



Número: **0808602-15.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOVINO DE ARAUJO NETO (AUTOR)	VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27257 476	23/12/2019 12:48	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
27257 477	23/12/2019 12:48	<u>1 PROCURAÇÃO</u>	Documento de Identificação
27257 478	23/12/2019 12:48	<u>2 IDENTIFICAÇÃO CIVIL</u>	Outros Documentos
27257 479	23/12/2019 12:48	<u>3 COMPROVANTE DE RESIDENCIA</u>	Outros Documentos
27257 485	23/12/2019 12:48	<u>4 BOLETIM DE OCORRENCIA</u>	Outros Documentos
27257 480	23/12/2019 12:48	<u>5 DOCUMENTAÇÃO MEDICO HOSPITALAR</u>	Outros Documentos
27257 482	23/12/2019 12:48	<u>7 EXTRATO DE PAGAMENTO</u>	Outros Documentos
27257 483	23/12/2019 12:48	<u>7 IMPOSTO DE RENDA</u>	Outros Documentos
27257 484	23/12/2019 12:48	<u>8 CERTIDAO DE DEBITOS E TRIBUTOS</u>	Outros Documentos
27389 210	10/01/2020 12:13	<u>Despacho</u>	Despacho
27486 472	16/01/2020 08:48	<u>Expediente</u>	Expediente
27495 883	16/01/2020 12:44	<u>Petição</u>	Petição
31549 281	15/06/2020 12:13	<u>Decisão</u>	Decisão
31581 890	16/06/2020 08:28	<u>Expediente</u>	Expediente
35311 020	13/10/2020 10:14	<u>Sentença</u>	Sentença
35395 286	13/10/2020 15:28	<u>Expediente</u>	Expediente

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____^a VARA CÍVEL DA
COMARCA DE PATOS-PARAIBA**

JOVINO DE ARAUJO NETO, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do documento RG de nº 3640191 SDS/PB e CPF de nº 11760595489, residente e domiciliado na Rua Jose Aires de Lucena, S/N, Bairro Jardim Queiroz, cidade de Patos, CEP 58.704-160, Estado da Paraíba, por seu advogado *in fine* assinado, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, com fulcro na Lei nº. 6.194/74 com as alterações trazidas pela Lei nº. 11.482/07 c/c o art. 319 do NCPC/2015, propor a presente **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita sob o CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado na pessoa de seu responsável, com endereço na RUA SENADOR DANTAS Nº 74, 5ºANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO - RJ, CEP. 20031205- Fone: (021) 3861-4600 - FAX: 2240-9073, com endereço eletrônico www.seguradoralider.com.br, devendo ser regularmente citada para responder aos fundamentos fáticos e jurídicos expostos a seguir:

PRELIMINARMENTE:

DA GRATUIDADE PROCESSUAL:

O promovente em face da impossibilidade de arcar com custas e gastos processuais vem requerer a **CONCESSÃO DE JUSTIÇA GRATUITA**.



Determina a lei nº 1.060/50, que fará jus ao referido benefício àquele que não possuir condições financeiras suficientes para arcar com os gastos inerentes ao processo sem causar prejuízos ao seu sustento e da sua família.

Os custos e as demais despesas processuais latentes ao processo não podem ser suportados pelo promovente, sem, contudo, causar-lhe prejuízos e dificuldades na sua manutenção e sobrevivência.

A lei nº 1.060/50 é considerada medida especial, criada com o derradeiro fim de possibilitar que todos possam ter acesso efetivo ao Poder Judiciário, efetivando o comando constitucional descrito no artigo 5º, XXXV da Carta Magna.

Outrossim, tal ato normativo condiciona a concessão do respectivo benefício a simples Declaração subscrita pelo próprio beneficiário da impossibilidade de suportar o acúmulo das despesas processuais com aquelas despendidas em seu sustento.

Por isso, requer o autor, que seja concedido o pedido de **JUSTIÇA GRATUITA**, uma vez que carece de recursos que possibilitem cumular os gastos processuais com o seu sustento, como declarado no documento em anexo.

DOS FATOS

Consoante comprova a inclusa documentação, a parte Autora foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia **25/11/2017**, o que lhe causou, **PERDA ANATÔMICA E FUNCIONAL COMPLETA DE UM DOS MEMBROS INFERIORES, LESOES DE ORGÃO E ESTRUTURAS CRANIO- FACIAIS, ACARRETANDO-LHE SEQUELAS PERMANENTES**, como demonstra a documentação médica em anexo.

Registre-se que a parte Autora postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT, sinistro registrado sob o nº **3180313247** obtendo pagamento parcial no valor



de R\$ 5.062,50 (Cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) restando à parte autora o direito da diferença de R\$ 8.437,50 (Oito mil quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Consubstanciado a isso e pela análise das provas, não dúvida quanto ao fato, bem como suas consequências e o nexo causal que as une, pois esta documentalmente provada a lesão sofrida e a sua extensão. Outrossim, o pagamento administrativo vale confissão tácita dos fatos e do direito do requerente face ao Seguro, relevante assim o nexo causal do conflito.

DO DIREITO

DA POSSIBILIDADE DO PEDIDO DA DIFERENÇA PAGA PELO SEGURO DPVAT

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos artigos 3º e 5º da Lei 6.194/74, com as atualizações da Lei 11.945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, havendo INVALIDEZ PERMANENTE, o valor da indenização deve ser de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser paga de acordo com o real grau de invalidez da vítima, que deverá ser através de perícia médica, que ora requer a parte autora.

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

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - em caso de morte ou invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).

(...)

Art.. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:

a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;



b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará.

§ 3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecida diretamente pelo instituto médico legal, independentemente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente.

§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora
(...)

Dessa forma, **restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a parte autora** ao recebimento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE ATÉ R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

DA INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL PARA A APRESENTAÇÃO DE LAUDO DO IML COM A PETIÇÃO INICIAL – INSTRUÇÃO PROBATÓRIA

A fim de garantir o princípio da celeridade processual, vale-nos ressaltar, de antemão, que a Lei 6.194/74 NÃO atribuiu ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) o caráter de documento indispensável à propositura da ação de cobrança do seguro DPVAT nos casos de invalidez. Segundo o normatizado em seu art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante **simples prova do acidente e dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

A toda prova, tal verificação pode ser feita por perícia médica a ser realizada na fase de instrução. Na verdade, os documentos indispensáveis de que trata o art. 320 CPC devem ser entendidos apenas como aqueles necessários para a ação posso validamente ser proposta, sob o aspecto formal, não se confundindo com a atividade probatória, voltada a prova dos fatos alegados, que é atinente ao aspecto material.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA QUE PERMEIA A EMPRESA-RÉ:



Conforme determina a lei nº 6.194/74 com as suas modificações dadas pela nova Lei nº. 11.482/07, o pagamento do DPVAT poderá ser efetuado junto a quaisquer umas das seguradoras que façam parte do Consórcio das Seguradoras, coordenada pela FENASEG, instituída pela Resolução 1/75 do CNPS.

Desse modo tem-se que a promovida figura neste rol de empresas, e assim possui legitimidade para figurar no rol de devedoras. Outro não é o entendimento exarado por nossos Tribunais, *in verbis*:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE AUTOMÓVEIS – DPVAT – As seguradoras privadas, integrantes do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e revigorado pela Lei nº 8.441/92, são responsáveis não só pelas indenizações por morte e invalidez permanente, como pelas despesas médico-hospitalares em caso de ferimento das vítimas, não estando desobrigadas de indenização nesses casos por efeito dos artigos 7º e 27 das Leis nºs. 7.604/87 e 8.212/91, respectivamente.

A destinação à seguridade social por efeito dessas leis, parte dos prêmios dos seguros obrigatórios, tem em vista apenas o custeio da assistência médico-hospitalar em estabelecimentos mantidos ou conveniados com a previdência social, dispensada esta, assim, do ônus de cobrar-se de tais despesas caso a caso das seguradoras, cobertos que são seus dispêndios da espécie com a aludida participação de uma parcela dos prêmios.

Direito do segurado ou seu sub-rogado de cobrar-se de tais gastos de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio. Falta de impugnação específica dos custos de cada atendimento, torna-los presumidamente corretos (CPC, art. 302) Apelo desprovido. (TJSC – AC 47.951 – 4º C. Civil – Rel. Des. João José Schaefer – DJSC 05.04.95) IN: CD-Ron júris síntese. – Destaque nosso –

Ademais, veja-se o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA. FINALIDADE DO VEÍCULO. IRRELEVÂNCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso trona-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01) – Destaque nosso –

Ocorre que, as seguradoras exploradoras do seguro DPVAT, embora a existência de todo o amplo acervo de determinações constantes em lei, tendem a dificultar o pagamento e o resgate dos referidos valores, ao passo que o direito líquido e certo dos segurados encontram barreiras mantidas pela ampla estrutura e logística que envolvem tais empresas.



Pois bem, Excelência, a Promovente junta a presente demanda, toda a documentação exigida pela nossa legislação processual e demais documentos que comprovam a ocorrência do sinistro e sua posição legítima na relação, entretanto adstrito a facilidade que dispõe a lei procura a parte ré dificultar o pagamento e o adimplemento do seu dever de órgão segurador.

Assim, a liquidação do dito Seguro Obrigatório nas vias administrativas, referente ao exercício do acidente, tendem a ser procrastinado através do uso de invólucros e regras que afastam o sentido garantidor e célere presente na *legis*, restando o Poder Judiciário como único meio para a reivindicação e o adimplemento dos ditos valores possam efetivamente serem realizados.

Por tudo isso, vem o promovente, a este Douto Juízo a fim de ver adimplido o seu pleito, demonstrando ser pessoa legítima a figurar na relação que aqui se inicia, além de igualmente comprovar ser a parte ré, legítima devedora, de modo que todos os elementos que vislumbram a quitação do Seguro DPVAT, restaram todos comprovados restando assim o seu adimplemento como medida que se mostra legítima e extremamente necessária.

DOS PEDIDOS

EX POSITIS, requer a total procedência da presente ação para condenar a empresa demandada no pagamento da **R\$ 8.437,50 (Oito mil quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)** à título de Seguro Obrigatório-DPVAT, compreendendo o teto legalmente estabelecido, haja vista não serem proporcionais à invalidez resultante do sinistro.

Requer também, caso julgue necessário, a designação da perícia médica para a fim de investigar a existência da invalidez permanente, bem como, a gravidade da lesão sofrida pela autora em cotejo com a tabela constante no anexo incluído pela Lei nº. 11.945/2009.

Que seja apresentado por parte da Seguradora demandada, cópia integral do processo administrativo na íntegra, sob pena de cominação de multa diária.



E, ainda, a aplicação de juros e correção monetária, a partir do evento danoso, bem como, a condenação da demandada no pagamento dos honorários advocatícios na ordem de 20% (vinte por cento) sobre o valor da esperada condenação.

REQUERIMENTOS FINAIS

A parte autora requer que lhe sejam concedidos os benefícios da gratuidade da justiça, diante da sua manifesta insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais, os honorários advocatícios e periciais sem prejuízo do próprio sustento ou de sua família, motivo pelo qual tais despesas merecem ser dispensadas nos termos do art. 98 e seguintes do NCPC (Lei nº. 13.105/2015) e da Lei nº. 1.060/50.

Por mera liberalidade, o autor opta pela realização da audiência de conciliação ou de mediação, não se opondo à composição amigável da presente lide, nos termos do art. 319, inc. "VII" do NCPC, requerendo desde já a citação da empresa ré para comparecer na data e hora designadas e, não havendo auto composição, apresente sua contestação no prazo legalmente determinado sob pena das medidas judiciais cabíveis.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, e necessários, notadamente, através de novos documentos, além do depoimento pessoal das partes, perícia técnica e outros mais que vierem a surgir e que, desde já, ficam requeridos.

Dá-se à causa R\$ 8.437,50 (Oito mil quatrocentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)

Nestes Termos,

Pede deferimento.



Patos-PB, 10/12/2019

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

OAB/PB 24.411

QUESITOS DA PARTE AUTORA:

A parte autora sofreu algum(s) tipo(s) de fratura?

Em caso positivo, queira informar se desta(s) gerou debilidade permanente?

Apresenta limitação dos movimentos do(s) membro(s) fratura(s)?

Apresenta limitação funcional do(s) membros afetado(s)?

Sofreu debilidade permanente? Sofreu deformidade permanente?

A parte autora sofreu incapacidade para o trabalho?

Queira o i. *expertacrescentar o que entender devido.*





VANESSA SAMARA
ADVOGADOS ASSOCIADOS
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOVINO DE ARAUJO NETO, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do documento RG de nº 3640191 SDS/PB e CPF de nº 11760595489, residente e domiciliado na Rua Jose Aires de Lucena, S/N, Bairro Jardim Queiroz, cidade de Patos, CEP 58.704-160.

OUTORGADO: Vanessa Samara Ferreira Leandro, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados sob o nº 24.411, Paraíba, com Escritório Profissional na Rua Pedro Firmino, 157, Edifício Jeová Salomão, sala 001, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-000.

Através do presente instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, conforme estabelecido no artigo 105 do Novo Código de Processo Civil. Requer, solicitar, pegar junto ao Hospital Regional Deputado Janduhi Carneiro- Regional de Patos-PB, todos os prontuários, atestados, laudos e raio x, referentes a minha entrada neste referido instituto de saúde. **Receber mandados de pagamento ou alvarás no Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, ou qualquer outro banco determinado por lei como depositário judicial.**

Patos – Paraíba, 10 de DEZEMBRO 2019.

Jovino de Araujo Neto

Dra. Vanessa Samara Ferreira Leandro
OAB/PB nº 24.411
(83) 9 9131-7273 / 9.8851- 1409



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 23/12/2019 12:46:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312461999500000026308453>
Número do documento: 19122312461999500000026308453

Num. 27257477 - Pág. 1



VANESSA SAMARA
ADVOGADOS ASSOCIADOS
DECLARAÇÃO

DECLARANTE: JOVINO DE ARAUJO NETO, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do documento RG de nº 3640191 SDS/PB e CPF de nº 11760595489, residente e domiciliado na Rua Jose Aires de Lucena, S/N, Bairro Jardim Queiroz, cidade de Patos, CEP 58.704-160..

DECORAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA: Declaramos termos da Lei nº. 7.115/83, perante este órgão judiciário, para o fim especial de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos do § 4º do artigo 5º da lei nº 1.060/50, não podendo arcar com as despesas e encargos processuais sem prejuízo do seu sustento próprio e de sua família, em oportuno, assumo a responsabilidade por minhas afirmações tanto de pobreza como de residência, sujeitando-me às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA: Declaro com base na Lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 que resido no endereço acima identificado. Declaro ainda ser conhecedor das sanções cíveis, administrativas e criminais a que estarei sujeito caso as informações prestadas não sejam estritamente a verdade

Patos - Paraíba, 10 de DEZEMBRO 2019.

Jovino de Araujo Neto

Dra. Vanessa Samara Ferreira Leandro
OAB/PB nº 24.411
(83) 9 9131-7273 / 9.8851- 1409



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 23/12/2019 12:46:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312461999500000026308453>
Número do documento: 19122312461999500000026308453

Num. 27257477 - Pág. 2



09 JUL. 2018



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 23/12/2019 12:46:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312462678300000026308454>
Número do documento: 19122312462678300000026308454

Num. 27257478 - Pág. 1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 012.436.930



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE FRANCIMAR RODRIGUES DE SALES
RUA JOSE AIRES DE LUCENA S/N
PATOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/363659-4

REFERÊNCIA
SET/2018

APRESENTAÇÃO
17/09/2018

CONSUMO

79

VENCIMENTO

24/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 94,97

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOSE FRANCIMAR RODRIGUES DE SALES

Roteiro: 09-118-250-2500
83640000000-3 94970054000-6 03636592018-4 09500118019-9



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/09/2018	R\$ 94,97	363659-2018-09-5



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 23/12/2019 12:46:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312463409600000026308455>
Número do documento: 19122312463409600000026308455

Num. 27257479 - Pág. 1

Rua Moacir Leitão, nº 922, Bairro Belo Horizonte, Patos/PB, CEP: 58704-330 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 2796/2018**, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E OITO (28)** dias do mês de **JUNHO** do ano **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **JOVINO DE ARAÚJO NETO**, Brasileiro (a), RG: 3.640.191 SSDS/PB, CPF: 117.605.954-89, data de nasc. 06/07/1995, natural de Patos/PB. Filho de: Marlene Medeiros de Araújo Rodrigues e de José Francimar Rodrigues de Sales, residente na Rua José Aires de Lucena, s/n. Jardim Queiroz, Patos/PB, Tel. (83) 9.96847911, a fim de notificar o seguinte:

Que, no dia (25/11/17) por volta das 04h30min., o declarante trafegava na Rua Cândido das Laranjeiras, Jardim Queiroz, Patos/PB, pilotando uma MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS ES, PLACA: QFA 2574/PB, CHASSI: 9C2KD0550ER323296, RENAVAM: 010055988000, ANO: 2014/14, COR PRETA, Licenciada em nome de Matheus Medeiros de Araújo Leitão; Que o declarante diz que perdeu o controle da motocicleta vindo a cair na sequencia; Que o condutor foi socorrido por uma unidade móvel do SAMU e em seguida foi encaminhado ao HRP de Patos/PB; Que após os primeiros atendimentos no HRP o declarante foi transferido para o hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B.

– Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Jovino de A. Neto

Patos/PB, 28 de Junho de 2018.


Hermando Barbosa Rodrigues
Policial Civil
Mat.: 168.548-1

09 JUL. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





SAMU

192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USB-02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data <u>25/11/18</u>	Ocorrência nº <u>Funino de Araújo Neto</u>	Paciente / Usuário <u>Funino de Araújo Neto</u>	Idade <u>22</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência <u>Rua Cândido das Laranjeiras</u>	Bairro <u>pt. Guerroz</u>	Médico Regulador <u>Yuri</u>		
Apelo no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIAS SIMPLES OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

TCE

DADOS VITAIS:

VVAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <30rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: ≥90mmHg < 90mmHgPA: 140X 90 FC: 72 TEMP.: 36,5 °C - GLICEMIA: 100 mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 96 SpO2c/O2: 96

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada
- Débito Cardíaca Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVAAs Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância à Atividade Mucosa Oral Prejúdicada Padrão Respiratório Ineficaz
- Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência Intestinal
- Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros: _____

INTERVENÇÕES:

Immobilizado em prancha rígida, encaminhado médico via telemecânica (AVP c/ 50% O2 suplementar em ventilação)

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de queda de motocicleta, inconsciente, vias aéreas impeditivas por hipercapnia e sangüínea, apresentando TCE, trauma na face, escoriações pelo corpo. Solicitado atendimento da USA a qual prossegue com o atendimento.Enfermeira Gabriela Mendes
ENFERMEIRA
COREN-PI 121113

09 JUL. 2018 02 JUL. 2018



Ao Dr.º Trauma de -
Campina Grande.



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



P/ Jovino de Araújo

Meto

Paciente vítima de acidente de moto encontrado em via pública com resultado do exame de consciente globo, com os olhos fechados em parada cardiorrespiratória e ferida na perna direita e lesão contusiva na coxa direita

E.E. REG, SAMT, adm
J.O.T. Globo

ADM: MUFPS/PAT
AC: 2BRWF1/08/00

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

09 JUL. 2018



Avaliou: Dr. Bruno Farias
DBO, inometro

Fratura de perna obliqua
e lesão em face lateral
da coxa (lesão por avulsa
de fogo).

HDR: T.C.E. Gouveia.

CD: Encaminhando as
fotografias do trauma de
Campina Grande para
reabilitação da T.G de
Grâo e convocar forte
auxiliante do encaminha-
gues Dr. Alisson.

24/11/2017

Bruno Faria
CRM-PB 10542

09 JUL. 2018



NOME: JOVINO DE ARAUJO NETO			PRONTUÁRIO: 1550096		
UTI - AZUL	IDADE	22	DUTI	3º	LEITO: 03

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA									
	<ul style="list-style-type: none"> • TCE GRAVE + POLITRAUMA • LAD + EDEMA CEREBRAL DIFUSO • FX DE FÍBULA DIREITA (TTO CONSERVADOR) • PNEUMONIA ADQUIRIDAS EM AMBIENTE HOSPITALAR (PAH) <p>*EM USO POLIMIXINA + AMICACINA + VANCOMICINA (D0: 30/11/17)</p>									
DISPOSITIVOS	<input checked="" type="checkbox"/> TOT + VMI <input checked="" type="checkbox"/> AVP (MSD) <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:									
CONTROLES	1	PAS	PAD	FC	FR	SPO2	T°	PVC	HGT	DIURESE
	MAX	144	79	114	VM	98%	38,1°	**	147	700 ML/24HS
	MÍN	140	76	81	VM	97%	37,0°	**	113	BH: +1052 ML
EVOLUÇÃO DIÁRIA	<p>PACIENTE SEGUE EM LEITO DE UTI, EM VENTILAÇÃO MECÂNICA (MODO PCV/TOT), SOB SEDALGÉSIA CONTÍNUA. EVOLUINDO COM MELHORA DO QUADRO DE FEBRIL, MÓDERADA QUANTIDADE SECREÇÃO TRAQUEAL (ASPECTO MUCOPURULENTA), BOA PERFUSÃO PÉRIFÉRICA/ ÍNDICE DE OXIGENAÇÃO SATISFAKTÓRIO (IO> 318), LEUCOGRAMA ESTÁVEL (17.600 B/05). APRESENTA-SE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, DIURESE PRESENTE COM VOLUME SATISFAKTÓRIO, FUNÇÃO RENAL PRESERVADA (CR: 1,1 UR: 60), BALANÇO HÍDRICO POSITIVO, ANEMIA (HB: 7,9 HT: 24%), NÍVEIS PRESSÓRICOS CONTROLADOS. REALIZADO PARECER, NEUROCIRURGIA, INDICADO RETIRADA SEDAÇÃO.</p> <p>AO EXAME: EG GRAVE, NORMOTENSO, HIPOCORADO, ACIANÓTICO, AFEBRIL ACV→ RCI, 2T, BNF, S/SS (FC: 82 BPM) PA: 138 X 72 MMHG AR→ MV+ AHT SRA (SPO2: 99 %) ABD→ DEPRESSÍVEL, INDOLOR, RHA+ ABD→ RASS-4, ISOCORIA, RFM+</p>									
CONDUTAS	<ul style="list-style-type: none"> • INICIO COBERTURA ANTIFÚNGICO (FLUCONAZOL 400MG) • PROGREDIR DESMAME VMI/ SEDAÇÃO • AJUSTO PARÂMETROS DE VMI • REALIZO HEMOTRANSFUSÃO (NEUROCRÍTICO HB< 9,0) 									



NOME: JOVINO DE ARAUJO NETO			PRÔNTUÁRIO: 1550096		
UTI - AZUL	IDADE	22	DUTI	4º	LEITO: 03

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA																																					
	30/11/17	<ul style="list-style-type: none"> • TCE GRAVE + POLITRAUMA • LAD + EDEMA CEREBRAL DIFUSO • FX DE FÍBULA DIREITA (TTO CONSERVADOR) • PNEUMONIA ADQUIRIDA EM AMBIENTE HOSPITALAR (PAH) <p>*EM USO POLIMIXINA + AMICACINA + VANCOMICINA (D0: 30/11/17)</p>																																				
DISPOSITIVOS	<input checked="" type="checkbox"/> TOT + VMI <input checked="" type="checkbox"/> AVP (MSD) <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:																																					
CONTROLES	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>PAS</th><th>PAD</th><th>FC</th><th>FR</th><th>SPO2</th><th>T°</th><th>PVC</th><th>HGT</th><th>DIURESE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAX</td><td>183</td><td>90</td><td>132</td><td>VM</td><td>98%</td><td>39,0°</td><td>**</td><td>?</td><td rowspan="2">2.275 ML/24HS BH: +239,ML</td></tr> <tr> <td>MÍN</td><td>123</td><td>77</td><td>104</td><td>VM</td><td>95%</td><td>37,7°</td><td>**</td><td>?</td></tr> </tbody> </table>										PAS	PAD	FC	FR	SPO2	T°	PVC	HGT	DIURESE	MAX	183	90	132	VM	98%	39,0°	**	?	2.275 ML/24HS BH: +239,ML	MÍN	123	77	104	VM	95%	37,7°	**	?
	PAS	PAD	FC	FR	SPO2	T°	PVC	HGT	DIURESE																													
MAX	183	90	132	VM	98%	39,0°	**	?	2.275 ML/24HS BH: +239,ML																													
MÍN	123	77	104	VM	95%	37,7°	**	?																														
EVOLUÇÃO DIÁRIA	<p>PACIENTE SEGUE EM LEITO DE UTI, EM VENTILAÇÃO MECÂNICA (MODO PCV/TOT); SOB SEDANALGESIA CONTÍNUA. EVOLUINDO COM QUADRO DE FEBRE PERSISTENTE, GRANDE QUANTIDADE SECREÇÃO TRAQUEAL (ASPECTO MUCOPURULENTA), BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA/ ÍNDICE DE OXIGENAÇÃO SATISFATÓRIO (IO> 280), LEUCOGRAMA ESTÁVEL (10.300 B/05). APRESENTA-SE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, DIURESE PRESENTE COM VOLUME SATISFATÓRIO, FUNÇÃO RENAL PRESERVADA (CR: 1,3 UR: 49), BALANÇO HÍDRICO POSITIVO, ANEMIA (HB: 7,4 HT: 22%), NÍVEIS PRESSÓRICOS CONTROLADOS (PAM 70 -100).</p> <p>AO EXAME: EG GRAVE, NORMOTENSO, HIPOCORADO, ACIANOTICO, AFEBRIL ACV→ RCI, 2T, BNF, S/SS-(FC: 82 BPM) PA: 138X72 MMHG AR→ MV+ AHT SRA (SPO2: 99 %) ABD→ DEPRESSÍVEL, INDOLOR, RHA+ ABD→ RASS-4, ISOCORIA, RFM+</p>																																					
CONDUTAS	<ul style="list-style-type: none"> • INICIO POLIMIXINA + AMICACINA + VANCOMICINA • REALIZO HEMOTRANSFUSÃO (NEUROCRÍTICO) • PORIGREDIR DESMAME VMI/ SEDAÇÃO • AGUARDO LAUDO TC CRÂNIO / PARECER NEUROCIRURGIA 																																					

Dr. Jhony W. B. Costa
 Medicina Intensiva
 CRM-PE 20698 | CRM-DH 6.9

09 JUL. 2018





NOME:	N.º PRONTUÁRIO	
<i>Jairine de Araújo Neto</i>	ENF.	LEITO
UTI		

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
28/11/17 2º dia de evol. agud. P. R. T. N. V. A.		
	PTCE (1 AD, Echino-Cerolol difterio) - 102 Conservador & FX de Fibula-Dura (102 Conservador Extrabolgico e TMA (fissura)).	
	Entrada de hantofloracina) DO = 27/11/17 Oncostomose)	
	Controles = APD = 140 - (17 mmHg APAd = 86 - 63 mmHg ADpe = 36° - 37°C Dura = 1370 ml Bk = + 15 ml	
	Tento ensinando sól. Respirador setorizado envio de sedo analgésico, apertando o nar engolir em gelo, flocos e mimos e Poxil jogar e flocos festejar	
	AP - urinária e renais em 4x0 AC - urinária Fe = 98 g/m	
	Ahalar - soproventrítico	
	Admitido sob monitorização clínica geral	
	Consulta: ORL	
	Esgoto clínico e metabólico	
	Oftalmologista para suspeita de retinopatia	
	Alimentação enteral com a NCR	
	<i>Dra. Teresinha Cristina Gama Santiago Médica CRM-PB 2211 CPF: 132.140.714-9</i>	

09 JUL. 2018

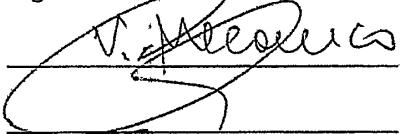
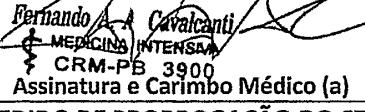
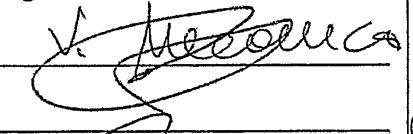
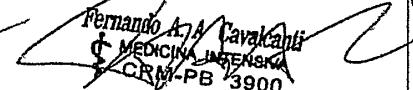
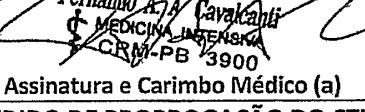
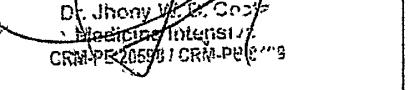
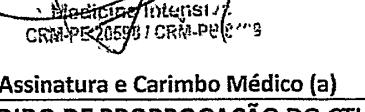
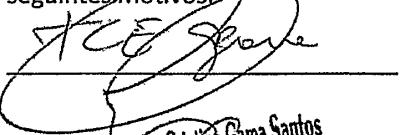
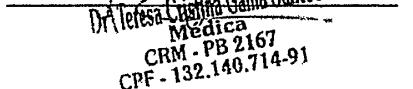
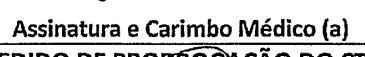
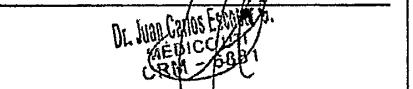
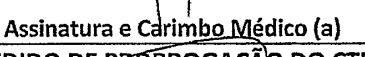
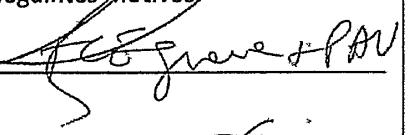
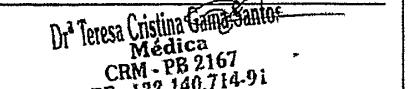
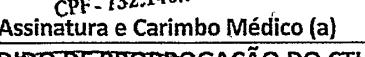
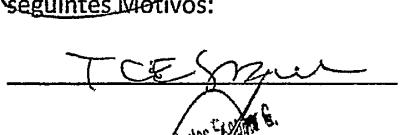
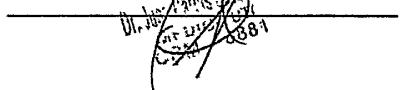
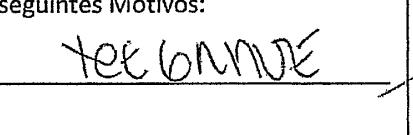
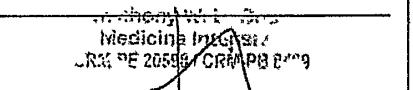
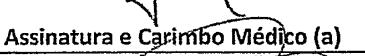
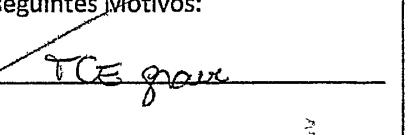
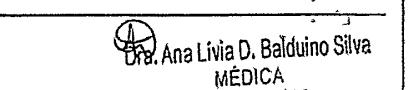
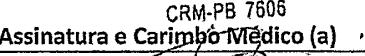
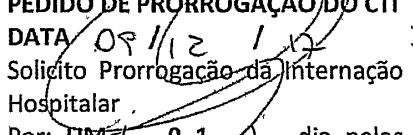
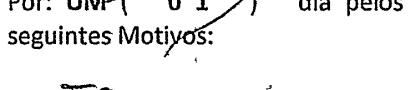
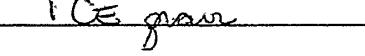
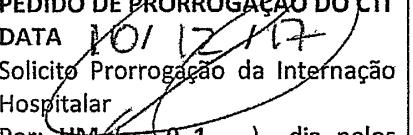
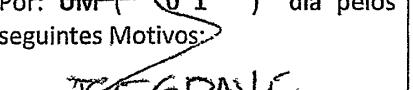
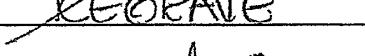
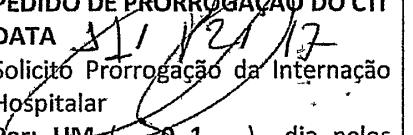
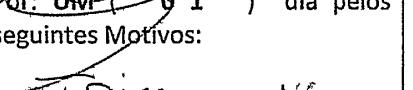
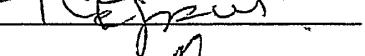


NOME: JOVINO DE ARAUJO NETO			PRONTUÁRIO: 1550096		
UTI - AZUL	IDADE	22	DUTI	1º	LEITO: 03

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA									
	<ul style="list-style-type: none"> • TCE GRAVE + POLITRAUMA • LAD + EDEMA CEREBRAL DIFUSO • FX DE FÍBULA DIREITA (TTO CONSERVADOR) • <p>*EM USO DE: SEM ATB</p>									
27/11/17	HD									
DISPOSITIVOS	<input checked="" type="checkbox"/> TOT + VMI <input checked="" type="checkbox"/> AVP (MSD) <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:									
CONTROLES		PAS	PAD	FC	FR	SPO2	T°	PVC	HGT	DIURESE
	MAX	140	86	85	VM	100%	36,2°	**		ML/24HS
	MÍN					%	°	**		BH: ML
EVOLUÇÃO DIÁRIA	PACIENTE GRAVE PROCEDENTE DA ÁREA VERMELHA, CHEGA EUPNÉICO, EM VMAI, COM TOT, HEMODINÁMICAMENTE ESTÁVEL, SOB SEDOANALGESIA CONTINUA, RASS -3, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREATIVAS, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, LESSOES ESCORIETIVAS EM TRONCO E MEMBROS, FACE ANTERIOR. ACV → RCR, 2T, BNF, S/SS FC: 88 BPM AR → MV+, RONCOS DIFUSOS AHT (SPO2:100%) ABD → PLANO, RHA +, NÃO SE PALPAN MASSAS. SN → RASS -3, ISOCORIA, RFM+									
CONDUTAS	<ul style="list-style-type: none"> • SUPORTE INTENSIVO • MANTER NEUROPROTECÇÃO ATÉ TC QUARTA FEIRA • SOLICITO EXAMES ADMISSIONAIS 									

Dr. Júlio César Ferreira
MÉDICO DE UTI
CRM - 6981



PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>30/11/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>01/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>02/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   
PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>03/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>04/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>05/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   
PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>09/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>10/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>08/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   
PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>09/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>10/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   	PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI DATA <u>11/12/17</u> Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar Por: UM (0 1) dia pelos seguintes Motivos:   

09 JUL. 2018





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

63

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Nome do Paciente <i>Juvino</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>23-01-18</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Da Região Operatória</i>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <i>ROSARIO</i>
Anestesia <i>Da 2ª Isabeta</i>	Tipo de Anestesia <i>gaseada + enfa</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fractura de fratura exposta do ilíaco direita.</i>		
Tipo de Operação <i>Ressecção + redução + fixação de fratura exposta do ilíaco direita</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo.</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>após</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>N.D.N.</i>		
Acidente Durante a Operação <i>N.D.N.</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em dor, sob Anestesia Geral, R-para-aQ - classificação.
2. Anatomia + Acessos + Apótesis + Campos operacionais
3. Colocação do Túnel Oro-Tráquea.
4. Intervenção que Bepacou o artídeo (a)
5. incisão em flanco do osso (D) e (E).
6. Descolamento Alvo Peritoneal.
7. Abordagem a retope da Perna (a) e (b)
8. Retirada em bloco (D) e (E)
9. Bloqueio axilar aliviando o nervo
10. Fixação das fraturas em óstecos e 10 pinos
11. Fechamento da ferida L.O.
12. Fechamento da ferida L.O.

Mod. 01B

09 JUL. 2018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Sérgio Cláudio R. Maril
Cirurgião Ortopedista
Médico Maxilo-Facial

09 JUL. 2018



13. Ressal do Balan.
14. Ressal do Tampo esquerdo

Jr. Sérgio Chaves Martin
Cirurgia e Reabilitologia
Boca Mento Facial
2011-04-1396

24

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





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



NOME: <i>Jairinho de Araujo</i>	N.º PRONTUÁRIO	
UTI	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
03/12/17	<p>7 dias de VZV esp + TCE grave</p> <p>+ IAD + Síndrome cerebroligada</p> <p>+ FX Fibrinolise direta (Tissue plasminogen activator)</p> <p>Exame de Polmograma</p> <p>Arrosores) Ds = 30/11/17</p> <p>Variáveis)</p> <p>Controles APAT = 156-128mHg</p> <p>↓ PAd = 87-61mHg</p> <p>↓ Pde = 373-360C</p> <p>Duração = 7250 ml</p> <p>PK = -1126ml</p> <p>Pacto esp. longo - sob Regime de oxigênio</p> <p>para os cérebros originales e suas respectivas</p> <p>aproximadas. As esp. transversais e em cossais</p> <p>foram realizadas com o auxílio da fundo</p> <p>de vista. Ainda com elas, foram obtidas</p> <p>transversais. Ocupando-se após as rotas de</p> <p>APC, no sentido de revisar e revisar</p> <p>as artérias: a 8 mm.</p> <p>Adesivo do paciente para hemostasia.</p> <p>WBD para tipo de coagulação</p> <p>exames:</p> <p>Coagulação e hemostase</p> <p>Oligo, fisiopatologia Respiratória</p> <p>e Cardioprotetor</p>	
08/12/17	<p>Pacto alto - Gasto alto</p> <p>na forma chama - multilobular</p> <p>Respirador adaptado em demando contínuo</p>	<p>Dr. Teresa Cristina Gama Santos Médica CRM-PB 9467 CPF 132.140.774-91</p> <p>Dr. Teresa Cristina Gama Santos Médica CRM-PB 2367 CPF 132.140.774-91</p> <p>Dr. Teresa Cristina Gama Santos Médica CRM-PB 2367 CPF 132.140.774-91</p>





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

JORNAL DA CIDADANIA E DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
José Carlos Franco	<p>Algodofor, 17/10/118 Pleite sepe em moe de Varicicos + prol. varitits var diazeplax. fura espessura - fundo olhos proptos + var das rectinas hiperplasticas prostata grande e mole de infarto cerebral 2-1976 / exames 16/10/118</p> <p>UTI = 133/14,2 K+ 4,0</p> <p>SCR: nefrolog, obgyn + 2149 nur e. H. uales</p> <p>col. surgiu supressões a banho! bora sono a operação hóspital pele</p>		 Dr. Antônio da Silveira Braga Nefrologia / Clínica Médica CRM/PB 5001

MON. 035

09 JUL. 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Jesuino de Araújo Neto</i> 06/07/1995					 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	RÉGISTRO		
	<i>30/10/1</i>	SUS	22	1330096		
CIRURGIA: <i>Cirúrgico reduzido e fáscia de Platysa complexa modificada Dr. Jesuino de Araújo Neto</i>			CIRURGIÃO: <i>Dr. Jesuino de Araújo Neto</i>			
ANESTESIA: <i>60% Etomidato</i>			ANESTESIA: <i>60% Etomidato</i>			
INSTRUMENTADORA	DATA		INÍCIO	FIM		
<i>Rojand</i>	<i>23/01/18</i>		<i>14:00</i>	<i>15:30</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Calef. p/ Oxg.	Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	<i>02</i>	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide	Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno	Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond		
	Mercalina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.	<i>01</i>	Esparradrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak		
	Protodox I/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	<i>01</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardiaca		
	Rapifén amp.		H ₂ O ml	<i>01</i> Mononylon <i>2.0</i>		
	Thionembutal ml		Infracath Adulto	Mononylon		
	Tracrium amp.		Infracath Infantil	Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>02</i>	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix		
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix		
	Decadron amp.	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix		
	Dipirona amp.	<i>02</i>	Luvas 7.0	Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.	<i>02</i>	Luvas 7.5	Vicryl Sertix		
	Febocontid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<i>01</i>	Oxigênio l/m <i>2L/min</i>			
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemaccel ml.	<i>01</i>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<i>01</i>	Sabão Antiséptico	<i>02</i>	SP Normotérmico fr 500 ml	
	Lesix amp.	<i>03</i>	Saco coletor <i>10/21/10</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	<i>02</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>01</i>	Seringa desc. 20 ml	<i>01</i>	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupitanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESSE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	<i>Rojand - Suelly</i>		
	<i>Cefadroxil</i>		Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml	<i>01</i>	CATX	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml				
	Aglilha desc. 25 x 7	Gelcon 18				
	Aglilha desc. 28 x 28 <i>40diz</i>	<i>03</i>	Lata		EQUIPAMENTOS	
	Aglilha desc. 3 x 4,5	<i>03</i>	<i>elofinder</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Aglilha p/ raque nº	<i>01</i>	<i>jubo 7.0 dientes</i>		<input type="checkbox"/> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
	Alcool de Enfermagem				<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxicapilógrafo
	Alcool Iodado ml				<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
	Ataduras de Crepon				<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						
<i>Maria das Graças S. Silva</i> <i>tel: 3322-1111</i> BUREN 1218614						



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>JUAN NO ANAIS NEVES</i>	Nº Prontuário	
Data da Operação 23/01/13	Enf. Neuro.	Leito Isolamento
Operador Dr. Felipe Guedes	1º Auxiliar Dr. Hallissard (mez)	
2º Auxiliar Dr. Yury (mez)	3º Auxiliar -	Instrumentador Flávio
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fr. Ossos na Perna (P.)		
Tipo de Operação Osteossíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo.		
Relatório Imediato da Patologia 60 dias de evolução.		
Exame Radiológico no Ato N/A		
Acidente Durante a Operação N/A		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em ORH. nos braços. 2) Aspirine + Antisseptico + Campos Estéril. 3) Incisão em face anterior da perna (P.) + Dissecção profunda + Hemostasia. 4) Cefotetano 5) Malhas - cravos da fratura. 6) Osteossíntese cl. DCP longo 10f + B. profundo. 7) Levado de fr. cl. SFO. 3/4 8) Flectores para plâneras. 9) Curativo
<i>Assinatura do Cirurgião</i>
Mod. 018

09 JUL. 2018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





González e Cadena Com. E Serv. Ltda - CNPJ: 09.398.270/0001-77
Av. Comendador Calaça, 1178 - Poço - Maceió - AL - CEP: 57025-640
www.qualityhospitalar.com - E-mail: quality.hospitalar@hotmail.com
Fone/fax: (82) 3223.2280 - 3313-8255 - 3313-8256

Paciente: José Aranjo Neto Data da Cirurgia: 23/01/2018
Pital: De Emergência e Trauma Prontuário: 155096
Mico: DR Sérgio Chaves Convênio: SUS
Cedimento: Fixação de Mandíbulas Código Proc.:
Fixação de Mandíbulas Controle Cirúrgico 001531

D. Sergio Chapiro R. Martins
Cirurgião / traumatologista
Bucal Maxílio Facial

'erificado por: Rogério Góes Circulante: _____ Médico: _____

Médico:

2010-01-01

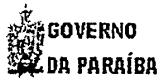


NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>José de Araújo Neto 06/07/1995</i>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
—	Sala 01	SUS	22	1550096		
CIRURGIA	Tipo Cirúrgico de Rotura	CIRURGIÃO				
de Fissão Acreta	Dr. Yuri + Alysson +	ANESTESIA				
ANESTESIA	<i>Dr. Isabela</i>	General				
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM			
<i>Flávio</i>	23/01/18	15:00	15:30			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Óxg.	Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	06	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix		
01	Dimere amp. <i>Alprast</i>		Compressa Pequena	Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Cotonoides	Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml <i>propofol</i>		Dreno	Catgut Simples Sertix		
01	Fenegam dmp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	Ethibond		
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas	Ethibond		
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.	03	Espadrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	03	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita cardíaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	Mononylon 20,		
	Thionembutal ml		Infracath Adulito	Mononylon		
	Tracrium amp.		Infracath Infantil	Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix		
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.	04	Luvas 7.0	Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.	05	Luvas 7.5	02 Vicryl Sertix 11		
	Flebocortil amp.	02	Luvas 8.0	Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	01	Oxigênio l/m <i>2L/min</i>			
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.	03	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanaklion amp.	03	Sabão Antiséptico	03	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	03	Saco coletor <i>cooperado</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	04	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	04	Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	01	<i>Cirurgia 4.5 bico implants</i>	
02	Tendocrin		Sonda Uretral nº	08	<i>adhesos</i>	
			Sterydrem ml		<i>Flávio</i>	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
04	Aguilha desc. 28 x 28 <i>40X2</i>	03	Lates		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 3 x 4.5	01	<i>fibras armadas</i>			
	Aguilha p/ raque nº	01	<i>2</i>			
	Álcool de Enfermagem	05	<i>eletrônicos</i>			
	Álcool Iodado ml	03	<i>alcoolizado</i>			
04	Ataduras de Crepon <i>10cm</i>	01	<i>atadura descolorida</i>			
	Ataduras de Gessada					
	Azul metíleno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Agata *Flávio* *18*
11/01/2018 *12:50:14*

Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 23/12/2019 12:46:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312464775600000026308456>
 Número do documento: 19122312464775600000026308456



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

Paciente: JOVINO DE ARUJO NETO

Data do Exame: 29/11/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Análise:

- Tênuas focos de hemorragia subaracnóide de forma mais evidente na fissura interhemisférica.
- Material com atenuação hemática nos cornos occipitais dos ventrículos laterais.
- Coleção hemorrágica laminar epidural frontal à direita.
- Estruturas que compõe a linha média sem desvios significativos.
- Tonsilas cerebelares tópicas.
- Traços de fraturas na hemiface esquerda atingindo as paredes lateral e assoalho da órbita, arco zigomático

Dr Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB/6320

09 JUL. 2018



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 23/12/2019 12:46:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312464775600000026308456>
Número do documento: 19122312464775600000026308456

Num. 27257480 - Pág. 18



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



SUS
 Sistema
 Único
 de
 Saúde

Sr(a): JOVINO DE ARAUJO NETO
 Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. L. G. F.

Protocolo: 0000375357 RG: UTI AZUL 10
 Data: 18-12-2017

CLORO

Resultados anteriores: 17/12/17: 105
 [DATA DA COLETA: 18/12/2017 07:28]
 Material: Soro
 Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

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

Receituário Simples

SÓDIO

Resultados anteriores: 17/12/17: 146
 [DATA DA COLETA: 18/12/2017 07:28]
 Material: Soro
 Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Jovino Araújo Neto

CALCIO IONIZADO OU LIVRE

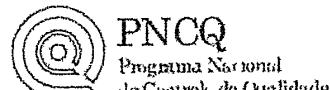
Resultados anteriores: 17/12/17: 1.17
 [DATA DA COLETA: 18/12/2017 07:28]
 Material: Soro
 Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

POTASSIO

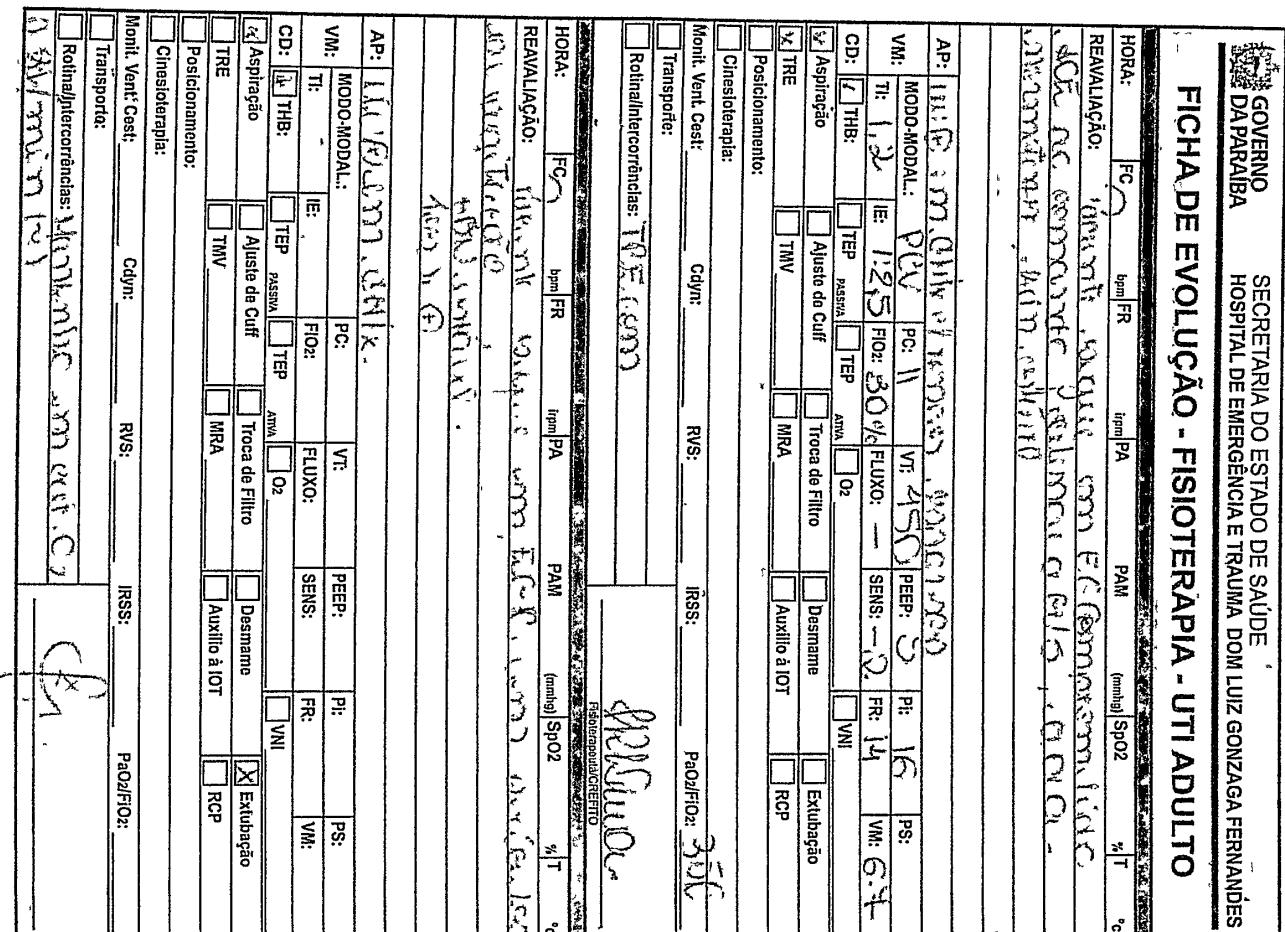
Resultados anteriores: 17/12/17: 4.8
 [DATA DA COLETA: 18/12/2017 07:28]
 Material: Soro
 Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Paciente encaminhado para unidade hospitalar do Hospital Regional de Picos - PI com relato que foi admitido em oráculo público com sinais de politraumatismo os US, 30 25/11/17. Tratamento para a realização de tomografia do crânio para unidade hospitalar de crâneo (25/11/17): Hemorragia

mod. 001
 1. Abordagem traumática em unidade cirúrgica e franco cefalo (LAC). Sem lesão neurocirúrgica
Recomendação para o Hospital Regional
Médico de
W Picos com indicação de



Emissão : 18/12/2017 08:30 - Página 5 de 6



 SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES																																																			
<h2>FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO</h2>																																																			
PROCEDÊNCIA: Voluntário DIAG. SINDRÔMICO: TEE / IAD / Peritacumulo / Fimbra de trânsito. DIAG. FISIOTERAPÉUTICO: D.																																																			
MOTIVO INTERNAÇÃO: <u>Alucinógeno + Sedativo</u> ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> IOC <input type="checkbox"/> Cirurgia HDA: <u>Alucinógeno, amfetamina do do, lsd e outras drogas de DATS com Dz de TEE + sedativa comatosa; histeria, dia somnolento.</u>																																																			
HDP: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">SV:</td> <td style="width: 10%;">FC</td> <td style="width: 10%;">bpmp</td> <td style="width: 10%;">FR</td> <td style="width: 10%;">Ipm PA</td> <td style="width: 10%;">PAM</td> <td style="width: 10%;">mmHg</td> <td style="width: 10%;">SpO2</td> <td style="width: 10%;">% T</td> <td style="width: 10%;">°C</td> </tr> <tr> <td colspan="10">ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo <input type="checkbox"/> Apagão II</td> </tr> <tr> <td colspan="10">NÍVEL DE CONCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordo <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> ECG</td> </tr> <tr> <td colspan="10">NÍVEL DE SEDAÇÃO: Escala de Ramsay</td> </tr> <tr> <td colspan="10">SISTEMA NEUROMUSCULAR E OSTEOARTICULAR (Tônus, trosfismos, reflexos, ADM, força muscular):</td> </tr> </table>		SV:	FC	bpmp	FR	Ipm PA	PAM	mmHg	SpO2	% T	°C	ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo <input type="checkbox"/> Apagão II										NÍVEL DE CONCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordo <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> ECG										NÍVEL DE SEDAÇÃO: Escala de Ramsay										SISTEMA NEUROMUSCULAR E OSTEOARTICULAR (Tônus, trosfismos, reflexos, ADM, força muscular):									
SV:	FC	bpmp	FR	Ipm PA	PAM	mmHg	SpO2	% T	°C																																										
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo <input type="checkbox"/> Apagão II																																																			
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordo <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> ECG																																																			
NÍVEL DE SEDAÇÃO: Escala de Ramsay																																																			
SISTEMA NEUROMUSCULAR E OSTEOARTICULAR (Tônus, trosfismos, reflexos, ADM, força muscular):																																																			
CD: <input checked="" type="checkbox"/> TIB: <input type="checkbox"/> TEP: <input type="checkbox"/> TEP: PASSIVA <input type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> O: <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Fixação TOT <input type="checkbox"/> Ajuste VMI <input type="checkbox"/> Monitorização <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> TRE <input type="checkbox"/> Desmane <input type="checkbox"/> Exibição <input type="checkbox"/> Transporte																																																			
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR SUPORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> VNI <input checked="" type="checkbox"/> VNI / Dias CÁNULA: Tipo: TOT Numeração: 4,5 Câula: Pressão Cuff: 0x0 O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Masc./Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Ventilação <input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação Fluxo 1/min FiO2 estimada																																																			
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tragéias supraclaviculares <input type="checkbox"/> Tragéias infratorácicas <input type="checkbox"/> Tragéias subcostais <input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp./Exo. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipneúxia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estidor /4+																																																			
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diaphragmático <input checked="" type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superfácial																																																			
RITMO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica																																																			
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Enfez <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Muco-purulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sangüinolenta																																																			
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha																																																			
Observações (IOC TEE) <u>Leve humor de recuperação: paciente agradável, com boa evolução.</u>																																																			
RESUMO DE ALTA <input type="checkbox"/> Alta do CTI <input type="checkbox"/> óbito <input type="checkbox"/> Setor destino <input type="checkbox"/> Transferência para outro Hospital																																																			
DP ÁREA VERMELHA: TEMPO VMI <input type="checkbox"/> TEMPO TOT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Déficit motor <input type="checkbox"/> Alteração tônus <input type="checkbox"/> Contratura <input type="checkbox"/> Deformidade <input type="checkbox"/> Elaspa da Mobilização <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/CREFITO																																																			

28/11/17. PÉLA VISITA DÍVIA

→ FAZ UMA UNIBANE VH INC. HANÁVIS

POIS HJ SE ENCONTRA EM 26%, VISANDO

MANTE BOA HEMORREOLOGIA.

29/11/17.

#. 3º dia de OTI.

Polihemicrões no genit

b AD / PNM Aspirativa / Enjugo de leucocitose e clindamycin / Fratura fibular

Sociente evolução com estabilização de hemodinâmica, com Reinstal-se presente a ausculta da parede abdominal, com picos febris no período noturno e baixas diurnas nos períodos (2000mf em 24 Horas) Hipertensivo

Cd: Ausente dieta adequada

do T.C. de creatina por

gráveos desmaio do

V. Mecânico. Foco solúcoso

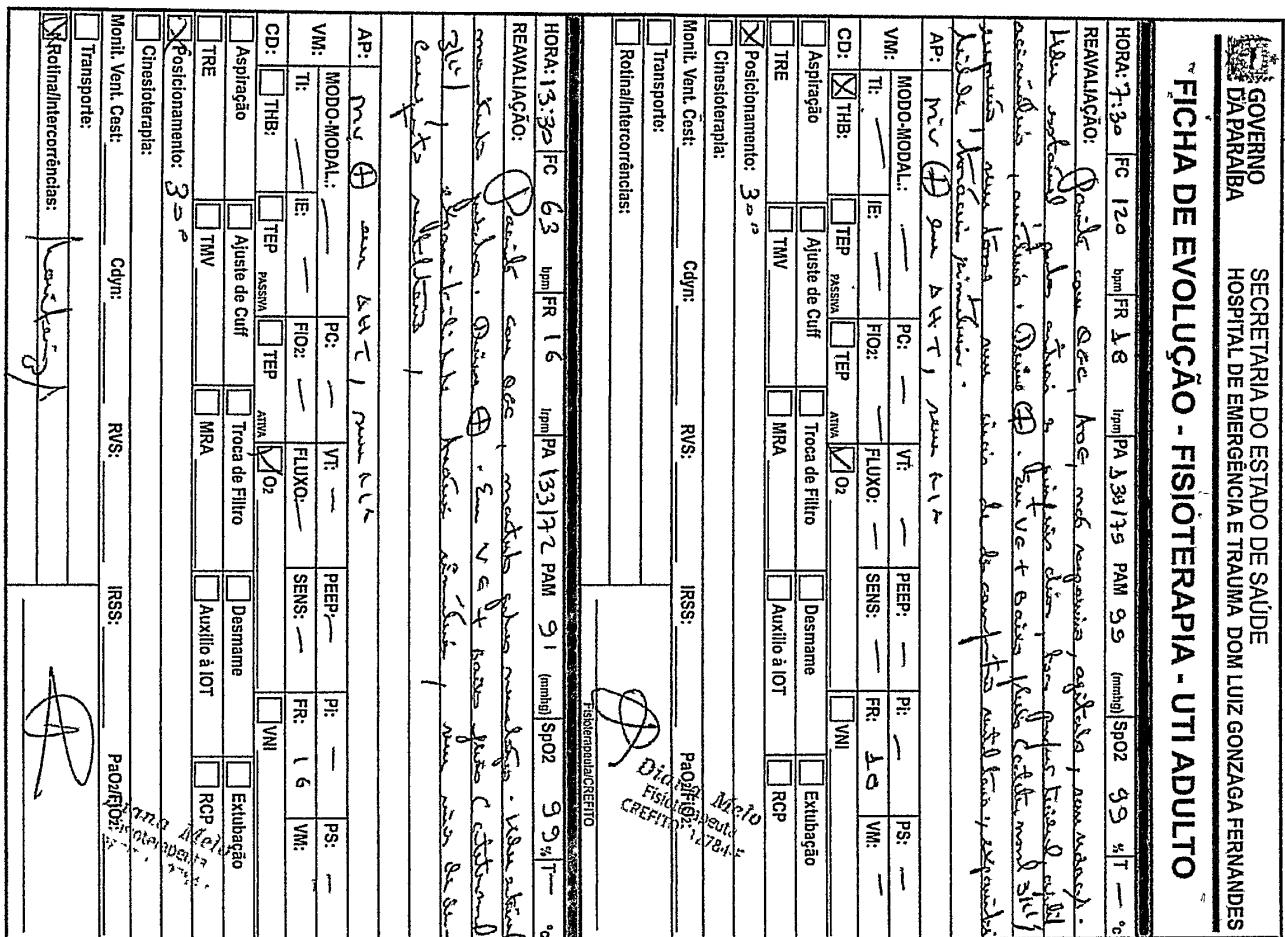
inspiratório. Ausente DR e Redito

tempo supostos

Anilice Lúcia Diniz Costa
MÉDICO
CRM-PB 6719

Fernando A. Cavalcanti
MÉDICINA INTENSIVA
CRM-PB 3800





Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input checked="" type="checkbox"/> Quais? <i>Sedacão</i> Preordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>Jugular</i> Data da punção <u>1/1</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunoostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: <u>1/1/17</u>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input checked="" type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <u>1/1/17</u>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>1/1/17</u>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>1/1/17</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Recebe o paciente entubado, com risco de aspiração para administrar medicação, com borda nasal trófica, borda nasal de demora, aguardando tomografia.</i></p> <p><i>Realizadas tomografia</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Alzenir Mariana Silva Ribeiro</u> DATA: <u>29/11/17</u> HORA: <u>10:00</u> h	
COREN-RB 317819	

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Áquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>jejunostomia</i> Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input checked="" type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca, Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input checked="" type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS <i>Recebo paciente em estágio geral ótimo, icombinante, com cateter nasal, cateter central, alimentação via oral, com edema de membros inferiores, urinário elevado e constipado e com ronco exsudativo de olmava, insuflada a ronca nasogastrica e retinada idas bufuras acima do osto esquerdo. Desconheço, não cuidado da higiene, higiene de face</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>13/12/17</u> HORA: <u>10:00</u> h	

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





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

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>José Júlio da Costa Neto</i>	Bairro: <i>Roxo s/º</i>
End: <i>Av. 21 de Junho</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>01/07/95</i>	Data do Atend.: <i>25/07/17</i> Hora: <i>10:55</i> Documento:
Queixa: <i>Doença</i>	Acidente de Trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:
Pressão arterial:
Dosagem de HGT:
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial
Josiane Ferreira Tavares
Enfermeira
COREN PB
Assinatura e carimbo do profissional

09 JUL. 2018

06 JUL. 2018





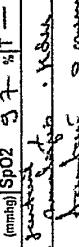
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

✓
- PACU.
- TCC Unicau
- CAD + Coleta Coagulograma
- Consulta Nutrição

Paciente	Tutor	Objetivo	Alojamento	7	Leito	Convênio
Prescrição Médica						
06/12/11	1 - DIRETRIZ DE 31/12/10	Acute.	12/06/06	14/06		Evolução Médica
07 -	2 - SESSÃO 500cc c/ 6165		12/06/06	14/06		PAC FASE COM AGRAVE
08 -	3 - DOWNTIME 8.1.000.000 UTT 37		12/06/06	14/06		REVISÃO DE HABILIDADES, CONSIDERANDO
09 -	4 - CORTAR 2 TIPS + 100 ml de SFT C/ 0500ml		12/06/06	14/06		100 ml de SFT, REVISÃO, REVISANDO ATEN-
10 -	5 - FLUXO VENOSO 4000 ml/hora		12/06/06	14/06		DOIS C/ 0500ml
11 -	6 - DIAVACAT 2000 ml/hora		12/06/06	14/06		DUAS FASES
12 -	7 - CIR 1600ml 200ml 8.1.000 UTT		12/06/06	14/06		DIAVACAT 1600ml 200ml 8.1.000 UTT
13 -	8 - BIDIMOCISTATICO 1000ml 8.1.000		12/06/06	14/06		BIDIMOCISTATICO 1000ml 8.1.000
14 -	9 - N.R.E. TUBO 8.1.000		12/06/06	14/06		N.R.E. TUBO 8.1.000
15 -	10 - OFFICE DE FERIADO 8.1.000		12/06/06	14/06		OFFICE DE FERIADO 8.1.000
16 -	11 - BIDIMOCISTATICO 8.1.000 UTT		12/06/06	14/06		BIDIMOCISTATICO 8.1.000 UTT
17 -	12 - INTESTINAL 1000 ml/hora		12/06/06	14/06		INTESTINAL 1000 ml/hora
18 -	13 - FLUXO VENOSO 4000 ml/hora		12/06/06	14/06		FLUXO VENOSO 4000 ml/hora
19 -	14 - NCRC CONSTRIÇÃO - 500 ml/hora		12/06/06	14/06		NCRC CONSTRIÇÃO - 500 ml/hora
20 -	15 - BACTICRISTAL 10 ml/hora 61.5		12/06/06	14/06		BACTICRISTAL 10 ml/hora 61.5
						Vivian Kelly R. Costa MÉDICA CRM/PB - 7075
						Vivian Kelly R. Costa MÉDICA CRM/PB - 7075

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

DATA:	16/12/17	SETOR:	A21	LEITO:	10						
H.D:		IDADE:	24 Anos	ADMISSÃO:							
HORA:	FC 18 bpm FR 16 bpm PA 144 mmHg SpO2 95 % T	PAM:	1pm PA	SpO2:	(mmHg)						
REAVALIAÇÃO:											
AP:						AP:					
MODO-MODAL:	<input checked="" type="checkbox"/> PC: —	PC: —	PEEP: —	PI: —	PS: —	MODO-MODAL:	<input checked="" type="checkbox"/> PC: —	PI: —	PEEP: —	PS: —	PS:
VM:	<input checked="" type="checkbox"/> Ti: —	IE: —	FLUXO: —	SENS: —	FR: 48 VM: —	VM:	<input checked="" type="checkbox"/> Ti: —	IE: —	FLUXO: —	SENS: —	VM:
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> THB: <input type="checkbox"/> TEP Passiva <input type="checkbox"/> TEP ATIVA <input checked="" type="checkbox"/> O2					CD:	<input checked="" type="checkbox"/> THB: <input type="checkbox"/> TEP Passiva <input type="checkbox"/> TEP ATIVA <input checked="" type="checkbox"/> O2				VNI
Aspiração <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> Troca de Filtro <input type="checkbox"/> Desmane <input type="checkbox"/> Exuberação						Aspiração <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> Troca de Filtro <input type="checkbox"/> Desmane <input type="checkbox"/> Exuberação					
TRE:	<input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> MRA		<input type="checkbox"/> RCP			TRE:	<input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> MRA		<input type="checkbox"/> RCP		
Posicionamento: <input checked="" type="checkbox"/>						Posicionamento: <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Cinesioterapia: <input type="checkbox"/> Monitor. Vent. Cost: <input type="checkbox"/> Cdyn: <input type="checkbox"/> RVS: <input type="checkbox"/> IRSS: <input type="checkbox"/> PaO2/FiO2: <input type="checkbox"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Rotina/Intercorrências: <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/CREDITO						<input type="checkbox"/> Cinesioterapia: <input type="checkbox"/> Monitor. Vent. Cost: <input type="checkbox"/> Cdyn: <input type="checkbox"/> RVS: <input type="checkbox"/> IRSS: <input type="checkbox"/> PaO2/FiO2: <input type="checkbox"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Rotina/Intercorrências: <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/CREDITO					
HORA: 15:00 FC 93 bpm FR 18 bpm PA 160 mmHg SpO2 97 % T						HORA: 15:00 FC 16 bpm FR 16 bpm PA 160 mmHg SpO2 97 % T					
REAVALIAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Secundária <input type="checkbox"/> Terciária <input type="checkbox"/> Vida Real <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> 						REAVALIAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Secundária <input type="checkbox"/> Terciária <input type="checkbox"/> Vida Real <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> 					
AP:						AP:					
MODO-MODAL:	<input checked="" type="checkbox"/> PC: —	PC: —	PEEP: —	PI: —	PS: —	MODO-MODAL:	<input checked="" type="checkbox"/> PC: —	PI: —	PEEP: —	PS: —	PS:
VM:	<input checked="" type="checkbox"/> Ti: —	IE: —	FLUXO: —	SENS: —	FR: 48 VM: —	VM:	<input checked="" type="checkbox"/> Ti: —	IE: —	FLUXO: —	SENS: —	VM:
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> THB: <input type="checkbox"/> TEP Passiva <input type="checkbox"/> TEP ATIVA <input checked="" type="checkbox"/> O2					CD:	<input checked="" type="checkbox"/> THB: <input type="checkbox"/> TEP Passiva <input type="checkbox"/> TEP ATIVA <input checked="" type="checkbox"/> O2				VNI
Aspiração <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> Troca de Filtro <input type="checkbox"/> Desmane <input type="checkbox"/> Exuberação						Aspiração <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> Troca de Filtro <input type="checkbox"/> Desmane <input type="checkbox"/> Exuberação					
TRE:	<input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> MRA		<input type="checkbox"/> RCP			TRE:	<input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> MRA		<input type="checkbox"/> RCP		
Posicionamento: <input checked="" type="checkbox"/>						Posicionamento: <input checked="" type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Cinesioterapia: <input type="checkbox"/> Monitor. Vent. Cost: <input type="checkbox"/> Cdyn: <input type="checkbox"/> RVS: <input type="checkbox"/> IRSS: <input type="checkbox"/> PaO2/FiO2: <input type="checkbox"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Rotina/Intercorrências: <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/CREDITO						<input type="checkbox"/> Cinesioterapia: <input type="checkbox"/> Monitor. Vent. Cost: <input type="checkbox"/> Cdyn: <input type="checkbox"/> RVS: <input type="checkbox"/> IRSS: <input type="checkbox"/> PaO2/FiO2: <input type="checkbox"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Rotina/Intercorrências: <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/CREDITO					
EXAME	DATA	HORA	RESULTADO								
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:				
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:				
GASO.:			PH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:				
HEMOGRAMA:											
TOMOGRAFIA:											
RAIO X:											
OUTROS:											
Observações:											
<input type="checkbox"/> Cinesioterapia: <input type="checkbox"/> Monitor. Vent. Cost: <input type="checkbox"/> Cdyn: <input type="checkbox"/> RVS: <input type="checkbox"/> IRSS: <input type="checkbox"/> PaO2/FiO2: <input type="checkbox"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Rotina/Intercorrências: <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/CREDITO											

FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA: 11 | FC: 80 bpm | FR: 16 lpm | PA: 120 mmHg | PAM: 100 mmHg | SpO2: 95% | T: 36,5 °C
REAVALIAÇÃO: Paciente suspeita de SIRS, desnutrição, hiperlipidêmico, obesidade, desidratação, hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência renal, edema de membros inferiores, dor de cabeça, dor de estômago, dor de costas.

AP: M.U. S. Auto S. I.R.A.

MODO-MODAL.: PC: VT: PEEP: PI: PS:
VM: Ti: IE: FIO2: FLUXO: SENS: FR: VM:
CD: THB: TEP PASSIVA: TEP ATIVA: O2: VNI:

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desname Extubação
 TRE TMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento:

Cinesioterapia: Monitor: Cód: Pronostico: RSS: PAo2/FiO2:
Monit. Vent. Gest: Cód: RVs: IRSS: PAo2/FiO2:
Transporte: Rotina/Intercorrências: Datas: AA

Dra. Gisele Targhetta
FISIOTERAPEUTA
CRM-PI: 128.504

Fisioterapeuta de植物

HORA: FC: 80 bpm | FR: 16 lpm | PA: 120 mmHg | PAM: 100 mmHg | SpO2: 95% | T: 36,5 °C

REAVALIAÇÃO: Posição de repouso e sono, desidratação, desnutrição, dor de estômago, dor de costas.

AP: M.U. S. Auto S. I.R.A.

MODO-MODAL.: PC: VT: PEEP: PI: PS:
VM: Ti: IE: FIO2: FLUXO: SENS: FR: VM:
CD: THB: TEP PASSIVA: TEP ATIVA: O2: VNI:

Aspiração Ajuste de Cuff Troca de Filtro Desname Extubação
 TRE TMV MRA Auxílio à IOT RCP

Posicionamento:

Cinesioterapia: Monitor: Cód: Pronostico: RSS: PAo2/FiO2:
Monit. Vent. Gest: Cód: RVs: IRSS: PAo2/FiO2:
Transporte: Rotina/Intercorrências: Datas: AA

Nome: Júlia da Silveira Neto					
Data: 17.12.17 Setor: Anest. Leito: 10					
H.D.: TCS Idade: 22 Admissão:					
HORA: <input type="checkbox"/> FC: <input type="checkbox"/> 80 bpm FR: <input type="checkbox"/> 16 lpm PA: 120 mmHg PAM: <input type="checkbox"/> 100 mmHg SpO2: <input type="checkbox"/> 95% T: <input type="checkbox"/> 36,5 °C					
REAVALIAÇÃO: Prolongado período de repouso e sono, desidratação, desnutrição, dor de estômago, dor de costas.					
AP: <input type="checkbox"/> M.U. <input checked="" type="checkbox"/> S. Auto <input type="checkbox"/> S. I.R.A.					
MODO-MODAL.: <input type="checkbox"/> PC: <input type="checkbox"/> VT: <input type="checkbox"/> PEEP: <input type="checkbox"/> PI: <input type="checkbox"/> PS: <input type="checkbox"/> VM: <input type="checkbox"/> Ti: <input type="checkbox"/> IE: <input type="checkbox"/> FIO2: <input type="checkbox"/> FLUXO: <input type="checkbox"/> SENS: <input type="checkbox"/> FR: <input type="checkbox"/> VM: <input type="checkbox"/> CD: <input checked="" type="checkbox"/> THB: <input type="checkbox"/> TEP PASSIVA: <input type="checkbox"/> TEP ATIVA: <input type="checkbox"/> O2: <input type="checkbox"/> VNI: <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff <input type="checkbox"/> Troca de Filtro <input type="checkbox"/> Desname <input type="checkbox"/> Extubação <input type="checkbox"/> TRE <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> RCP					
Posicionamento:					
Cinesioterapia:					
Monit. Vent. Gest: <input type="checkbox"/> Cód: <input type="checkbox"/> Pronostico: <input type="checkbox"/> RSS: <input type="checkbox"/> PAo2/FiO2: <input type="checkbox"/> Monit. Vent. Gest: <input type="checkbox"/> Cód: <input type="checkbox"/> RVs: <input type="checkbox"/> IRSS: <input type="checkbox"/> PAo2/FiO2: <input type="checkbox"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Rotina/Intercorrências: <input type="checkbox"/> Datas: <input type="checkbox"/> AA					
EXAME DATA HORA RESULTADO					
GASO.: PI: PaO2: PCO2: HCO3: BE: Gas.: PI: PaO2: PCO2: HCO3: BE: Gaso.: PI: PaO2: PCO2: HCO3: BE: Gas.: PI: PaO2: PCO2: HCO3: BE:					
HEMOGRAMA:					
TOMOGRAFIA:					
RAIO X:					
OUTROS.: PI: PaO2: PCO2: HCO3: BE: Outros.: PI: PaO2: PCO2: HCO3: BE: Observações:					
Cinesioterapia:					
Monitor: <input type="checkbox"/> Cód: <input type="checkbox"/> Pronostico: <input type="checkbox"/> RSS: <input type="checkbox"/> PAo2/FiO2: <input type="checkbox"/> Monitor: <input type="checkbox"/> Cód: <input type="checkbox"/> RVs: <input type="checkbox"/> IRSS: <input type="checkbox"/> PAo2/FiO2: <input type="checkbox"/> Transporte: <input type="checkbox"/> Rotina/Intercorrências: <input type="checkbox"/>					



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

ISSUE 11 DE ENERO 2013 • PÁGINA 11

卷之三

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Nome do Anjozinho Neto	Alojamento	2 ->	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
24/11/22	Multid. progr Sime + Afure 820. cr. 9000 ueltr chl. Simeprezol 40 hr / xid Dg. Laxativo 2g + 100ml soro glic. h. 500ml Hidroxid. Zn 810g hr Sódico deitado 100ml soro glic. h Bactifeno 10mg pote 8/365 Glicoraminico 100g soro xid (SNC) NBZ 320.91 mg C Afranest 174.81 mg C furoxamida 0.7g		12' 18' 24' 14' 22' 05' 15' 09' 05' 14' 22' 05' 15' 09' 05' 14' 22' 05' 15' 09' 05' SN		Pct. SI estreita fundo inflam. Bordas torcidas epôni chro or 140 cr 3 levou 9/100 mult 16 ex 24% exm. VEN houve alteração clínica BMN
					<u>Objeções</u> <u>foram feitas</u> <u>na</u> <u>parte</u> <u>de</u> <u>peddy</u> <u>uridoxa</u> <u>alucinó</u> <u>isof. C.</u>
					<u>Bleu</u> <u>Pau</u> <u>Hé</u> <u>pr</u> <u>con</u> <u>ut</u> <u>PC</u> <u>fase</u> <u>Fun</u> <u>+</u> <u>mavol</u> <u>Brula</u> <u>paros</u> <u>+</u> <u>autêntico</u> <u>+</u> <u>Zicarina</u> <u>C</u>
					<u>Co</u> <u>Pacote</u> <u>evitivo</u> <u>B</u> <u>and</u> <u>Acuana</u> <u>andamento</u> <u>Clínica</u> <u>P</u> <u>VEN</u> <u>4-10</u> <u>pe</u> <u>curvatura</u> <u>H</u> <u>P</u> <u>Fernando</u> <u>Portela</u> <u>Centro</u> <u>Reabilitação</u> <u>CRN-7-106</u>

MOD. 035







ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINESIO FUNCIONAL

Eu, Dr. George Winsgton Vieira de Lucena , Fisioterapeuta, CREFITO: 216481 – F, declaro para os devidos fins que Sr. Jovino de Araujo Neto, CPF: 117605954-89, vítima de acidente de moto no dia 25/11/2017 e que em decorrência do sinistro sofreu traumatismo Crânio Encefálico (TCE), resultando no quadro de Lesão Axonal Difusa (LAD), com também fratura de mandíbula e fratura de terço médio da tíbia esquerda, sendo essas já fixadas após procedimento cirúrgico com osteossíntese metálica.

Foi admitido ao tratamento fisioterapêutico domiciliar em 30 de janeiro de 2018, onde durante a avaliação fisioterapêutica cinético funcional foi possível observar rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 12) lentificação de raciocínio e coordenação motora, bem como fraqueza muscular, sobretudo no hemicorpo esquerdo, além de sonolência e lapsos de memória recente. Sendo registrado ainda aumento da Pressão Arterial Sistêmica (140x100 mmhg), taquicardia (120 bpm) e quadro de anemia. O paciente encontrava-se com contusão de membros superiores, membros inferiores e tórax, além de nutrição enteral mediante uso de sonda nasoenteral.

Ao EXAME FÍSICO revelou-se com hipomobilidade escapular, glenoumeral e femoroacetabular. Dificuldade Funcional na Sustentação da cabeça e tronco, alteração da coordenação motora, sendo positivo os Testes de "Prova de Index-nariz", Prova de oposição do polegar com dedos e prova dos movimentos alterados. Apresentou diminuição do tônus muscular, avaliada de acordo com a Escala de Ashworth Modificada. No que se diz respeito a avaliação de força ou capacidade muscular foi utilizada a classificação da carta de desempenho muscular da The National For Infatil Paralisys, que é graduada em um escala de 0 a 5, sendo eles grau 0 (zero) nenhuma evidência de contração, grau 1 traços de dez por cento, grau 2 pobre – vinte e cinco por cento, adotada pela Sociedade Internacional de Ortopedia e Traumatologia, o paciente em questão foi enquadrado como Grau 3 – sofável, entre cinqüenta de setenta por cento para punho esquerdo, sendo incapacidade válida para as funções que necessitam força e repetição de punho e braço, bem como da musculatura adjacente. Apresentado também tremores em membros inferiores, sobretudo aos médios e grandes esforços, mais incidente no membro inferior esquerdo, onde a deambulação no momento era feita através do uso de cadeira de rodas. Com relação a função respiratória, observou-se diminuição do murmúrio vesicular em ambos os hemotórax, além do cansaço aos pequenos esforços e respiração ofegante audível.

A conduta fisioterapêutica foi guiada de acordo com o quadro clínico do paciente, com o objetivo de melhorar e manter a função pulmonar, prevenir encurtamentos contraturas e deformidades, aumentar a amplitude de movimento, melhorar equilíbrio e coordenação, fortalecer a musculatura para proporcionar o máximo de funcionalidade na realização das atividades diárias e possíveis treinos de marcha, inibir padrões patológicos, corrigir posturas e tornar o paciente mais independente possível.

Em relação ao estado e que mesmo se encontra atualmente, o paciente evoluiu com melhora na coordenação motora e de mobilidade de membros superiores e inferiores, adquirindo total controle de cabeça e torso, normalização do tônus muscular, aumento de força ou capacidade muscular de ambos hemicorpos, os testes de coordenação que foram realizados na avaliação obtiveram resultados satisfatórios, além de melhora expressiva no equilíbrio, podendo assumir a posição ortostática com segurança e deambular de forma independente, sem auxílio de suporte.

Frente ao quadro apresentado pelo Sr. Jovino de Araujo Neto e pelo tempo de tratamento realizado até então, pode-se concluir que a fisioterapia tem fundamental importância em pacientes pós TCE, principalmente quando esses estão com deficit motor e dependência para realizar suas atividades diárias, evitando maiores complicações motoras, alcançando o máximo de integridade possível frente ao prognóstico, aumentando a qualidade de vida do mesmo.

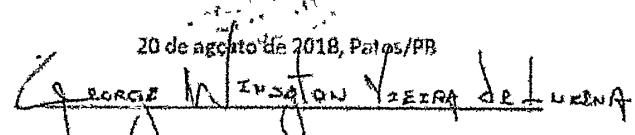

FISIOTERAPEUTA



ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINSSIO FUNCIONAL

Vale-se ressaltar que o mesmo ainda encontra-se com o quadro de lentificação de raciocínio, lapsos de memória recentes, leve déficit de equilíbrio, respiração ofegante e cansaço a médias e grandes esforços, círculo característico da síndrome pos-UTI.

20 de agosto de 2018, Patos/PB


George Winsgton Vieira de Lucena
FISIOTERAPEUTA

11 SET. 2018





Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 23/12/2019 12:46:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312464775600000026308456>
Número do documento: 19122312464775600000026308456

Num. 27257480 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO - 23/12/2019 12:46:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312464775600000026308456>
Número do documento: 19122312464775600000026308456

Num. 27257480 - Pág. 35



()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao beneficiário. O prazo final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180313247 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOVINO DE ARAUJO NETO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MARCOS AURELIO VIDAL CORRETAGEM DE SEGUROS EIREL
BENEFICIÁRIO JOVINO DE ARAUJO NETO**CPF/CNPJ:** 11760595489**Posição em 21-12-2019 13:04:22**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

09/11/2018 R\$ 5.062,50 R\$ 0,00 R\$ 5.062,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/09/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	Download
20/09/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download



07/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pLMFPqQ+Uz2kC9OkPa1api_key=ozStYa9oqQs6qBKi6Kh__yce5FrnFu6q95A__1SENI17A=)
14/07/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/NSV4afOUN7OX+2ri4capi_key=ozStYa9oqQs6qBKi6Kh__yce5FrnFu6q95A__1SENI17A=)
14/07/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZFxoUBu__784LbIRbYapi_key=ozStYa9oqQs6qBKi6Kh__yce5FrnFu6q95A__1SENI17A=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



Disponível na
[App Store](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
 - › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
 - › Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
 - › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
 - › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT ([/Pages/Quem-Somos.aspx](#))
 - › Sobre o Seguro DPVAT ([/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#))
 - › Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))
 - › Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))
 - › Dicionário do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#))
 - › Perguntas Frequentes ([/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes](#))

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
 - › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
 - › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
 - › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
 - › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
 - › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

JOVINO DE ARAUJO NETO, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do documento RG de nº 3640191 SDS/PB e CPF de nº 11760595489, residente e domiciliado na Rua Jose Aires de Lucena, S/N, Bairro Jardim Queiroz, cidade de Patos, CEP 58.704-160, Estado da Paraíba, **DECLARO**, para os devidos fins, que sou **ISENTO (A) de DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA**, conforme regulamento da Receita Federal do Brasil. No ano anterior não obtive rendimentos provindos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural, suficientes para declarar IRPF nesse ano, e não me enquadro nos demais casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda

Sob as penas das Leis Civil e Penal, **DECLARO** que as afirmações acima são a expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal) e assumo a responsabilidade pelo alegado.

Patos/PB – 12 de novembro de 2019.

Jovino de Araujo Neto

Assinatura





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA
DA UNIÃO**

Nome: JOVINO DE ARAUJO NETO
CPF: 117.605.954-89

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão se refere à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 12:37:23 do dia 23/12/2019 <hora e data de Brasília>.

Válida até 20/06/2020.

Código de controle da certidão: **9E9B.9587.5F38.470F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA

Processo nº 0808602-15.2019.8.15.0251

DESPACHO

Vistos, etc.

1. Ao analisar a inicial e os documentos constantes dos autos, verifico que a parte Autora não informa sua renda mensal. A fim de verificar a situação de hipossuficiência econômica alegada pela parte Autora, conforme faculta o art. 99, §2º do CPC/2015, e observado o disposto na Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ, determino a juntada: **1) das declarações de Imposto de Renda prestadas a Receita Federal nos últimos 3 (três) anos** (caso seja empresário – em qualquer nível – juntar IRPJ ou similar). Não possuindo, traga aos autos declaração ou comprovação de que não declara o imposto de renda (IRPF e/ou IRPJ); **2) o último comprovante de seus rendimentos de trabalho e/ou aposentadoria** (contracheque); **3) CTPS** (inclusive a parte do contrato de trabalho); **4) Extrato dos últimos 3 meses da conta corrente onde aufera seus rendimentos, 5) Guia das custas** (art. 1º, §3º da Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ). Pode a parte requerente informar e comprovar seus eventuais gastos, caso existam. Prazo: 15 dias.

2. Caso qualquer dos documentos acima não possa ser apresentado, deve a parte requerente informar e comprovar, de modo fundamentado, a impossibilidade de sua apresentação, sob pena de indeferimento do pedido. Caso não possua qualquer comprovante de rendimento formal, deve declarar, sob as penas legais, sua renda.

3. Caso a parte não se manifeste acerca da providência determinada, intime-se novamente, desta vez para regularizar o prosseguimento do feito, em 15 (quinze dias) dias, providenciando o recolhimento das custas processuais, sob pena de extinção e cancelamento da distribuição.

Cumpre-se. Diligências necessárias.

Patos, 10 de janeiro de 2020.

Bruno Medrado dos Santos



Assinado eletronicamente por: BRUNO MEDRADO DOS SANTOS - 10/01/2020 12:13:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011011214605800000026433766>
Número do documento: 20011011214605800000026433766

Num. 27389210 - Pág. 1

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: BRUNO MEDRADO DOS SANTOS - 10/01/2020 12:13:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011011214605800000026433766>
Número do documento: 20011011214605800000026433766

Num. 27389210 - Pág. 2



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
7ª Vara Mista de Patos**

PROCESSO Nº 0808602-15.2019.8.15.0251

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JOVINO DE ARAUJO NETO
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Cumprir despacho ID

27389210



Assinado eletronicamente por: JOAO JERONIMO DA SILVA - 16/01/2020 08:48:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011608484026300000026524636>
Número do documento: 20011608484026300000026524636

Num. 27486472 - Pág. 1

EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 7^a VARA DA COMARCA DE PATOS/PB.

Processo nº 0808602-15.2019.8.15.0251

JOVINO DE ARAUJO NETO, por intermédio de seus procuradores e advogados *in fine* assinados, vêm perante Vossa Excelência, apresentar e requerer, em obediência a despacho retro:

A parte Requerente vem a este juízo informar que não possui condições de arcar com as custas do processo, bem como juntou aos presente autos **DECLARAÇÃO DE INSENÇÃO IMPOSTO DE RENDA** (ID 27248662), E **CERTIDAO DE DEBITOS E TRIBUTOS** (ID 27248663), colhidos junto Receita federal. Ademais, não apresenta nesta oportunidade Carteira de Trabalho, pois, nunca laborou para ninguém ou alguma pessoa jurídica.

EXCELENCIA, A PARTE AUTORA É TOTALMENTE POBRE, VIVE EXCLUSIVAMENTE DA AJUDA DE AMIGOS E FAMILIARES, NÃO POSSUI NENHUMA FONTE DE RENDA, OU SEJA, EM CONDIÇÃO FINANCEIRA COMPLETAMENTE PRECÁRIA.

Informa ainda que após o acidente de transito, encontra-se incapacitado para exercer atividades laborais, sendo sustentado por sua família e amigos.

Dessa forma, necessária é, a concessão dos benefícios de justiça gratuita em favor da parte da autora, pois, diferente disto, estaria a parte promovente impossibilitada de acesso ao Judiciário a fim de solucionar o problema apresentado em sua exordial e principalmente, no que tange a luta de seus Direitos.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Patos, data eletrônica.

Vanessa Samara Ferreira Leandro

OAB/PB 24.411





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA

PROCESSO: 0808602-15.2019.8.15.0251

DECISÃO

Vistos, etc.

Verifica-se que a parte Autora se limitou a informar que juntou declaração de isento do IRPF e de dívidas federais.

Mas porque não cumpriu as determinações do despacho anterior? **Não juntou a guia das custas; Não juntou os extratos bancários; Não juntou comprovante de rendimentos ou não declarou sua renda? A sua própria conduta dificulta a análise do pedido.**

Informa que não possui CTPS, mas isso não é verdade. Em consulta ao Sistema Pandora, verifico que o Autor possui, sim, CTPS.

Verifico ainda que possui em seu nome uma moto BROS 2016/2016. Ora, não é qualquer moto. Custa mais de 10 mil reais.

A declaração de isento não significa incapacidade de pagamento. A pessoa pode ganhar 2 mil, 500 reais, nada... Não tem como saber. Além disso, há diversas pessoas que trabalham informalmente que não recolhem o devido IRPF, podendo ter ganhos significativos. Igualmente, existir débito tributário, sem declarar qual é o valor do débito, nada diz. Pode ser ínfimo o valor e o autor pode optar por nunca quitar, já que a União somente ajuíza ações com valores superiores a 20 mil reais.

Aqui se aplica a máxima: Não adiantar falar sem comprovar. A parte não fez qualquer comprovação da hipossuficiência.

Fica claro que houve a sonegação de informações.

Ainda assim, como forma de garantir, claramente, seu acesso a justiça, possibilite que recolha parceladamente o valor das custas em 6 vezes. A parcela sairá em torno de R\$ 130,00, o que é compatível para o caso concreto.



Dessa forma, a fim de garantir o acesso à justiça à parte autora, e da mesma forma garantir o pagamento de valores devidos aos gastos públicos pela movimentação da máquina da Justiça Estadual, **CONCEDO PARCELAMENTO DAS DESPESAS (art. 98, §6º, CPC/2015 c/c Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ)** à parte Autora nos seguintes termos: Possibilidade de parcelamento do valor em até 6 (seis) vezes, valor este que deve ser corrigido mensalmente pela UFIR vigente no mês (art. 2º, caput, da Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ).

Determino à autora o recolhimento das custas processuais em parcela única ou o pagamento da primeira parcela no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de cancelamento da distribuição da presente ação (art. 290, CPC/2015). As demais parcelas devem ser recolhidas até o último dia do mês subsequente e não se suspende em virtude do recesso forense, nem de qualquer outro motivo de suspensão do processo (art. 2º, §2º, da Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ).

Incumbe à parte beneficiária do parcelamento extrair do sistema Custas Online, no portal do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba (www.tjpb.jus.br), o boleto relativo a cada parcela, utilizando o número do respectivo processo ou da guia de custas, sendo vedado o pagamento de despesas processuais que não seja por meio de guias de recolhimento (art. 5º, da Portaria Conjunta nº 02/2018 TJPB/CGJ).

P.I.

PATOS, 15 de junho de 2020.

Bruno Medrado dos Santos

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: BRUNO MEDRADO DOS SANTOS - 15/06/2020 12:13:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061512131360600000030257642>
Número do documento: 20061512131360600000030257642

Num. 31549281 - Pág. 2



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
7ª Vara Mista de Patos**

PROCESSO Nº 0808602-15.2019.8.15.0251

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Acidente de Trânsito]

AUTOR: JOVINO DE ARAUJO NETO
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Cumprir despacho id 31549281



Assinado eletronicamente por: JOAO JERONIMO DA SILVA - 16/06/2020 08:28:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061608280471300000030287555>
Número do documento: 20061608280471300000030287555

Num. 31581890 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE PATOS – 7ª VARA MISTA

PROCESSO: 0808602-15.2019.8.15.0251

AUTOR: JOVINO DE ARAUJO NETO

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

SENTENÇA

Vistos, etc.

Cuida-se de medida judicial na qual a parte promovente deixou de recolher as custas, uma vez instada para tanto, extraindo-se dos autos o transcurso do prazo sem o atendimento da determinação judicial pela parte.

É o relatório. Fundamento e decido.

A falta de recolhimento das custas iniciais leva ao cancelamento da distribuição, nos termos do art. 290 do CPC.

É o caso dos autos.

Ante o exposto, **JULGO EXTINTO o processo, sem resolução do mérito**, nos termos do art. 485, IV c/c art. 102, §único, ambos do CPC/2015 e, como consequência, com esteio no art. 290 do Código de Processo Civil, determino o cancelamento da distribuição do presente processo.

Sem custas e honorários, já que sequer angularizada a relação processual.

Publique-se. Intimem-se.

Com o trânsito em julgado, arquivem-se. Cumpra-se. Diligências necessárias.

PATOS, 13 de outubro de 2020



Assinado eletronicamente por: BRUNO MEDRADO DOS SANTOS - 13/10/2020 10:14:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101310142637600000033738653>
Número do documento: 20101310142637600000033738653

Num. 35311020 - Pág. 1

Bruno Medrado dos Santos

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: BRUNO MEDRADO DOS SANTOS - 13/10/2020 10:14:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101310142637600000033738653>
Número do documento: 20101310142637600000033738653

Num. 35311020 - Pág. 2



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
7ª Vara Mista de Patos**

PROCESSO Nº 0808602-15.2019.8.15.0251

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Acidente de Trânsito]

AUTOR: JOVINO DE ARAUJO NETO
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Intimação sentença id 35311020



Assinado eletronicamente por: JOAO JERONIMO DA SILVA - 13/10/2020 15:28:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101315283787100000033817045>
Número do documento: 20101315283787100000033817045

Num. 35395286 - Pág. 1