCONTRA-SE CONFIGURADO.***

Outrossim, o interesse de agir já restaria ***CONFIGURADO PELO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO,*** *CONFORME JURISPRUDÊNCIA ABAIXO:*

> ***APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURO DPVAT. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO EM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EXARADO EM SEDE DE REPERCUSSÃO GERAL. AÇÃO AJUIZADA DEPOIS DO JULGAMENTO DO ARESTO PARADIGMA. INAPLICABILIDADE DA REGRA DE TRANSIÇÃO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO.*** *"Esta corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é*

compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ***ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do estado só se caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo plenário da corte no julgamento de repercussão geral*** *reconhecida nos autos do RE631.240, Rel. Min. Roberto Barroso. " (STF RE 839.353 MA, Relator: Min. Luiz Fux, data de julgamento: 04/02/2015, data de publicação: DJE-026 divulg. 06/02/2015 e public. 09/02/2015). (TJPB, APL 0010339-16.2015.815.2001, Primeira Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Leandro dos Santos, DJPB 03/04/2017, p. 8).*

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE EM VIRTUDE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. APELAÇÃO. AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. NECESSIDADE. PRECEDENTE DO STF. PEDIDO ADMINISTRATIVO NÃO DEMONSTRADO. AUSÊNCIA DE PRETENSÃO RESISTIDA APTA A JUSTIFICAR A PROPOSITURA DA AÇÃO. DESPROVIMENTO DO RECURSO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. *"Esta Corte já firmou entendimento no sentido de que o estabelecimento de condições para o exercício do direito de ação é compatível com o princípio do livre acesso ao Poder Judiciário, previsto no artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. A ameaça ou lesão a direito aptas a ensejarem a necessidade de manifestação judiciária do Estado* ***só se caracterizam após o prévio requerimento administrativo, o qual não se confunde com o esgotamento das instâncias administrativas, consoante firmado pelo Plenário da Corte no julgamento de repercussão geral reconhecida nos autos do RE 631.240, Rel. Min. Roberto Barroso" (****STF. RE: 839353 MA, Relator: Min. LUIZ FUX, Data de Julgamento: 04/02/ 2015, Data de Publicação: DJe-026 DIVULG 06/02/2015 PUBLICADO 09/02/2015) (TJPB, APL 0040819-50.2010.815.2001, Quarta Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira, DJPB*

24/03/2017, p. 16).

Outrossim, a extinção do processo sem resolução ao mérito ante a COMPROVAÇÃO DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, bem como, A CONSTATAÇÃO DO INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO É UMA AFRONTA AOS PRINCIPIOS CONSTITUICIONAIS PROCESSUAIS DO LIVRE ACESSO A JUSTIÇA E DA INAFASTABILIDADE DA JURISDIÇÃO.

4. Das Razões Recursais

Como já mencionado, Nobres Julgadores, a presente causa versa sobre a cobrança do Seguro Obrigatório DPVAT no qual o juízo a quo que ***EXTINGUIU O FEITO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR, MESMO A APELANTE TER REALIZADO O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO COMO DETERMINA A ATUAL JURISPRUDÊNCIA E HAVENDO O INDEFERIMENTO DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO(NEGADO).***

Oportuno dizer que, felizmente, a jurisprudência pátria, aplicando o princípio da inafastabilidade da apreciação pelo Poder Judiciário, previsto no artigo ***5º, inciso XXXV, da Constituição Federal, não vacila em garantir que a toda lesão ou ameaça ao direito teve ser apreciado pelo PODER JUDICIÁRIO.***

O apelante ***BUSCA APENAS A PRESTAÇÃO JURISDICIONAL APÓS O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E A SUA NEGATIVA, DA MELHOR FORMA PREVISTA EM LEI E ACEITA PELOS TRIBUNAIS PÁTRIOS.***

No caso dos autos, é de ser afastada a carência de ação por ausência de interesse de agir, uma vez que ***O APELANTE REQUEREU O PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO, E O MESMO ENCONTRA-SE NEGADO.***

Destarte, espera e confia, data vênia, que seu ***legítimo direito*** *não seja excluído da apreciação do Poder Judiciário.*

6 – ***Dos Pedidos Recursais***

Por todo o exposto, pelo que consta dos autos e pelo que será suprido pelos DD. Julgadores requer seja o presente recurso ***CONHECIDO*** *e* ***PROVIDO, para ANULAR*** *a r. sentença que* ***extinguiu o feito sem resolução do mérito****, afastando a* ***FALTA DE INTERRESSE DE AGIR****, haja vista, que nos autos consta o* ***PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO****, bem como,* ***CARTA DE INDEFERIMENTO DO PLEITO ADMINISTRATIVO,*** *restando assim, o interesse de agir configurado, determinando o retorno dos autos ao E. Juízo de origem, a fim de que se dê* ***prosseguimento ao feito com a determinação da citação da ré****, sob pena de* ***afronta aos princípios do livre acesso à justiça e o da inafastabilidade da jurisdição.***

Nestes precisos termos, pede e confia no deferimento.

Taperoá, 10/10/2020

MARCELO DANTAS LOPES

Advogado OAB/PB 18.446

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190351932

Vítima: GINALDO DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a). FRANCINETE FEITOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Ciente da sentença proferida nos presentes autos, bem como, informa que já houve a juntada do RECURSO DE APELAÇÃO.

TAPEROÁ/PB, DATA, HORA E ASSINATURA DIGITAIS.

MARCELO DANTAS LOPES

ADVOGADO OAB/PB 18446

Poder Judiciário da Paraíba

Vara Única de Taperoá

R JOÃO SUASSUNA, S/N, CENTRO, TAPEROÁ - PB - CEP: 58680-000

Número do Processo: 0800268-50.2020.8.15.0091
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Acidente de Trânsito]
Polo ativo: AUTOR: G. D. S. F.REPRESENTANTE: FRANCINETE FEITOSA
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que:

1) a parte autora interpôs o recurso de apelação ID 30567099 no prazo legal.

2) faço conclusão dos autos.

TAPEROÁ, 29 de julho de 2020

PATRICIA GOMES BEZERRA DA COSTA

Técnica Judiciária

Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800268-50.2020.8.15.0091

DESPACHO

Intime-se o promovido para, querendo, contrarrazoar o apelo no prazo legal.

Após, remetam-se os autos ao E. TJPB independente de nova conclusão.

Cumpra-se.

TAPEROÁ, 4 de agosto de 2020.

Juiz(a) de Direito