

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do

Aproveite melhor o seu tempo

Atendimento Energia para deficientes auditivo ou de fala 0800 023 0196 (24h)
Ouvindo Energia 0800 083 8484 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento
ABR (Agência de Regulação do Estado da Paraíba) - 0800 227 0167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)
ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica) 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

- Para atendimento em nossas agências ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia elétrica, CPF ou CNPJ.
- Facilite o acesso do leitor ao medidor e assim evite que o seu consumo seja faturado pela média dos últimos doze meses.
- Informações sobre condições gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e impostos estão à disposição para consulta em nossas agências de atendimento ou em nosso site www.energis.com.br
- Possíveis valores individuais apurados, acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação, e direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.
- Pagando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% ao mês, corte no fornecimento de energia e demais transtornos. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
- Os dados impressos tem vida útil de até cinco anos desde que se evite o contato direto com plásticos, solventes ou produtos químicos, bem como a exposição ao calor e umidade excessiva, luz solar e iluminação de lâmpadas fluorescentes.
- Caso não efetue o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SPC), e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes, devendo arcar com todos os custos para retirada do protesto.
- Seu CPF foi protestado? Consulte através do site: <http://pesquisaprotesto.com.br>

Fique Atento!

Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA só estarão disponíveis para consulta em nosso sistema 24 HORAS após a data de apresentação informada no anverso.

Glossário

Cadastre-se em nossos canais: 0800 023 0196 Agências de Atendimento www.energis.com.br



Receba sua fatura por e-mail. Mais comodidade para o seu dia a dia.



Débito Automático - Banco do Brasil / Bancoob (Sicoob) / Bradesco / Santander / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander

Agentes Credenciados - Banco do Brasil (Correspondentes Bancários - Pagafácil - Banco Postal) / Bradesco (Correspondentes Bancários) / Brinks E-Pago / Bancoob (Sicoob) / BNB / Caixa Econômica Federal (Casas Lotéricas e Caixa aqui) / Sicredi / Tribanco

Autoatendimento e Internet - Banco do Brasil / Bradesco / Bancoob (Sicoob) / BNB / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Sicredi

Onde pagar sua conta





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.634.401 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	24/04/2014
NOME	YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES		
FILIAÇÃO	ALUISIO WAGNER DE MENEZES ALVES KELVA SYLMARA TARRADT DE SOUZA		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	08/05/1995
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº11.518 - LIV.A-10 - FLS.178V - CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB		
CPF	094.400.964-62		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			



PROCURAÇÃO E CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE/CONTRATANTE: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES, brasileiro, nascido em 08/05/1995, solteiro, educador, inscrito no CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 2ª Via SSDS/PB, telefone (83) 98792-5645, e-mail: yuriboy12@gmail.com, residente e domiciliado na Rua São Pedro, nº 1250, Quadra 15, Bloco 2, Apt 201, Santa Rosa, CEP 58417-035, Campina Grande/PB.

OUTORGADO/CONTRATADO: TIAGO GURJÃO COUTINHO DE AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 16.866, inscrito no CPF nº 051.999.864-22, BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 27.056, inscrito no CPF nº 007.534.734-29, RENATA MORGANA GALVÍNCIO SILVA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 21.761, inscrita no CPF nº 065.506.274-27 e os estagiários VICTOR ULISSES FERREIRA LYRA, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF nº 098.054.984-17, CAMILA DE MEDEIROS VIEIRA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 466.406.438-12, BEATRIZ DE SOUZA SILVA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 122.869.124-89, BEATRIZ PEREIRA BARROS, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 085.247.814-32, com escritório situado na Rua Olinda, 64, Malvinas, CEP 58433-152, Campina Grande-PB, telefones: (83) 3066-4098, (83) 99614-6564 e (83) 98650-9078, local onde deverá receber notificações ou intimações.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **PROPOR AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS em face da SEGURADORA LIDER**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pleitear gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma dos arts. 99 e 105 do NCPC15).

DOS HONORÁRIOS: Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei aos advogados outorgados/contratados, ou a quem legalmente os substituir, a quantia equivalente a **30% (Trinta por cento)** sobre os valores devidos, **autorizando que seja feita a retenção e a expedição de alvará apartado se for requisitado**, a título de **honorários advocatícios contratados**, ficando ainda esclarecido serem devidos independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente aos advogados outorgados/contratados.

Campina Grande, PB – 18 de julho de 2020.


YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES





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, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200261538 Vítima: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Data do Acidente: 08/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01025/01026 - carta_11 - INVALIDEZ

00030513



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

094.400.964-62

4 - Nome completo da vítima:

YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

6 - CPF:

7 - Profissão:

AUXILIAR DE PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA SÃO PEDRO, QUADRA 15, BLOCO 2 APARTAMENTO 20

9 - Número:

1250

10 - Complemento:

Q 15, BL 02 AP

11 - Bairro:

SANTA ROSA

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58413520

15 - E-mail:

YURIBOY12@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

83 98158-1269

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737

CONTA: 00110790

8

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: VICTOR ULISSES FERREIRA LYRA

CPF: 098.054.984-17

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CAMILA DE MEDEIROS VIEIRA

CPF: 466.406.438-12

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Campina Grande/PB, 21 de julho de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EDC 001 V002/2019



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):
Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME XORI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

DOC. INDIVIDUAL / ORDEMADOR DE 36344401 **UF** PB

CPF 094.400.964-62 **DATA NASCIMENTO** 08/05/1995

FILIAÇÃO ALUISSIO WAGNER DE MENEZES ALVES
 KELIVA SYLÉARA TARRADT DE SOUZA

PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CAVAL ☐ AB

VALIDADE 30/05/2020 **1ª EMISSÃO** 31/05/2019

Nº REGISTRO 07270776080

OBSERVAÇÕES

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO 31/05/2019

ASSINATURA DO TITULAR *Xori Matheus Tarradt de Menezes*

ASSINATURA DO EMISSOR 16648851831
 PB037921223

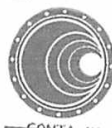
PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1765662113





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

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70427682

REFERÊNCIA

JUN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS
KEILVA SYLMARA F. DE SOUZA
RUA NENZINHA CLIMA, QD 15 - BL 02 APT 201 - SANTA
ROSA CAMPINA GRANDE - PB 55400-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.013.450.0150.102	102	<input checked="" type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Público	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N239942	18/09/2012	INTERNO - LIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO DATA DE LEIT. PROXIMA LEITURA						
919	926	33	12/07/2020			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. E QUAL. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
MAI/2020	7	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2020	9	TURBIDEZ	0	0	0	
MAR/2020	8	CIORO	0	0	0	
FEV/2020	10	PH	0	0	0	
JAN/2020	13	COR	0	0	0	
DEZ/2019	13	COR TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	10				0	
DADOS REFERENTES A: ABR/2020						

DADOS REFERENTES A: ABR/2020

DATA DA IMPRESSÃO: 15/06/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 11:13:42

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	7 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2020		1,35
JUROS DE HORA 03/2020		1,11

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,34 PIS e CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

26/06/2020

Total a Pagar:

R\$ 70,70

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVÍRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA PB 3000 BR)

REFERÊNCIA VENCIMENTO

PG-MATRÍCULA	JUN/2020	26/06/2020	TOTAL A PAGAR



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

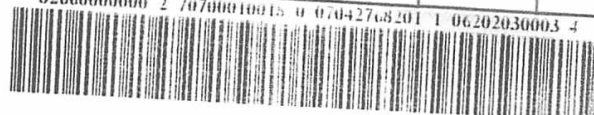
PG-MATRÍCULA

JUN/2020

26/06/2020

TOTAL A PAGAR

826600000000 2 70700010015 0 07042768201 1 06202030003 4



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, YURI Matheus Tarradt De Menezes,
RG nº 3634401, data de expedição 24/04/2014
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 094400964-62,
com domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Pedro, nº 1250,
complemento Q 15 BL2 AP201, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Yuri Matheus Tarradt De Menezes, cujo o condutor era
YURI Matheus Tarradt De Menezes.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda Pop Ano: 2018/2018
Placa: QSC-9320 Chassi: 9C2JB01005R073903
Data do Acidente: 08/10/2019

Local e Data: Campina Grande/PB 21 de julho de 2020

X Yuri Matheus Tarradt de Menezes
Assinatura do Declarante

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



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VANTAGENS REPOUSICIONARCA - APRESSOIS TRANSPOHADRAS QUINAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014082645060 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraliber.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 01/11/201

VIA 1 09440096462 CPF CNPJ 0509320/PB

RENAVAM 01170347204 HONDA/FOF 1101 MARCA/MODELO

ANO FAB 2018 OUT. PAR. 9 Nº CLASS 9C2JB0100JRO73903

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DEVIATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) TOTAL A SER PAGAO SEGURADORA (R\$)
***** P A G O

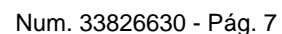
COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUATRO
31/10/2018

SEGURADORA LIBER - DPVAT

CNPJ 09.228.808/0001-04

36170-1509044 20181101

AGO-2018



PROCURAÇÃO E CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE/CONTRATANTE: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES, brasileiro, nascido em 08/05/1995, solteiro, educador, inscrito no CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 2ª Via SDDS/PB, telefone (83) 98792-5645, e-mail: yuriboy12@gmail.com, residente e domiciliado na Rua São Pedro, nº 1250, Quadra 15, Bloco 2, Apt 201, Santa Rosa, CEP 58417-035, Campina Grande/PB.


OUTORGADO/CONTRATADO: TIAGO GURJÃO COUTINHO DE AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 16.866, inscrito no CPF nº 051.999.864-22, RENATA MORGANA GALVÍNCIO SILVA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 21.761, inscrita no CPF nº 065.506.274-27, BRUNO MACÊDO DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, bacharel em direito, inscrito no CPF nº 007.534.734-29, DANIEL LUCAS DE SOUZA RIBEIRO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF nº 112.429.474-00, MARIA APARECIDA FERNANDES FERREIRA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 129.179.014-46, SUÊNIA VANESSA DA CUNHA SALGUEIRO, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 104.599.864-81 e VICTORIA CRISTINA SILVA OLIVEIRA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 108.334.434-02, com escritório situado na Rua Olinda, 154A, Malvinas, CEP 58433-152, Campina Grande-PB, telefones: (83) 3066-4098, (83) 99614-6564 e (83) 98650-9078, local onde deverá receber notificações ou intimações.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **REQUERER SEGURO DPVAT VIA ADMINISTRATIVA**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pleitear gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma dos arts. 99 e 105 do NCPC15).

DOS HONORÁRIOS: Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei aos advogados outorgados/contratados, ou a quem legalmente os substituir, a quantia equivalente a **20% (20 vinte por cento)** sobre os valores devidos, **autorizando que seja feita a retenção e a expedição de alvará apartado se for requisitado**, a título de **honorários advocatícios contratados**, ficando ainda esclarecido serem devidos independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente aos advogados outorgados/contratados.

Campina Grande, PB – 20 de Julho de 2020.


YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruno Macedo de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 007534734 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Yuri Matheus tarrodt de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 094 400964 / 62

do sinistro de DPVAT cobertura Por invalidez da Vítima Yuri Matheus tarrodt de Menezes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 094 400 964 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Olinda</u>	Número: <u>89</u>	Complemento:
Bairro: <u>Malvinas</u>	Cidade: <u>Compimã Grande</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>Gurjaoeoliveira.adv@gmail.com</u>	CEP: <u>58433-152</u>	Tel.(DDD): <u>83 3066-4098</u>

Local e Data: Compimã Grande / PB, 21 de julho, 2020

Bruno Macedo de Oliveira.

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA
RUA OLINDA 64 A - BODOCONGO
CEP 55433-152 - CAMPINA GRANDE / PB (AQ: 401)
CPF/CNPJ/RAN: 007.534.734-29



Clt/Sbc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro: 12 0401-677-4711 Medidor: W5075410799



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002985612

VALOR DA FATURA R\$ 128,31	VENCIMENTO 26/07/2020
REFERÊNCIA JUN/2020	CONSUMO 154 kWh 5,5kWh MÉDIA DIÁRIA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

		DESCRITIVO							
CC	Descrição	QUANT.	TARIFA C/ IMPOSTOS	Valor Total (R\$)	BASE CALC. (R\$)	Alq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	BASE CALC. PS/COFINS (R\$)	PS (R\$) 1,0845%
021	Consumo em kWh	154	0,743660	114,52	114,52	27	30,92	114,52	1,24
007	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			13,79	0	0	0,00	0	0

CC: Código de Classificação do Item Total: 128,31 114,52 30,92 114,52 1,24 5,72

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
LEITURAS		Descrição	Valor(R\$)
Anterior	21/06/20	399 kWh	
Atual	19/06/20	813 kWh	
Consumo		154 kWh	
Período	25 dias		
Constante do medidor	1		
PRÓXIMA LEITURA			
20/07/2020			
Total			128,31

INDICADORES DE QUALIDADE		MENSAL - APURADO TRIMEST. ANUAL		LIMITE DE TOLERÂNCIA	
ÍNDICE DE QUALIDADE DE ENERGIA (IDEE)		ÍNDICE DE QUALIDADE DE ENERGIA (IDEE)		ÍNDICE DE QUALIDADE DE ENERGIA (IDEE)	
Índice que o cliente recebe sem energia - DIC		Índice que o cliente recebe sem energia - FIC		Índice que o cliente recebe sem energia - FIC	
Duração da maior interrupção da energia no período - DMC		Duração da maior interrupção da energia no período - DMC		Duração da maior interrupção da energia no período - DMC	
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI		Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI		Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI	

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te ajudar pelas melhores opções, via App Energisa 24h e 7 dias por semana (0800 010 0100).

Atenção: Segundo via de conta

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 16.023.839-1
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 006.912.507 - Emissão: 17/06/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL	
00190.00009 03149.036000 02091.198172 1 83280000012831	
PAGADOR: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 007.534.734-29	
RUA OLINDA 64 A - BODOCONGO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 55433-152	
Nosso Número	Nº Documento
31490360002091198	298561-2020-06-5
Data de Vencimento	Valor do Documento
26/07/2020	128,31
Beneficiário: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA S/A	
08.826.596/0001-95	
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700	
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5	





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº01053.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 08/10/2019

Hora: 16:11:00

Endereço: Avenida Almeida Barreto, Estação Velha, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Próximo Ao 2º Batalhão da Pm

VÍTIMA(S)

Yuri Matheus Tarradt de Menezes, filiação: Kelve Sylmara Tarradt de Souza e Aluisio Wagner de Menezes Alves, idade: 24, data de nascimento: 08/05/1995, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), profissão: Repositor de Perecíveis, documentos(s) de identificação: CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 SSDS/PB, endereço: Rua Nenzinha Cunha Lima, Santa Rosa, Campina Grande, PB, complemento: qd 15, bl 02, apt 201, ponto de referência: Colégio Dom Helder Câmara, telefone: (83) 98158-1269.

TESTEMUNHA(S)

Isaias da Silva Martins, filiação: Raimunda da Silva e José Martins da Silva, idade: 25, data de nascimento: 01/12/1994, identidade de gênero: masculino, nome social: Isaias da Silva Martins, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), profissão: Pedreiro, documentos(s) de identificação: CPF nº 102.761.264-40, RG nº 3787915 SSDS/PB, endereço: Rua São Pedro, 1135, Santa Cruz, Campina Grande, PB, complemento: q 12, bl 02, apt 203, ponto de referência: Mercado de Júnior, telefone: (83) 99677-3670.

Geane Sueli Guimarães, filiação: Severina Ires Guimarães e Francisco de Almeida Guimarães, idade: 47, data de nascimento: 19/02/1972, identidade de gênero: feminino, nome social: Geane Sueli Guimarães, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: divorciado(a), profissão: Do Lar, documentos(s) de identificação: CPF nº 011.629.444-20, RG nº 2041651 SSDS/PB, endereço: Rua Nenzinha Cunha Lima, Santa Rosa, Campina Grande, PB, complemento: qd 15, bl 02, apt 401, ponto de referência: Colégio Dom Helder Câmara, telefone: (83) 98858-1333.

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

- (1) Yuri Matheus Tarradt de Menezes (VÍTIMA) - Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvt Nº 46.2020

HISTÓRICO

Que na data, horário e local informados acima, a vítima conduzia o veículo de marca Honda, modelo Pop 110I, tipo motocicleta, ano/modelo 2018/2018, de cor branca, placa QSC 9320/PB, chassi 9C2JB0100JR073903, renavam 0117034720-4, licenciada em nome da vítima, no momento em que ao prosseguir na via, veio um automóvel de placa BNR 6802/PB, conduzido por Manoel Antônio de Abreu, de

Procedimento Policial: 01053.01.2020.2.00.401

1/2






CPF nº 237.757.694-04, de nº de contato 83 99315-6586, residente na rua Palestina, nº 272, bairro Santa Rosa, Campina Grande/PB, que estava em uma via transversal e dobrou imprudentemente à esquerda, bloqueando o caminho da vítima, que acionou o sistema de freio da motocicleta, mas não deu tempo deste evitar a colisão, que colidiu na lateral direita desse automóvel; Que a vítima fraturou o fêmur direito, conforme consta nos laudos médicos em anexo, tendo a vítima sido socorrida pela equipe do Samu e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi feito atendimento médico; Que a vítima afirma que não se encontrava sob influência de bebida alcoólica; Que a vítima tem o desejo de representar criminalmente contra o condutor do automóvel causador do acidente, Manoel Antônio de Abreu.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.


Campina Grande/PB, 31 de janeiro de 2020.


Maria Sileide de Azevedo
Delegada de Polícia Civil
Mat. 156.849-3

JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil


YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Noticiante


ALAN ANDERSON CHAVES RAMOS
Agente Operacional de Polícia Civil





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 282- 2019	Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA	Posto/Graduação: 3º SGT PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: AV. ALMEIDA BARRETO/ RUA JOSÉ E. DA COSTA MONTEIRO	Hora 16:15	Bairro CENTENÁRIO
Data/Ocorrência 08/10/2019	Dia da Semana TERÇA	C/S Vítima (QT) COM (01)
Natureza do Acidente COLISÃO TRANSVERSAL	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL	Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO HORIZONTAL	Tempo BOM

CONDUTOR 01

Nome: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES	Sexo MASCULINO	Nascimento 08/05/1995	RG 3634401	CPF 094400964-62
Endereço: RUA SÃO PEDRO, Nº 1250, QUADRA 15, BLOCO 02, APTO 201, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB				
1ª Habilitação 31/05/2019	Categoria AB	Registro CNH 07270776080	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM
Data Vencimento 30/05/2020	Usava Cinto	Usava Capacete SIM		
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO - SOCORRIDO			Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA	

VEÍCULO 01

Marca/Modelo HONDA POP	Espécie MOTOCICLETA	Placa QSC-9320	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U F PB
Nome do Proprietário: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 014082645060	Renavam 0117034730-4	Data da Emissão 01/11/2018		
Avarias: CARENAGENS LATERAIS, PAINEL, RODA DIANTEIRA, MOTOR.					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Não foi possível a oitiva do condutor, haja vista o mesmo se encontrar sob cuidados médicos.

CONDUTOR 02

Nome: MANOEL ANTÔNIO DE ABREU	Sexo MASCULINO	Nascimento 05/06/1954	RG 588151	CPF 237757694-04
Endereço: RUA PALESTINA, Nº 272, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB				
1ª Habilitação 25/10/2004	Categoria B	Registro CNH 03411845297	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM
Data Vencimento 23/10/2019	Usava Cinto SIM	Usava Capacete		
Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 05671, Nº DO TESTE 00891, RESULTADO 0,00MG/L			Destino do Condutor PERMANECU NO LOCAL	

VEÍCULO 02

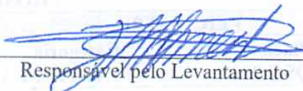
Marca/Modelo GM CARAVAN	Espécie AUTOMÓVEL	Placa BNR-6802	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U F PB
Nome do Proprietário: MANOEL ANTÔNIO DE ABREU					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 014800264819	Renavam 00433067578	Data da Emissão 11/07/2019		
Avarias: PARA-LAMA DIREITO TRASEIRO					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Declarou que transitava pela avenida Almeida Barreto, no sentido Centenário/São José ao se aproximar da via lateral esquerda da rua José Elpidio da Costa Monteiro, o mesmo deu seta para entrar na lateral esquerda e visualizou a motocicleta que vinha longe e convergiu.



VITIMA 01		
Nome: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES	Sexo MASCULINO	Nascimento 08/05/1995
Endereço: RUA SÃO PEDRO, Nº 1250, QUADRA 15, BLOCO 02, APTO 201, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veiculo Nº V1	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Condição da Vitima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre		Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA

CONSTATADO
<p>De acordo com a disposição dos veículos e avarias ficou constatado que o V1 (Honda Pop) transitava pela via "A" avenida Almeida Barreto no sentido bairro do São José/Centenário e o V2 (GM Caravan) transitava na mesma avenida, porém em sentido oposto e quando chegaram na interseção com a via "B" rua José Elpidio da Costa Monteiro houve a colisão transversal.</p> <p>Observação: O condutor do V1 foi socorrido pela viatura do Samu prefixo USB 01 e encaminhado para o Hospital de Trauma, não sendo possível a oitiva do mesmo por se encontrar sob cuidados médicos. Segue croqui anexo.</p> <p style="text-align: center;">Campina Grande – PB, 16 de outubro de 2019.</p> <p style="text-align: center;">  Responsável pelo Levantamento </p>





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº282 /2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: HONDA	Placa: QSC-9320/PB	Responsável pelo Preenchimento: SGT ALMEIDA	Data: 08/10/2019	
MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMBLADOS				
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE				
		Avaliação	Avaliação	
Item	Nome da Peça	Sim Não NA	Item Nome da Peça Sim Não NA	
01	Garfo dianteiro	X	05 Chassi	X
02	Mesa superior da suspensão dianteira	X	06 Garfo traseiro	X
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	X	07 Eixo traseiro (triciclos)	
04	Coluna de direção	X	Total Geral (Sim + NA) 01	
Observações: 01=DANO DE MÉDIA MONTA				
AVALIAÇÃO POR DANO:				
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0		->DANO DE PEQUENA MONTA		
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4		->DANO DE MÉDIA MONTA		
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4		->DANO DE GRANDE MONTA		

DANOS NO V2

Marca/Modelo: GM	Placa: BNR-6802/PB	Responsável pelo Preenchimento: SGT ALMEIDA	Data: 08/10/2019	
AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS				
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE				
		Avaliação	Avaliação	
Item	Nome da Peça	Sim Não NA	Item Nome da Peça Sim Não NA	
01	Painel corta-fogo	X	12 Longarina traseira esquerda	X
02	Longarina dianteira esquerda	X	13 Assoalho porta malas ou caçamba	X
03	Caixa de roda dianteira esquerda	X	14 Longarina traseira direita	X
04	Estrutura da soleira esquerda	X	15 Caixa de roda traseira direita	X
05	Air Bags frontais	X	16 Estrutura da coluna traseira direita	X
06	Air Bags laterais	X	17 Estrutura da soleira direita	X
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X	18 Estrutura da coluna central direita	X
08	Estrutura da coluna central esquerda	X	19 Estrutura da coluna dianteira direita	X
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	X	20 Assoalho central direito	X
10	Caixa de roda traseira esquerda	X	21 Caixa de roda dianteira direita	X
11	Assoalho central esquerdo	X	22 Longarina dianteira direita	X
		Total Geral (Sim + NA) 00		
Observações: 0=DANO DE PEQUENA MONTA				
AVALIAÇÃO POR DANO:				
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1		->DANO DE PEQUENA MONTA		
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6		->DANO DE MÉDIA MONTA		
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6		->DANO DE GRANDE MONTA		

Campina Grande - PB, 16 de outubro de 2019.

Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 282/ 2019

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Av. Almeida Barreto - 12,00 metros

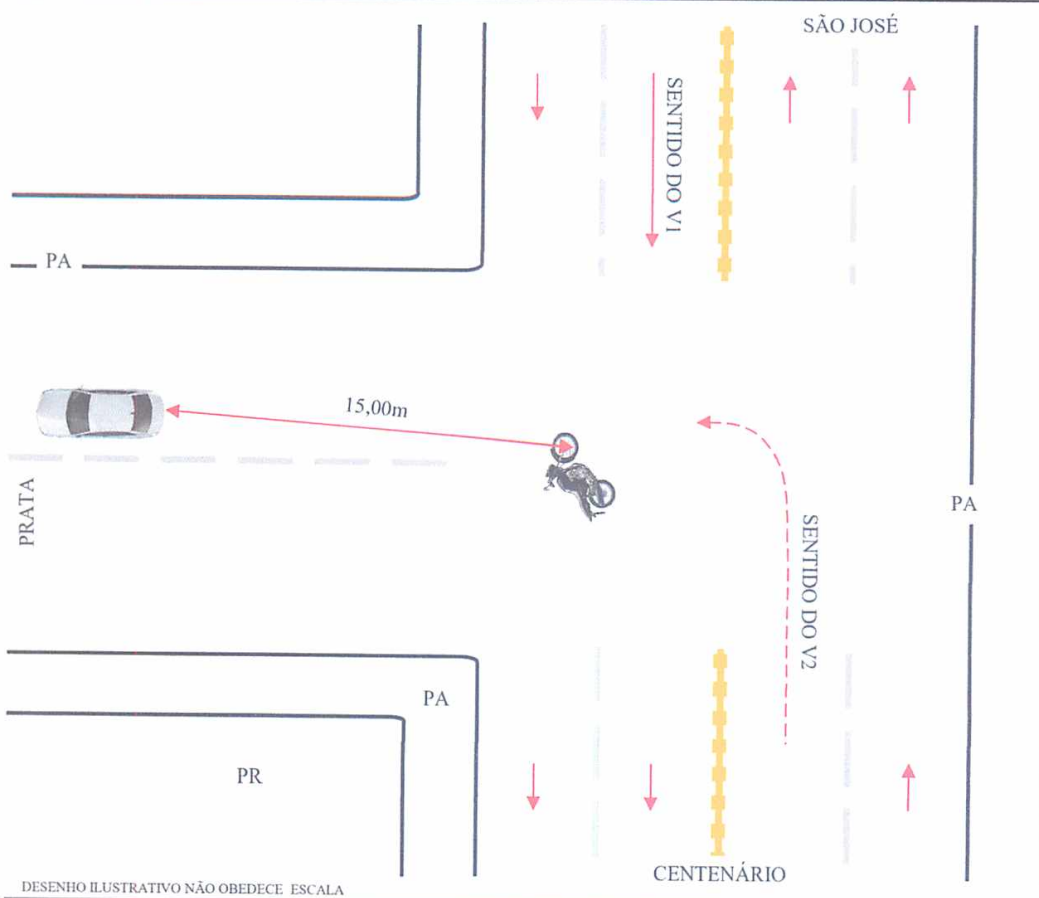
VIA "A" - Rua José Elpídio da Costa Monteiro - 10,00 metros

PR (Ponto de Referência): Loja Pardal

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste de iluminação pública

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro 06,40 e Eixo Traseiro 08,00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixo Dianteiro Direito 04,00 e Eixo Traseiro Esquerdo 13,77 metros para (PA)



AVARIAS



V1



V2

SGT PM José Manoel Alves de Almeida
Responsável pelo Levantamento



Formulário de petição inicial, contendo campos para identificação do autor, do réu, do juízo, do valor da causa, e do pedido. O formulário está preenchido com dados fictícios e contém uma grande marca d'água diagonal que diz "EM BRANCO".

Nome do Autor: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO
Nome do Réu: [vazio]
Juízo: [vazio]
Valor da Causa: [vazio]
Pedido: [vazio]

Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº282/2019

FOTOS DO V2



3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
(Responsável pelo Levantamento)





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº282/2019

FOTOS DO V1



3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	8/10/2019	HORA:	16:11 HRS	ID Nº:	080094
NOME:	YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	AV: ALMEIDA BARRETO - ESTAÇÃO VELHA				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 14 de novembro de 2019.



Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho



CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que a paciente atendida no dia 08 de outubro de 2019 (Atendimento nº. 2010638), pelas 17h03m, foi **YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº. 36344401 SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº. 094.400.964-62, filho de Aluisio Wagner de Menezes Alves e Kelva Syimara Tarradt de Souza, natural de Campina Grande/PB, residente na rua São Pedro, Nº 1250, Quadra 15, Lote 02, Apt 201, Bairro: Santa Rosa, Campina Grande - PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se YURI MATHEUS TARRARIGUIE DE MEDEIROS, leia-se **YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES**.

Certificamos, ainda, que a paciente apresentou Cédula de Identidade e CPF original onde consta o nome correto da mesma.

Campina Grande/PB, 16 de dezembro de 2019.

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 157.816-2 - OAB/PB 12.139

*Hospital de Emergência e Trauma
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes*

*Pedro Mário Freitas A. Fernandes
Mat. 210.411-3 OAB/PB 22.160 - Advogado*

**PEDRO MÁRIO FREITAS ALVES
FERNANDES**

*Assessor Jurídico do Núcleo de Auditoria
do HETDLGF*

Mat.: 210.411-3 - OAB/PB 22.160

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas
Campina Grande - PB CEP: 58.432-809

Email: juridico.traumacg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia 18:50

Act com 1 semana contida

e coxo D

Dr. Fernando Dias

Dr. Fernando D

CT. Internato

pelo ortopedico

após alta de

cirurgia

geral.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

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

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () A revelia

() Internação (setor) () Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

**GOVERNO
DA PARAIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/10/2019
Paciente: YURI MATHEUS TARRIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Nº ATEND: 2010638

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 08/10/2019 HORA : 17:16:21

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AValiação Neurológica

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG
ENFERMEIRO COREN
prolímato



08/10/2019

Data da Internação: 08/10/2019 Hora: 18:49:46

HTCS-Panel Administrativo

SUS Sistema Único de 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 LUIZ CONZAGA FERNANDES**
 2- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ CONZAGA FERNANDES**
 3- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **2362856**

Identificação do Paciente
 1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

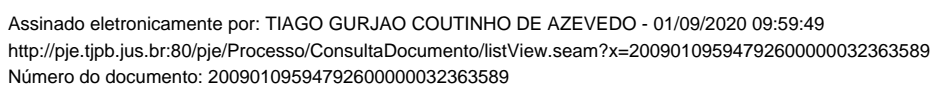
1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

1- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 2- NOME DO PACIENTE: **YURI MATHEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**
 3- NOME DO PACIENTE: **2010720**

Handwritten notes on lined paper, including the word "HAPPY" and a large checkmark.



08/10/2019

Data da Interferência: 08/10/2019 Hora: 18:49:46

HTCOA-Panel Administrativo

SUS Sistema Unificado de 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 LUIZ GONZAGA FERNANDES**

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR: **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

3 - CUBS: **2362856**

4 - CUBS: **2362856**

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE: **YURI MATEUS TARRARQUE DE MEDEIROS**

2 - CARTÃO DO SUS: **08/05/1995**

3 - DATA DE NASCIMENTO: **20/07/20**

4 - Nº DO PRONTUÁRIO: **2010720**

5 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **KELVIA SILMARA TARRARQUE DE SOUZA**

6 - PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: **SAO PEDRO, 1.120, SANTA ROSA**

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Campina Grande**

8 - CID: **250800**

9 - CID: **59400002**

10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

11 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA/EXAMES REALIZADOS: **Acta - exame de conduta**

12 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: **19200152**

13 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA/EXAMES REALIZADOS: **19200152**

14 - CID: **19200152**

15 - CID: **19200152**

16 - CID: **19200152**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

17 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

18 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU TOLÂNCIAS)

20 - NOME DO ACIDENTE: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

21 - NOME DO ACIDENTE: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

22 - NOME DO ACIDENTE: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

AUTORIZAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

24 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

25 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**



Paciente:	Juni Mathews Fomosoigue de Medeiros	Idade:	84
Convênio:		Data:	18/10/2019

Convenio: _____ Data: 18/10/2019

Procedimiento: ~~Trata mental~~ climacice de fractura de diales de femur dorsal

Cirurgião: Dr. Demétrio
Auxiliar: Dr. Sma e Dr. Guly
Anestesista: Dr. Selyren

Início: 14:20 Término: 16:00 Anestesia: Raqui + sedação

[illegible][illegible]

Observações: 1645

1996 SP5A

2/11/88

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 10





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, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista





Rua Cidame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08847

PELIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

TEL / FAX / E-MAIL

CIDADE

CAMPINA GRANDE

NOME DO PACIENTE

XUEI HATX EUS TAPAEIQUE IX HENFIBOS

Nº DO PRONTUARIO

9010638

Nº AI H

COD PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT C. EUR DE FEAT. DIAFASIA DE RIGOR (DIE)

PRODUTO

REF. QUANT. COD. ROMF.

PLACA DCP LARGA 4,5 X 15,5 IF

01

PLACA DCP LARGA 4,5 X 30

01

" " 4,5 X 3,2

02

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. AUGUSTO + DR. EULIO

OBSERVAÇÕES

+ DR. ZILBERTO KUIZ +
DR. DA MORAIS

ASSINATURA E CAMBIO DO RESPONSÁVEL

Handwritten signature

Dr. Eulio Augusto A. G. G.
CRM-PB 9907









NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Num. 33826630 - Pág. 39



18/10/2019

HTCC-Panel Administrativo



INSTITUTO DE FARMACIA E TRATAMENTO DE DOR
Av. Nilo Pedreira Pessoa, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB
CNPJ nº 27.960.608/52
Data: 18/10/2019



GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 163234

DATA DA CIRURGIA: 18/10/2019

Número do Atendimento: 2010720


Clin: ORTOPEDIA 2 Enf: 3 Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
Nome do Paciente: YURI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS

Data da Internação: 08/10/2019

Atendimento: 2010720

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO

Diagnóstico Pós-Operatório: 

Cirurgia: OSTEOSSINTESE

Data da Cirurgia: 18/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ANILAR JORGE PINTO NETO
Aux 1: EULER FABRÍCIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ DE ARAÚJO
Aux 3: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Instrumentador: RAMON

Anestesiista: ALISSON BARROS

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL, SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSESIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERESIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA DIREITA + DISSECAÇÃO POR PLANOS + HENIOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSSINTESE COM PLACA DCP 4,5MM DE 11 FUELOS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS;
6. APOSIÇÃO DE DRENO DE SUÇÃO;
7. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 18/10/2019

Assinatura/Carimbo

Euler Fabrício Alves Cruz



Assinatura/Carimbo
Euler Fabrício Alves Cruz









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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Yux matheus Idade: 24 Sexo: M Enfilado: 3 - 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Dor () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MEDICO: Fr. clavicula esquerda

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () NÃO ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO
MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIJA () PARESTESIA LOCAL: _____
LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VNI () OUTROS
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____
SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____
EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)
TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____ local: _____
LEÇÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Curativo em: _____

localização anatômica da ferida: _____
CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE
HIGIENE CORPORAL: () SATISFATORIA () INSATISFATORIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATORIA () INSATISFATORIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:
RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLUCÊMIA	DIURESE	DÉBITO DE DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
14	120	36,2	83								
15	120	36,2	83								
16	120	36,2	83								
17	120	36,2	83								
18	120	36,2	83								
19	120	36,2	83								
20	120	36,2	83								
21	120	36,2	83								
22	120	36,2	83								
23	120	36,2	83								
24	120	36,2	83								
25	120	36,2	83								
26	120	36,2	83								
27	120	36,2	83								
28	120	36,2	83								
29	120	36,2	83								
30	120	36,2	83								
31	120	36,2	83								
32	120	36,2	83								
33	120	36,2	83								
34	120	36,2	83								
35	120	36,2	83								
36	120	36,2	83								
37	120	36,2	83								
38	120	36,2	83								
39	120	36,2	83								
40	120	36,2	83								
41	120	36,2	83								
42	120	36,2	83								
43	120	36,2	83								
44	120	36,2	83								
45	120	36,2	83								
46	120	36,2	83								
47	120	36,2	83								
48	120	36,2	83								
49	120	36,2	83								
50	120	36,2	83								
51	120	36,2	83								
52	120	36,2	83								
53	120	36,2	83								
54	120	36,2	83								
55	120	36,2	83								
56	120	36,2	83								
57	120	36,2	83								
58	120	36,2	83								
59	120	36,2	83								
60	120	36,2	83								
61	120	36,2	83								
62	120	36,2	83								
63	120	36,2	83								
64	120	36,2	83								
65	120	36,2	83								
66	120	36,2	83								
67	120	36,2	83								
68	120	36,2	83								
69	120	36,2	83								
70	120	36,2	83								
71	120	36,2	83								
72	120	36,2	83								
73	120	36,2	83								
74	120	36,2	83								
75	120	36,2	83								
76	120	36,2	83								
77	120	36,2	83								
78	120	36,2	83								
79	120	36,2	83								
80	120	36,2	83								
81	120	36,2	83								
82	120	36,2	83								
83	120	36,2	83								
84	120	36,2	83								
85	120	36,2	83								
86	120	36,2	83								
87	120	36,2	83								
88	120	36,2	83								
89	120	36,2	83								
90	120	36,2	83								
91	120	36,2	83								
92	120	36,2	83								
93	120	36,2	83								
94	120	36,2	83								
95	120	36,2	83								
96	120	36,2	83								
97	120	36,2	83								
98	120	36,2	83								
99	120	36,2	83								
100	120	36,2	83								

Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO	<input type="checkbox"/> () ABDOME DISTENDI	<input type="checkbox"/> () ANOREXIA
	<input type="checkbox"/> () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	<input type="checkbox"/> () DOR AO EVACUAR	<input type="checkbox"/> () DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> () PREJUÍZO NEUROMUSCULAR	<input type="checkbox"/> () DOR	<input type="checkbox"/> () INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	<input type="checkbox"/> () OUTRO	<input type="checkbox"/> () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> () AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	<input type="checkbox"/> () ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA	
	<input type="checkbox"/> () OUTROS	<input type="checkbox"/> () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> () ANESTESIA	<input type="checkbox"/> () DESIDRATAÇÃO	<input type="checkbox"/> () TRAUMA
	<input type="checkbox"/> () OUTRO	<input type="checkbox"/> () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> () ANSIEDADE	<input type="checkbox"/> () DESCONFORTO	<input type="checkbox"/> () RIGIDEZ ARTICULAR
	<input type="checkbox"/> () PREJUÍZOS MUSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> () AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> () PROCEDIMENTOS INVASIVOS	<input type="checkbox"/> () OUTRO	
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRIMAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> () AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL			<input type="checkbox"/> () OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
<input type="checkbox"/> () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANÇADA			
<input type="checkbox"/> () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL			<input type="checkbox"/> () AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			<input type="checkbox"/> () CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> () REALIZAR BANHO NO LETO (SU) E LAVAGEM DO CABELO			
<input type="checkbox"/> () REPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			
<input type="checkbox"/> () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
<input type="checkbox"/> () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS			
<input type="checkbox"/> () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
<input type="checkbox"/> () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			
<input type="checkbox"/> () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			<input type="checkbox"/> () MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LETO			<input type="checkbox"/> () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input type="checkbox"/> () OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FISIOLÓGICOS			<input type="checkbox"/> () MINIMIZAR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS			
<input type="checkbox"/> () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ☐ SIM ☐ NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ☐ SIM ☐ NÃO

AUXÍLIO PARA CAMINHAR? ☐ SIM ☐ NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ☐ SIM ☐ NÃO

ESTADO MENTAL? ☐ AGITADO ☐ DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? ☐ RISCO DE QUEDA? ☐ SIM ☐ NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

Nome: Yuri Mafra Idade: 24 e Sexo: M En/leito: 3-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Interações prévias () Moliva: Alergias () Qual? DM Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ex de acidente

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO
MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____
LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS
PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS: _____
SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILIDADE () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____
EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)
TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA
PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____ Local: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): 16/10/19 Curativo em: 16/10/19

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO
CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE
HIGIENE CORPORAL: () SATISFATORIA () INSATISFATORIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATORIA () INSATISFATORIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA
COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO / COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:
RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DUREZA	DEBILIDADE	DOOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(mm)	(mmHg)	(mmHg)	(kg)			INSERÇÃO
11:00	120/60/85	36	83	98	---	---	---	---	---	<u>Yuri Mafra</u>	SNG/SNG/ANE	
											CIRCUITO DE VMI	
											FILTRO DE VMI	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Yuri Mafra



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() ABDOME DISTENDI () ANOREXIA
	() HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE
RISCO DE INFECÇÃO	() PREJUÍZO MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	
	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO	<i>Prisão de ventre</i>	<i>Prisão de ventre</i>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANÇADA		
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>diário</i>	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHOR, RÁPIDA OU AISENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		
PARA SINAIS FLOSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO	<i>McEw / Monitorar ambiente e sangue</i>	

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)
 HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM (X) NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM (X) NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? (X) SIM () NÃO
 ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? (X) SIM () NÃO
 RISCO DE QUEDA? (X) SIM () NÃO

Érika de Souza Miranda
 COREN-PB 102687-ENF



Environ Biol Fish (2015) 98:1011–1021

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Yuri M. A. Alves Idade: 18

Sexo

Enf/Leito 3-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias ()

Doença () HAS () DM ()

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☐ CONFUSO ☐ LETÁRGICO ☐ COMA/USO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA ()

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTICULACAO

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUÍLO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUROS: _____

EDENIA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

IPU SOMALILU: (✓) NUTRIDO () ENAGRECIDO () CAQUE

[illegible]

ELIMINACÃO URBINÁRIA: () ESPONTÂNEA () EVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTURAL- MUITO RAROS

COLORAÇÃO DA PELE: (✓) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRAL () LESÃO () OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (✓) SATISFATORIA () INSATISFATORIA

HIGIENE BUCAL: (✓) SATISFATORIA () INSATISFATORIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (x) ACAMADO () CADEIA DE RODAS SOND / REPOUSO: () PRESERVADO (x) INSUNTO

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICADO: V) PRESERVADA () PREJUDICADA ()

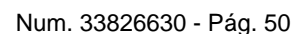
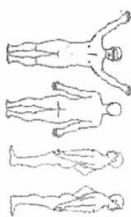
CONVENIENTO/COMFORTABLE

OFFICIALS: () DISTRICT ATTORNEY
OFFICIALS: () DISTRICT ATTORNEY

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T
------	----	---

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLUCEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	PESO	ASSINATURA	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(kg)	DISPOSITIVOS	INSERÇÃO
									SOG/SNG/SNE	
									SVE	
									CIRCUITO DE VMI	
									FILTRO DE VMI	
									UMIDIFICADOR	
									ASPIRADOR	
									LATEX	
									EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:
 João Paulo Coutinho de Lima
 COREN-PA 26363589

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
PADRÃO RESPIRATÓRIO	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA
BIOMÉTRICA	() JOSEBESIDADE () OUTRO	() IMBASTIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BICILÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE INFECÇÃO	() ASPECTO () QUEMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS () AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	PARA ZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANUTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() CONTROLE DA DOR (MELHORA RADA OU AUSENTE)
() REALIZAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() DEPUCHAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALUAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() RISCO DE Desequilíbrio diminuído
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)
 HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO
 ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA, NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () SIM () NÃO
 ASSINATURA E CARIMBO: RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

1. IDENTIFICAÇÃO *Kary Mathews*

Nome: _____ Idade: 24 2/83 Sexo _____

Enf/Leito 3-2

2. HISTORIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual

Doença () HAS () DM

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: *fractura de fêmur direita*

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (☒) CONSCIENTE (☒) ORIENTADO () LETÁRGICO () COMATOSO
 MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARALISIA () PARALISIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO ()

- SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____
 RESQ: AVF / M5e

EBEIVIA: { / LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

-ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE () OUTROS

· ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL (*x*) ALTERADO () OUTROS: _____

· ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (X) INTEGRA () LESÃO () OUTRA

LEÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

• CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (☒) SATISFATÓRIA (☐) INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: (☐) SATISFATÓRIA (☐) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIA DE RODAS ~ SONO / REPOUSO: () PRESERVADO (X) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

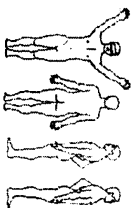
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	F/C/P	SPO ₂	Glicemia	DURESE	DEBITO DE O ₂	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%/K)	(mg/dL)	(ml)	OENOC(ml)	(lato)	(kg)			
06:10	110x60	85-94	85	20			0				
									SOG/SNG/SNE		
									SVP		
									CIRCUITO DE VM		
									FILTRO DE VM		
									UMIDIFICADOR		
									ASPIRADOR		
									LATEX		
									EQUIPO SIMPLES		



Paciente evolui clinicamente estável, com controle em tempo e espaço, mantendo-se normotenso, normocárdico, suprativo, O2 ambiente, boa reatidão por V.O. Eliminações APT em NSE. Realizado os cuidados de enfermagem, segue sob os cuidados de equipe.

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDÓRIA
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	
Padrão Respiratório:	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA
Deficit no Auto-Cuidado para Banho	() JOSEIDADE () OUTRO	() BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPIEIA () OUTRO
	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO
PELE PREJUDICADA	() HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
FLUXO DE FREGUÊS	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA	
BRIO ELETROLÍTICO	() DIURETOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	
OUTRO	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOSTÓTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Enferm. Tereza S. Alves
EST. 488.178
COREN/SP 488.178

Rosely Lourenço Galvão
Ac de enfermagem Unifesp
Méd. 182201029



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA NEURO/BMF (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Yuri Mateus Idade: 24 Sexo: M Enf/leito: 3-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA Fratura de fêmur

Internações prévias: () Motivo: Alergias () Quar Doença: () HAS () DM

() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARISTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILIDADE ☒ AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: AVP MSE

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL ☒ ALTERADO () OUTROS: Desidratado há 4 dias.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ☒ ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LEÇÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE ☒ DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATORIA () INSATISFATORIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATORIA () INSATISFATORIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

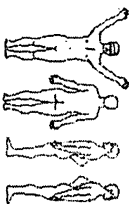
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOSPÍRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SP02	GLICEMIA	DILUIÇÃO	DÉBITO DE DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(0-10)	(kg)			INSERÇÃO
08:10	100/60	36,1	70	90			6/10			SNG/SNG/SNE	
										SVE	
										CIRCUITO DE VMI	
										FILTRO DE VMI	
										UMIDIFICADOR	
										ASPIRADOR	
										LATEX	
										EQUIPO SIMPLES	



Pet evolui clinicamente estável, consciente e orientado em tempo e espaço, normotensão, normotermico, normal pulso, supina. Os membros superiores e inferiores, normoativos, normoativos, normoativos. Há 4 ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: diário (SIC). Resultado ao Sítio, AUP MSE, nome interveniente. Realizado cuidados de enfermagem, segue sob os cuidados da equipe.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS		
PADRÃO RESPIRATÓRIO	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATORIA () DISPNÉIA	
DEFEITO NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() BATEIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNÉIA () OUTRO	
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO	
	() OUTRO	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA	
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTENSÃO	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS	
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE DOR () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO	
	() HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE	
PELE PREJUDICADA	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA		
BRIBIO ELETROLÍTICO	() DOR () OUTROS		
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS		
	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS	
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR	
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ	
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE	
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SIC) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORA DA DOR OU AUSENTE)	
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS			
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE	
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO	
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE (VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO))		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO	
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FISIOLÓGICOS			
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS			
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO: Ac de enfermagem

Michelle Duarte Barbosa

Mat: 3422010032

Emerson Trindade Alves

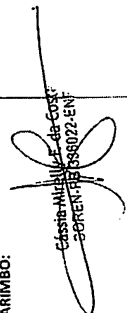
ENFERMEIRO

CORR: 3422010032

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	
Padrão respiratório	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() INTERFERÊNCIA NA TRANSMISSÃO DE PATÓGENOS () DOR () FADIGA
Deficit no autocuidado para banho	() JOSEIDADE () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
	() OUTRO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	() OUTRO	() TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR	() DIFICULDADE PARA VIRAR SE
PREJUDICADA	() PREJUÍZO MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() MOVIMENTOS DESCONTROLIADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	
	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		RESULTADOS ESPERADOS
() MANUTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%	APAZAMENTO	() MANUTER PERFUSÃO TISSULAR
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	SN	() PADRÃO RESPIRATORIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BARRIO DE CHUVEIRO	sempre	() AUXILIO DIARIO AS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	SN	() CONTROLE DA DOR MELHORADA OU AUSENTE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
() MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() JAPÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FISIOLÓGICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	sempre	() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
OUTRO		() IMOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)	
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO	NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO	ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? ASSINATURA E CARIMBO:	RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO



 Cassio Henrique de Costa

 BOREN-1508022-ENF



PACIENTE:	YURI MATEUS TARRAGUE DE MEDEIROS
DATA DO EXAME:	08/10/2019

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 líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

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

Observação: Resolvemos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de uma hospitalar buscando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer com observação intrahospitalar.

Observação: Subentende-se ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, exames hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dra Ina Kossatz Amotin
CRM 4386



C C

C C



GOVERNO DO PARÁ SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARÁ	
PACIENTE:	YURI MATHEUS TARRAQUE DE SOUZA
DATA DO EXAME:	12/10/2019

ULTRASSONOGRAFIA DO CONTEÚDO ESCROTAL

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

ANÁLISE:

Testículos tópicos, com forma, dimensões e contornos normais. Textura acústica homogênea. Não evidencio formações nodulares sólidas, císticas ou mistas em paralelo ao parâquima testicular bilateralmente.

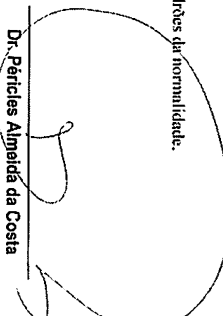
Ausência de coleções líquidas na túnica vaginal bilateralmente.

Epidídeos de aspecto ecográfico preservado, observando-se diminuto cisto simples na cauda do epidídimo direito, medindo 0,3 cm.

Ausência de sinais de varicoceles ou hidrocele bilateralmente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Estudo ecográfico dentro dos padrões da normalidade.



Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620







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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Nome: YURI MATHEUS TARRAGUE DE MENEZES
Data: 09/10/2019 11:19
Idade: 24 anos
Paciente: ARIANA MARIA A
ARTE AMARELA

HEMOGRAMA
Data da coleta: 09/10/2019 11:17

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.9 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,2 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39,5 %	40,0 a 45,0 %
H.C.M.....	91 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.C.....	31 pg	27,0 a 32,0 pg
H.C.M.C.....	34 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.400 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	148
Segmentados.....	81,0	5.994
Eosinófilos.....	1,0	74
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	15,0	1.110
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Contagem de Plaquetas.....	154.000 mm ³	250.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

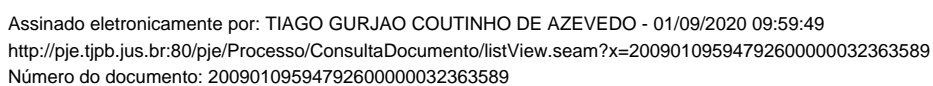
Atividade: SEMPRE COM
Tudo: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Gerente Rômulo da Fonseca Neto
Bombrado
CRM: 5010



Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D4F3-4338-PBA8-9C89-EC89-D45A-72A7-5D76

Emissão: 09/10/2019 11:31 - Páginas: 1 de 2





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sigla: VCM MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS
Data: 09-10-2019 11:19
Protocolo: 0004492129
Origem: ART X AMARELA
Destino: ART X AMARELA
Idade: 24 anos

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'40''

TEMPO DA COAGULAÇÃO..... 7'00''

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 7'00''

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 7'00''

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTHROMBINA

TEMPO DE PROTHROMBINA..... 13.9 segundos

ATIVIDADE DE PROTHROMBINA 87.6 %

IVR..... 1.13

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 12.5

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 12.5

Gerado por: Renato da Fonseca Neto

BRASIL - 5070

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7601-9316-7238-0A00-A030-9F13-04FA-C65F



PNCQ
Pneumologia Nacional
do Estado de Paraíba

1. O presente documento é uma cópia fiel do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

2. O presente documento é uma cópia fiel do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

3. O presente documento é uma cópia fiel do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

4. O presente documento é uma cópia fiel do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

5. O presente documento é uma cópia fiel do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

6. O presente documento é uma cópia fiel do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

7. O presente documento é uma cópia fiel do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.



HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4710 - Maficross, Campinas Grande - PB, CEP: 55432-809
Módulo de Emergência (E.E) - Módulo 01
GOVERNO

Data: 26/10/2019
NOME : Jullio Cesar Ribeiro De Castro

NOME : Julio César Ribeiro De Castro



GOVERNINO
DA MARILYN

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS

Data da Internação: 08/10/2019 **Data da Alta: 20/10/2019**

Registro:2010720

Tempo de Permanência:-18178

Diagnóstico Inicial: 0408050519

Diagnóstico Final:

Cirurgia:RAFI **Data:18/10/2019**

Equipe:
Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:
Aux 2:

Aux 3:
Aux 4:

Anestesista:
Medicamentos:

RÉSUMO (História, Evolução, Terapêutica e Complicações); **PACIENTE** ADMITIDO DEVIDO FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR D, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO

Orientações: ORIENTO NAO PISAR

Medicaciones para Casa::CIPROXLOXACINO + XARELTO + LOXONIN

Retorno ao Ambulatório de ORTOPEDIA em :04/11/2019 para retirada de pontos

Condições de Alta: Melhorado

Data20/10/2019

Assinatura/Carimbo 35505 / CR1464-037
Julio Cesar Ribeiro De Castro

RESPONSÁVEL: Julio Cesar Ribeiro De Castro







HOSPITAL DE SÃO CARLOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720

Paciente: YURI MATHEUS TARRAQUE DE MEDEIROS

Idade: 024

Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRAQUE DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995

Admissão: 08/10/2019 DHI - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2

Enfermaria: 3

Leito: 2

Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 19/10/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro

Item	Prescrição	Assinatura
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO 6h/6h	
3	CEFTIAZONA SODICA 1 G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR AMP 12h/12h OD/ID	
4	Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
5	RETIRAR DRENO DE SUÇÃO A TARDE	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	
8	Reconstituir 2 ML ABD.	
9	HEPARINA SODICA 5000 UI/0,25 ML SUBCUTANEA S.C. 1 AMPOLA 12h/12h	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA FAZER SF	
11	NECESSÁRIO	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	EVOLUÇÃO	

DATA: 19/10/2019 HORA: 11:16:19

1º DPO

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

FO LIMP E SECA

DRENO SUÇÃO OK

CD: VPM

RETIRAR DRENO SUÇÃO

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/10/2019
Hora: 11:19:52
Médico (a) Dantão : Julio Cesar Ribeiro De Castro

07



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>

Número do documento: 20090109594792600000032363589

Reafixado curativo MM545
M^{te} Celso da Silva

8h
RA - 100x70
P - 86
T - 36.9



18/10/2019

10.1.1.148projeto:projeto.php?data=2019-10-18&conar=20107208IDC=55797



GOV. PERNAMBUCO

 CNPJ: 18.848.190/0001-55
 Data: 18/10/2019
 Hora: 15:39:51

Médico (a) Danilisa : Eder Fabrício Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do protocolo: 2010720 Paciente: YURI MATEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M
 Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 10
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermeira: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 18/10/2019

MÉDICO(A): Eder Fabrício Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO 06/6h	24/24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRASCO 12h/12h 01/12/19	24/24
4	Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
5	DIPYRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 06/6h	24/24
6	TENOXICAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRASCO 12h/12h	24/24
7	Reconstituir 2 ML ABD.	
8	PARITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IFRASCO 12h/12h	24/24
9	Diluir em 100 ML SF	
10	TRANAPROXOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IFRASCO FAZER SE NECESSÁRIO	24/24
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	24/24

EVOLUÇÃO

DATA: 18/10/2019 HORA: 15:39:43

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDIÇÃO: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO

Eder Fabrício Alves Cruz

 Dr. Eder Fabrício A. Cruz
 CRM: 123456789

20/10/19 06h42h

22/08/19

BEG, est. 1

3-2-2x22

6011-22 2842

CO. A12msr/2/21





CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 17/10/2019
Hora: 07:29:17
Médico (a) : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M
Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 9
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermeira: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

Item	Prescrição	Aproximado
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML E.V. 1 PRASCO, 04/0h	
3	DIPHRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 04/0h	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. I SERINGA. 24h/24h (ADM AS 14h) (Sustentado)	
5	DIAZEPAM 10 MG V.O. 1 COMP 24h/24h (ADM AS 22h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMFOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
9	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 17/10/2019 HORA: 07:28:41

9º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE + EVACUAÇÕES +

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM - AGUARDA CIRURGIA

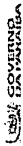
ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

DR. Schubert Costa Rodrigues
CRM: 157825

15:50h - Cirurgia feita pl 18/10.
Zero dieta + suspender Enox + deixar resuma
de sangue.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
Médica - Ortopedia Traumatologia
CRM: 157825





CNPJ: 10.848.190-0001-55
Data: 16/10/2019
Horas: 10:30:44
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº de prontuário: 2010720	Paciente: YURI MATTHEUS TARRARGUE DE MEDEIROS	Idade: 024	Sexo: M
Nome da Mãe: KELYIA SILMARA TARRARGUE DE SOUZA	Data de Nascimento: 08/05/1995	Admissão: 08/10/2019 DIII - 8	
Clínica: ORTOPEDIA 2	Leito: 2	Diagnóstico: F.Y. DE FEMUR D	
Enfermaria: 3			

DIA 16/10/2019
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aproximamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	12 18 24 30 36 42 48 54 60 66 72 78 84 90 96 102 108 114 120 126 132 138 144 150 156 162 168 174 180 186 192 198 204 210 216 222 228 234 240 246 252 258 264 270 276 282 288 294 300 306 312 318 324 330 336 342 348 354 360 366 372 378 384 390 396 402 408 414 420 426 432 438 444 450 456 462 468 474 480 486 492 498 504 510 516 522 528 534 540 546 552 558 564 570 576 582 588 594 600 606 612 618 624 630 636 642 648 654 660 666 672 678 684 690 696 702 708 714 720 726 732 738 744 750 756 762 768 774 780 786 792 798 804 810 816 822 828 834 840 846 852 858 864 870 876 882 888 894 900 906 912 918 924 930 936 942 948 954 960 966 972 978 984 990 996 1002 1008 1014 1020 1026 1032 1038 1044 1050 1056 1062 1068 1074 1080 1086 1092 1098 1104 1110 1116 1122 1128 1134 1140 1146 1152 1158 1164 1170 1176 1182 1188 1194 1200 1206 1212 1218 1224 1230 1236 1242 1248 1254 1260 1266 1272 1278 1284 1290 1296 1302 1308 1314 1320 1326 1332 1338 1344 1350 1356 1362 1368 1374 1380 1386 1392 1398 1404 1410 1416 1422 1428 1434 1440 1446 1452 1458 1464 1470 1476 1482 1488 1494 1500 1506 1512 1518 1524 1530 1536 1542 1548 1554 1560 1566 1572 1578 1584 1590 1596 1602 1608 1614 1620 1626 1632 1638 1644 1650 1656 1662 1668 1674 1680 1686 1692 1698 1704 1710 1716 1722 1728 1734 1740 1746 1752 1758 1764 1770 1776 1782 1788 1794 1800 1806 1812 1818 1824 1830 1836 1842 1848 1854 1860 1866 1872 1878 1884 1890 1896 1902 1908 1914 1920 1926 1932 1938 1944 1950 1956 1962 1968 1974 1980 1986 1992 1998 2004 2010 2016 2022 2028 2034 2040 2046 2052 2058 2064 2070 2076 2082 2088 2094 2100 2106 2112 2118 2124 2130 2136 2142 2148 2154 2160 2166 2172 2178 2184 2190 2196 2202 2208 2214 2220 2226 2232 2238 2244 2250 2256 2262 2268 2274 2280 2286 2292 2298 2304 2310 2316 2322 2328 2334 2340 2346 2352 2358 2364 2370 2376 2382 2388 2394 2400 2406 2412 2418 2424 2430 2436 2442 2448 2454 2460 2466 2472 2478 2484 2490 2496 2502 2508 2514 2520 2526 2532 2538 2544 2550 2556 2562 2568 2574 2580 2586 2592 2598 2604 2610 2616 2622 2628 2634 2640 2646 2652 2658 2664 2670 2676 2682 2688 2694 2700 2706 2712 2718 2724 2730 2736 2742 2748 2754 2760 2766 2772 2778 2784 2790 2796 2802 2808 2814 2820 2826 2832 2838 2844 2850 2856 2862 2868 2874 2880 2886 2892 2898 2904 2910 2916 2922 2928 2934 2940 2946 2952 2958 2964 2970 2976 2982 2988 2994 3000 3006 3012 3018 3024 3030 3036 3042 3048 3054 3060 3066 3072 3078 3084 3090 3096 3102 3108 3114 3120 3126 3132 3138 3144 3150 3156 3162 3168 3174 3180 3186 3192 3198 3204 3210 3216 3222 3228 3234 3240 3246 3252 3258 3264 3270 3276 3282 3288 3294 3300 3306 3312 3318 3324 3330 3336 3342 3348 3354 3360 3366 3372 3378 3384 3390 3396 3402 3408 3414 3420 3426 3432 3438 3444 3450 3456 3462 3468 3474 3480 3486 3492 3498 3504 3510 3516 3522 3528 3534 3540 3546 3552 3558 3564 3570 3576 3582 3588 3594 3600 3606 3612 3618 3624 3630 3636 3642 3648 3654 3660 3666 3672 3678 3684 3690 3696 3702 3708 3714 3720 3726 3732 3738 3744 3750 3756 3762 3768 3774 3780 3786 3792 3798 3804 3810 3816 3822 3828 3834 3840 3846 3852 3858 3864 3870 3876 3882 3888 3894 3900 3906 3912 3918 3924 3930 3936 3942 3948 3954 3960 3966 3972 3978 3984 3990 3996 4002 4008 4014 4020 4026 4032 4038 4044 4050 4056 4062 4068 4074 4080 4086 4092 4098 4104 4110 4116 4122 4128 4134 4140 4146 4152 4158 4164 4170 4176 4182 4188 4194 4200 4206 4212 4218 4224 4230 4236 4242 4248 4254 4260 4266 4272 4278 4284 4290 4296 4302 4308 4314 4320 4326 4332 4338 4344 4350 4356 4362 4368 4374 4380 4386 4392 4398 4404 4410 4416 4422 4428 4434 4440 4446 4452 4458 4464 4470 4476 4482 4488 4494 4500 4506 4512 4518 4524 4530 4536 4542 4548 4554 4560 4566 4572 4578 4584 4590 4596 4602 4608 4614 4620 4626 4632 4638 4644 4650 4656 4662 4668 4674 4680 4686 4692 4698 4704 4710 4716 4722 4728 4734 4740 4746 4752 4758 4764 4770 4776 4782 4788 4794 4800 4806 4812 4818 4824 4830 4836 4842 4848 4854 4860 4866 4872 4878 4884 4890 4896 4902 4908 4914 4920 4926 4932 4938 4944 4950 4956 4962 4968 4974 4980 4986 4992 4998 50

EVOLUCIO Urogynorm 2mg - 10, a mald. SUSPENSO (22)

8° DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE +
EVACUAÇÕES -JÁ 5 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLEET.

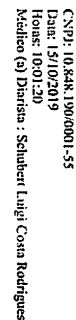
USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

Dr. Schubert Costa
PROFESSOR DE ODONTOLÓGIA
CIRURGIÃO DENTISTA
CRM/SP 5523

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO
Schubert Luiz Costa Rodrigues

[Handwritten signature]
S. S. Anand
5281 B
Cantonment



DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720

Paciente: YUDU MATHEUS TAIRARICQUE DE MEDEIROS

Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995 **Admissão:** 08/10/2019 DDI - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 **Enfermarias:** 3 **Leito:** 2 **Diagnóstico:** FX DE FEMUR D

DIA 15/10/2019

MEDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO 6h/6h	1/3 1/3 2/1 0/6
3	DIPLOMA SODICA 500 MG/2ML 2 ML E.V. 6h/6h	1/2 1/3 2/2 0/6
4	EXONA PARINA SODICA 400 MG/4 ML S.C. 1 SERINGA. 24h/24h (ADM AS 14h)	1/2 1/3 2/2 0/6
5	TRAMADOL CLODRIBATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO	1/2 1/3 2/2 0/6
6	DIACEPAN 10 MG V.O. 10CAMP. 24h 24h (ADM AS 22h)	1/2 1/3 2/2 0/6
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	DECBITO ALDABACA 2h/2h	

DATA:15/10/2019 HORA:10:00:53
7º DH

BEG. ESTÁVEL. SEM INTERCORRÊNCIAS, REFERE DOR LOMBAR

**DIURESE +
EVACUAÇÕES - HÁ 5 DIAS
PACIENTE RECUSOU FILET.**

USC DE BOLSA ESCROTA SEM ALTERAÇÕES

CD: VPM + AGGIARDA CIRCUGIA

TERAÇÔES.

ASSINATURA + CARIMBO

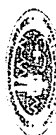
Schubert Luigi Costa Rodrigues

DR. Schubert Costa
OAB/SP 134.800-0/02
OAB/PR 5.523
CRM/PB

ЧХКРИБО
Чоса Родригу

PA: 110 P. 72 T. 35.4
15/10/19
ipfencas





GOV. PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 14/10/2019
Hora: 09:07:18
Médico (a) Danissa : Schubert Luiz Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720

Paciente: YURI MATTHEUS TARRABUGUE DE MEDEIROS

Idade: 024

Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SII MARY TARRABUGUE DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995

Admissão: 08/10/2019 DHI - 6

Clinica: ORTOPEDIA 2

Enfermidade: 3

Leito: 2

Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

DIA: 14/10/2019

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aptezamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. HEVASC, 06/06	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 06/06	
4	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/24 ML S.C. ISERINCA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
6	DIAZEPAM 10 MG V.O. ICONF, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	DECURTO MUDANÇA 3h/24h	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/10/2019

HORA: 09:06:57

6º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, REFRE. DOR LOMBAR.

DIURESE +

EVACUAÇÕES: HÁ 5 DIAS

PACIENTE RECUSOU PLEET.

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luiz Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luiz Costa Rodrigues
CRM: 5513
Cirurgião de





CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 13/10/2019
Hora: 10:34:03
Médico (a): Yuri de Fátima Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome do Mãe: KELVIA SILMARIA TARRARQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Adminstr: 08/10/2019 DIH - 5

Clinica: ORTOFEDIA 3 Enfermagem: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

DIA 13/10/2019

MÉDICO(A): Yuri de Fátima Camara

Prescrição

Aprovação

1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO 6h6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 VL. E.V. 6h6h	
4	TENOLOCAN 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h 12h	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML 3.C. 12h 12h (ADM AS 14h)	
6	TRAVADOLO CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. 12h 12h FAZER SE NECESSARIO	
7	DIÁZEPAM 10 MG VO. 12h 12h (ADM AS 12h)	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	DECUBITO MEDIANCA 2x2h	
EVOLUÇÃO		
DATA: 13/10/2019 HORA: 10:32:44		
5º DIH		

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERFERÊNCIAS, REFIRE POR LOMBAR.

DIURSE -
EVACUAÇÕES: 04 e 3 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLUET.

USC DE HOLS ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO
Yuri de Fátima Camara
DR. YURI DE FÁTIMA CAMARA
CRM: 10.848.190/0001-55

Na Diretoria de
Processos e
Controle de
Qualidade

Ass 07:40h
PA=110X70
P=95
T=36.2C





GOVERNO
PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 12/10/2019
Hora: 11:37:32
Médico (a): Edmar Fabrício Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010730 Paciente: YURI MATEUS TARRARQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M
Nome da Mãe: KELVIA SILVANA TARRARQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 4
Clínica/Oftalmologia 2 Enfermaria: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE PÊLAVIR D

DIA 12/10/2019

MÉDICO(A): Edmar Fabrício Alves Cruz

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	12/10/2019 08
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12/10/2019 08
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	12/10/2019 08
5	MONOHASICO SÓDIO FOSFATO MONOHIDRATADO 160 MG/ML - DIHASICO SÓDIO FOSFATO HEPTAHIDRATADO 60 MG/ML 130 ML RETAL. IFRASCO.	5 USR 0750
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. IANPOLA, FAZER SE	
8	NITROSSARIO	
9	DIAZEPAM 10 MG V.O. IFRASCO, 24h/24h (ADM AS 22h)	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CLUBADOS CERAIS + SINAIS VITAIS	
12	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
13	EVOLUÇÃO 12 locutora no 888 2019 14 24 06	

DATA: 12/10/2019 HORA: 11:06:51

4º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

DIURESE + EVACUAÇÕES.

ONTEN FOI PRESCRITO FLEET ENEMA, MAS O PACIENTE RECUSOU-SE.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA: CARIMBO
Edmar Fabrício Alves Cruz

Dr. Edmar Fabrício Alves Cruz
MÉDICO

Relato da 2ª Sola normal a colmeia de 100ml.
Soluções 150 da Sola normal a 100 da colmeia
de 100ml.

Dr. Edmar Fabrício Alves Cruz
MÉDICO
11-3381-9867

12/10/19 - PA: 109/73 - FC: 75 - T 3 b.1 Adm. 520125





GOVERNO
PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 11/10/2019
Hora: 10h16:33
Médico (s): Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome do Mãe: KENYA SILMARA TARRARQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/03/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 3

Clínica: ORTODONTIA 2 Enfermagem: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 11/10/2019

MÉDICO(a): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IPRASCO. 6h/6h	18/29/25
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	18/29/25
4	ITENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	18/29/25
5	Reconstruir 2ML ABD.	18/29/25
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C. 12h/12h (ADM AS 14h)	18/29/25
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 12h/12h FAZER SE NECESSÁRIO	18/29/25
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	DECBITO MEDIANCA 2h/2h	
EVOLUÇÃO		
DATA: 11/10/2019 HORA: 10h16:12		
3º DIH		

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURSE +
EVACUAÇÕES-

CD: VPM - AGLARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
Médico(a) da Clínica
CRM/PB 5523





GOV. PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 11/10/2019
Fone: 1104-528
Médico (a) Diretor: Schibert Luiz Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do protocolo: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRAQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M
Nome do Mãe: KELVIA SILMARA TARRAQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/03/1995 Admissão: 08/10/2019 DHI: - 3
Clínica: ORTOPEDIA 2 Endemista: 3 Lete: 2 Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

DATA: 11/10/2019

MÉDICO(A): Schibert Luiz Costa Rodrigues /

Item Prescrição

1 MONOBÁSICO SÓDIO FOSFATO MONOHIDRATADO 160 MG/ML + DIÁSICO
2 SÓDIO FOSFATO HEPTAHIDRATADO 60 MG/ML 120 ML RETAL. IFRASCO.
3 DIAZEPAM 10 MG V.O. ICONF. 30x24h (ADM AS 22h)

EVOLUÇÃO

DATA: 11/10/2019 HORA: 10:16:12

3º DHI

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +
EVACUAÇÕES -

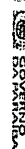
CD: VPM - AGUARDA CIREURGIA

ASSINATURA: CARIMBO
Schibert Luiz Costa Rodrigues

Dr. Schibert Costa
CNPJ 10.848.190/0001-55
CRM 18.5522



10.1.1.148/projects/impfproc.php?datasai=2019-10-10&contar=2010720&IDC=53253



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 10/10/2019
Hora: 09:28:49
Médico (a): Schubert Luigi Costa Rodrigues

PREScrição Médica

YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS

DATA RIGUE; DE SOUZA **Data de Nascimento:** 08/05

Letto: 2

Diagnostico: FX DE PLEUM D

Performance /

rodriques /

Item	Prescrição	Apreciação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V./PRASCO, 60/60	12/18/2016
3	DIPYRONAL SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 06/06	12/18/2016
4	DIPOXICAN 20 MG SEM DILUENTE E.V./FRA AMR 120/12h Reconstituir 2ML/28B	12/18/2016
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML S.C. /SERINGA, 25h/24h (ADM AS 14h)	12/18/2016
6	TIAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V./AMPOLA, FAZEN SE NECESSÁRIO	12/18/2016
7	FISIOTERAPIA MOTORA	12/18/2016
8	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	12/18/2016
9	DECURTIÇO NIDAYCA 2h/2h	12/18/2016
10	VOCLICAO	12/18/2016

XCJAS, 49

Robert C. ...
... 01/05/...

ORT/Sec
C/RURGIA
20/08/98

Dr. Schubert Costa
Osteopata e Fisioterapeuta
CRMG 5523
Clínica da Coluna



10 PA 110 P. 71 T. 36,8
10 70
10
uphanea



08/12/2019

10.1.1.148/pjelethg/imp/pevo.php?data=2019-10-08&conta=20107208IDC=53682

GOVERNO
DE PERNAMBUCO
 CNPJ: 10.848.190/0001-55
 Data: 09/10/2019
 Hora: 13:21:03
 Médico (a) Diarista: Yuri de Paula Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

3 - 2

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATEUS TARRABIQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELYA SILMARA TARRABIQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DHU - 1

Clínica: AMARELA Enfermidade: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 09/10/2019

MÉDICO: Yuri de Paula Camara /

Item	Prescrição	Apropramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IPRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TECNOCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. TIRA ANR, 12h/12h	
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINCA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/20ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	DECURITO MUDANÇA 2h/2h	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/10/2019 HORA: 13:19:21

1º DHU

BFG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURÉTICO +
EXATIDÃO S-

CP: VPM + AGILIDADE CIRÚRGICA

 ASSINATURA + CARIMBO
 Yuri de Paula Camara
 De Yuri de Paula Camara
 08/10/2019 13:21:03




08/10/2019

HTCC-Planal Administrativo

Data: 08/10/2019
 Hora: 18:52:24
 Médico (a) Diarista: João Paulo Oliveira Nunes



GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720

Paciente: YURI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS

Idade: 024

Nome da Mãe: KEYVIA SILMARA TARRAGUE DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995

Sexo: M

Clínica: AMARELA

Enfermeira: 5

Lettor: 2

Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

Data: 08/10/2019

Médico(a): João Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO 6h/6h	
3	DIPIRONA SOBICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	OMEPRAZOL 150 MG - IFRASCO 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA 24h/24h (ADM AS 14h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 12h/12h FAZER SE NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	





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

Processo nº 0815668-83.2020.8.15.0001

AUTOR: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

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

Vistos.

defiro a gratuidade requerida.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Campina Grande, data e assinatura do sistema.





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

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo nº 0815668-83.2020.8.15.0001

AUTOR: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Advogados do(a) AUTOR: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA - PB27056, TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - PB16866

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

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** a parte **promovente** na pessoa de seu Procurador e Advogado(a), **acima indicado**, do teor do despacho/decisão abaixo transcrito:

Processo nº 0815668-83.2020.8.15.0001

AUTOR: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

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

Vistos.

defiro a gratuidade requerida.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Campina Grande, data e assinatura do sistema.

Assinado eletronicamente por: **ELY JORGE TRINDADE**

Campina Grande-PB, 24 de setembro de 2020

De ordem, SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

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

.....





Poder Judiciário da Paraíba
2º Vara Cível
Comarca de Campina Grande - PB.

DESTINATÁRIO(A):

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 Andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205
CARTA DE CITAÇÃO/INTIMAÇÃO REF. PROCESSO Nº 0815668-83.2020.8.15.0001

REMETENTE:

UNIDADE JUDICIÁRIA: 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE - PB

RUA VICE PREFEITO ANTÔNIO DE CARVALHO, S/N

BAIRRO DA LIBERDADE

CIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

CEP: 58410-050



FONE: (083) 3310-2437





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

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº 0815668-83.2020.8.15.0001

AUTOR: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

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

De ordem do Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito desta 2ª Vara Cível da Comarca de Campina Grande, PB, em seu cumprimento e em conformidade com o despacho/decisão proferida no processo acima indicada, **CITO** a parte promovida **Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., através de seu representante legal**, dos termos da ação acima nominada, e, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias apresentar contestação, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do CPC/2015, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, caput e inciso III, do CPC/2015, restando advertido(a) que não sendo contestada a ação, será considerada revél e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (NCPC, art. 344), salvo as exceções previstas no art. 345 do NCPC.

Campina Grande-PB, 24 de setembro de 2020

De ordem, SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN

Técnico(a) Judiciário(a)

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

PARA VISUALIZAR A PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 24/09/2020 12:05:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412051616500000033180325>
Número do documento: 20092412051616500000033180325

Num. 34706517 - Pág. 3

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20090109594123800000032342250
Ação DPVAT - Yuri	Outros Documentos	20090109594289100000032363580
Documentos pessoais - Yuri Matheus	Documento de Identificação	20090109594435600000032363583
Procuração - Yuri Matheus	Procuração	20090109594550900000032363586
Pedido de Seguro Dpvt Negado - Yuri Matheus	Documento de Comprovação	20090109594661000000032363588
Processo administrativo - Yuri Matheus Tarradt De Menezes CPF - 094.400.964-62	Documento de Comprovação	20090109594792600000032363589
Despacho	Despacho	20091114284903900000032715354



Ciente

