PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTES: o Sr. JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA, brasileiro, casado, portador do CPF. 026.841.894-20, e documentos de identidade sob 2.206.988-SSP/PB, residente no Sitio Chã dos Pereiras, s/nº – na Zona Rural da cidade do Inga-PB. *nomeia e constitui:*

OUTORGADOS: NEURI RODRIGUES DE SOUSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na **OAB-PB sob o nº 9.009, e RAPHAEL DE LIMA MARTINS,** inscrito na **OAB-PB 21.446**, brasileiro, solteiro, Advogado o **Sr. ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, bacharela em direito, todos com escritório na Rua João Alves de Oliveira, nº 76, - centro, Campina Grande –PB – Fone 3342-2471.

PODERES: Os da cláusula ***"AD JUDITIA ET EXTRA"*** em qualquer juízo, instância ou tribunal, tanto na esfera cível, quanto criminal até final decisão, usando os recursos legais e representando o outorgante em qualquer órgão, empresas privadas, etc., conferindo-lhe ainda, poderes para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber citação inicial, alvará e crédito de qualquer natureza, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda, substabelecer esta para outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme, fiel e valioso.

Campina Grande, 22 de Setembro de 2017.

José do Nascimento Almeida

OUTORGANTE.

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA, brasileiro, casado, portador do CPF. 026.841.894-20, e documentos de identidade sob 2.206.988-SSP/PB, residente no Sitio Chã dos Pereiras, s/nº – na Zona Rural da cidade do Inga-PB, **DECLARO**, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande, 22 de Setembro de 2017.

José do Nascimento Almeida

Declarante

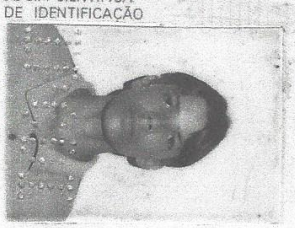
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA DIP-66

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



José do Nascimento Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3206988 DATA DE EXPEDIÇÃO 19 MAR 2004

NOME JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA

FILIAÇÃO Silvando de Andrade Almeida
Severina Romão do Nascimento

NATURALIDADE Ingá-PB. DATA DE NASCIMENTO 17.11.1987

DOC ORIGEM Cert.Nasc.nº10.908 Fls.051 Liv A-12 - Cart. de Ingá-PB.

CPF

João Pessoa – PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

081.978.504-02

Nome

JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA

Nascimento

ANALICE DO NASCIMENTO DIONISIO
SITCHA DOS PEREIRAS, S/N - AREA RURAL
INGA / PB CEP 58380000 (AG: 113)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rod 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.016.823-0

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA QUIL MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 88 - 793 - 5005
Nº medidor: 00008653193
Referencia: Jun / 2017
Emissao: 29/06/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001 428.209
Código para Débito Automático: 00016266454

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

Conta referente a
Jun / 2017

UC (Unidade Consumidora): 5/1626645-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Apresentação
29/06/2017

Data prevista da próxima leitura
28/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI
10270674411
Insc. Est.:

Faturas em atraso

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
29/05/17	4428	29/06/17	4538	1	110	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo até 50kWh-BR	50	0,00000	0,00
Consumo - 51 a 100kWh-BR	50	0,25087	12,54
Consumo - 101 a 220kWh-BR	10	0,37631	3,76
Adic. B. Vermelha			0,05
Subsídio			31,86
ICMS			19,28
PIS			0,73
COFINS			3,38
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			8,37
Devolução Subsídio			-31,86

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/17	113
Abr/17	114
Mar/17	123
Fev/17	100
Jan/17	103
Dez/16	88
Nov/16	97
Out/16	86
Set/16	74
Ago/16	87
Jul/16	98
Jun/16	104

Média dos últimos meses
99

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R$
ICMS	71,40	27,00	19,28
PIS	71,40	1,0318	0,73
COFINS	71,40	4,7426	3,38

VENCIMENTO 06/07/2017

TOTAL A PAGAR R$ 48,11

AUTENTICAÇÃO DO CÓDIGO
4296.0b42.9278.e36f.7e7c.015f.2874.efdb.

Indicadores de Qualidade 4/2017 - Riachão

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	11,59	0,00
DIC TRIMESTRAL	23,19	
DIC ANUAL	46,38	
FIC MENSAL	7,87	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,34	
FIC ANUAL	30,69	
DMIC	6,39	0,00
DICRI	16,60	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do valor total da sua conta

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	6,29	13,07
Compra de Energia	7,36	15,30
Serviço de Transmissão	0,43	0,89
Encargos Setoriais	2,27	4,72
Impostos Diretos e Encargos	31,76	66,02
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**48,11**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref. 4/2017) R$ 13,96

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R$31,86

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DO ESTADO
9ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SEDE ITABAIANA
32ª DELEGACIA INTEGRADA DE POLÍCIA CIVIL INGÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL DELEGACIA DE INGÁ PARAÍBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
ACIDENTE

Nº222/2017

CERTIFICO, em razão do meu oficio e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de nº **222/2017**, que passamos a transcrever na íntegra: Aos TREZE de Abril de 2017, nesta cidade de Ingá, Estado da Paraíba, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Bel. **RICARDO ROLIM RAMALHO**, Delegado de Polícia Civil Plantonista, comigo Policial Civil, por volta das **12h: 05min.**, compareceu o **Sr(a). JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA,** Brasileiro (a), casado, encanador, Ensino Médio Completo, natural de Ingá-PB, nascido (a) em 17/11/1987 com 29 anos de idade, filho(a) de Silvando de Andrade Almeida e de Severina Romão do Nascimento, Carteira de identidade n° 3.206.988 SSP-PB, CPF de número 081.978.504-02, residente no(a) no Sitio Chã dos Pereiras, Zona Rural de Ingá-PB, telefone 83 9 8712 5798. O qual noticiou:

Que o (a) NOTICIANTE compareceu a esta Delegacia para relatar que no dia 21/10/2016, por volta das 19h00min, estava entrando na via que dá acesso ao Sitio Chã dos Pereiras, Zona Rural de Ingá/PB em sua motocicleta HONDA/NX 200, ano 1998/1998, de cor verde, placa MNS 1066/PB, Chassi 9C2MD270WWR003829, em nome do noticiante, quando colidiu com dois transeuntes que estavam no meio da via; QUE com a colisão, o noticiante e os dois transeuntes saíram bastantes machucados; QUE o noticiante diz que foi socorrido pelo SAMU da cidade de Ingá/PB, para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, ficando aproximadamente 05 dias internado; QUE fraturou o maxilar, quebrou 04 dentes superiores, cortou o lábio superior, lesões no joelho e varias escoriações por todo o corpo; QUE ficou com sequelas no joelho e nos dentes. Nada mais disse nem foi lhe perguntado.

O signatário ficou ciente nesta DISP que qualquer declaração falsa implicará nas normas do art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). O referido é verdade e dou FÉ. Essa Certidão de Ocorrência Policial tem a validade de 30 a partir da data abaixo citada.

Ingá-PB, 13 de Abril de 2017

José do Nascimento Almeida

JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA
Noticiante

Vitor Prado Freire
Agente de Investigação
Mat. 155.700-9 SEDS/PB

Delegacia de Polícia Civil de INGÁ
Endereço: Rua Getulio Vargas, n º. 69. Bairro: Centro – Ingá-PB
CEP: 58.300-000, Fones : (83)3394-2301

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 01315282784 8

PRT 2017900003351 3

LACRE 0038536161

VIA: 1 | CÓDIGO SEGURANÇA: 0070068806-4 | CLASSE/CAT.: 00/00000000 | EXERCÍCIO: 2017

NOME: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

CPF/CNPJ: 08197850402 | PLACA: MNS1066/PB

CHASSI: MNS1066 | UF: PB | RENAVAM: 9C2MD270WWR003829

ESPÉCIE/TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/NX 200 | ANO FAB.: 1998 | ANO MOD.: 1998

CAT.: 2 | POTÊNCIA: P/196 | CILIND.: /CI | COR PREDOMINANTE: PARTIC VERDE

IPVA
COTA ÚNICA: 00/00/0000 | VENC / COTAS: 1ª
PARCELAMENTO / COTAS: 0 | 2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ********* | SEGURO PAGO | PRÊMIO TOTAL (R$): | DATA DE PAGAMENTO: 09/06/2017

RESERVA DE DOMÍNIO: SEM RESERVA DE DOMINIO

INGA-P | 0

316 | DETRAN-PB | Agamenon Vieira da Silva, Diretor Superintendente - DETRAN/PB | DATA: 09/06/2017

EXPEDIDOR: 19607

CONTRAN

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

PB Nº 01315282784 8 | BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

08197850402 | MNS1066/PB

2017 | 09/06/2017
EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO

VIA: 1 | JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA | CPF / CNPJ: 08197850402 | PLACA: MNS1066/PB

RENAVAM: 00700688064 | MARCA / MODELO: HONDA/NX 200

ANO FAB.: 1998 | CAT. TARIF.: 9 | Nº CHASSI: 9C2MD270WWR003829

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R$): ******** | IOF (R$): SEGURO | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$): PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA | PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
19607-1453510-20170609

NOV / 2016

CONTRAN DENATRAN

Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
Habilitada pelo TJPB para Laudos DPVAT

LAUDO CINETICO FUNCIONAL

José do Nascimento Almeida
Endereço: Sitio do Chã dos Pereiros. Zona Rural. Ingá. PB.

Data do Sinistro: 21 de outubro de 2016.
Acidente de Moto.

Socorrido para o Hospital de Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar).

Descrição da vitima: Queda de moto, com ferimento profundo no lábio superior e pancada na cabeça do lado direito.

Tratamento: conservador: através de limpeza suturas nos ferimentos no lábio superior e perca dentária.

Apresentou as seguintes sequelas:
Trauma de Face
- Audição lado direito comprometida **Audiometria** em anexo.
- Dificuldade de mastigas alimentos duros devido comprometimento da arcádia dentária.

Conclusão: O grau da Incapacidade funcional atual é Leve em torno de 30% para o Trauma de Face. Com relação à Audição laudo da Audiometria.

Campina Grande, 20 de julho de 2017.

Sonaly de Fátima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

Rua. Otaviano Bezerra da Cunha. 81. Prata. Campina Grande. PB. Cel.83.9.8801.8127

SAMU 192

SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMEREGÊNCIA
INGÁ-PB

Declaramos para devidos fins que o paciente José do Nascimento Almeida, 28 anos, vítima de acidente motociclistico, foi socorrido pelo serviço de Urgência e Emergência 192 Ingá, na data 21 de Outubro de 2016 às 18h 50min e levado ao Hospital de Trauma de Campina Grande.

Ingá, 28 de Março de 2017

EZILÃENE CHAVES MONTEIRO SANTOS
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE

Ezilãene Chaves Monteiro
Secretária Adj. da Saúde

Jeremias Romão do Nascimento

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

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

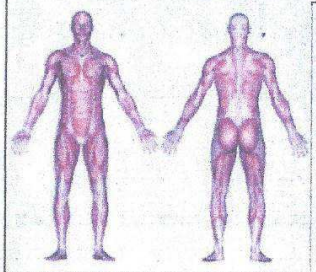
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 00023671 CNPJ:08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF:25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº:1342806
Nome: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA Sexo: MASCULINO Idade: 28 a
Profissão: AGRICULTOR.8781-3238 Documento 3206988
End.: ST/CHA DOS PEREIROS, Bairro: ZONA RURAL
Município: INGA Estado: PB CEP:
Data Atendimento: 21 / 10 2016 21:42h Código do Município: 250400
Cartão do SUS: DTA. NASCIMENTO: 17/11/1987 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS.:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %: Grau: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAZIDO PELO SAMU SOB PROTOCOLO.

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 21/10/16

ULTRASSONOGRAFIA REALIZADA EM:

RAIO X REALIZADO EM: 21/10/16

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO:
PUPILAS (x) Fotorreagentes (x) Isocóficas ( ) Anisocóricas ( )
Glasgow: 15 PA: HGT: Sat02: 98%

VA PERVIOS, CERVICAL CONTIDOLIA. MV + AHT, ARA EUP, HGT 90, SAT. 98%. AR. BULHAS CARDÍACAS E SIMÉTRICOS, 112 BPM. LESÕES COMO CONTUSÃO EM LÁBIO INFERIOR, LESÃO SUBCUTÂNEA, ESCORIAÇÕES EM TRONCO E MEMBROS DIR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM PERNA ESQUERDA, QUADRIL E ANTEBRAÇO ESQUERDO.

EXAMES SOLICITADOS: ABDOME E PELVE, MUDO LOREZ.
( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:
( ) Gasometria arterial (x) Radiografias:
(x) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: / às : hs Dia / /
Especialista: / às : hs Dia / /
MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: José do Nascimento Almeida
End: St - Chã das Pedras Bairro: Zona Rural
Data de Nascimento: 17/11/87 Documento de Identificação: Inaci PB
Queixa: Acid. de Data do Atend.: 21/10/16 Hora: 21:40 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

Dra. Sonia Moreira de A. Rodrigues
ENFERMEIRA
COREN-PB 419.558

Assinatura e carimbo do profissional

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

21/10 23:59

TCE EVOLUI

PD SPB foi ϕ FEBRE

ϕ vômitos ϕ cefaleia

ϕ crânio = NDN

ϕ ce = NDN

ALTA RCR

Jaqueline M. Quirino
CRM 8787
Clínica Médica
Plantonista

22/10/16

Parecer da Ortopedia

ORTOPEDIA

Paciente com história de queda de motocicleta
- trauma no pulso
trauma no punho (escoriações)
trauma na mão D
Cd. RX: s/ sinais de fratura
~~Alta~~ ~~do hospital~~
Imobilizar
Solicito
RX pulso e mão
Joelho

Dr. Carlos Cândido Filho
Ortopedia-Cirurgia do Joelho
CRM-PB 6545 - RQE 13125

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

( ) Centro cirúrgico: _____

( ) Internação (setor): _____

( ) Alta hospitalar { ( ) A revelia / ( ) Decisão médica

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: _____

( ) Óbito

Silvania do Nascimento Almeida

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: José do Nascimento Almeida
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 254 237
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: 17 / 11 / 1987
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Bayeux
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF: PB
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura alveolo dental.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Condição clínica / estado geral

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Avaliação clínica.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura alveolo dental.
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Cirurgia
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: BMF
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 0 3 1 0 9 8 7 9 1 4 0 3
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr Sergio Chaddad
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 22/10/16
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Sérgio Chaddad R. Martins — Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial — CRO-PB

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

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

José Nascimento Almeida

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: José Nascimento Almeida						PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☑ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM: 22/10/16

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Rx joelho e perna

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	Dr. Carlos Cesar Ortopedia-Cirurgia CPF: 003.154.167-25 CRM-PB 6594
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: JOSÉ DO NASCIMENTO ALCANTARA	PRONTUÁRIO:

IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Trauma de face

RAIO X REALIZADO EM: 22/10/16

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: RX de face. PA. Perfil.

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	PRONTUÁRIO:
Josef do Nascimento Almeida	

IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M [X] F [ ]	B [ ] P [ ] A [ ]					

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG Abdominal - FAST

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em
21/10/16

URGÊNCIA: [ ]	ROTINA: [ ]	
DATA: 21/10/2016	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM 23. 10. 10

NOME: José do Nascimento Almeida

IDADE: 28 | SEXO: M ☐ F ☐ | DATA DE NASCIMENTO: / / | às 8 : 50 h

SETOR: Amarela | LEITO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL:

PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☒	BRADIPNÉICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐	S/ DEFICITE MOTOR ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐	CAQUÉTICO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: Excesso de uso
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Procedt. invasivo
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ NÁUSEA	CD/FR:
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ DEFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
Eliete da Silva ENFERMEIRA COREN-PB 368265 ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	10 18	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	contínuo	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	"	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	"	

MOD 125

☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
23/10/16	8:00	120x70	–	–	–	–	2		[illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: José do Nascimento Almeida

IDADE: 28 | SEXO: M ☐ F ☐ | DATA DE NASCIMENTO: / / às : h

SETOR: Amarela | LEITO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM ☐ NÃO ☒ LOCAL:

PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☒	BRADIPNÉICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐	S/ DEFICITE MOTOR ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐	CAQUÉTICO ☐

DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR:
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
☐ NÁUSEA	CD/FR:
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR:
☒ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: negativo
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
☐	CD/FR:
Eliete da Silva ENFERMEIRA COREN-PB 368265 ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	10 18	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
☐ INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º.		
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	contínuo	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	"	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	"	

MOD 125

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
24/10	12:00	120/80					+		
24/10	20:00	130X80	—	—	—		+		Silvânio Soares Gomes TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN: 50425 Fraciane 881.297

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

PACIENTE:	**José do Nascimento Almeida**
DATA DO EXAME:	**21/10/16**

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

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

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

Dr. Phydias L F de Carvalho
Radiologia e Diag. por Imagem
CRM 6933

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TREATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

FRATURA ALVEOLO DENTÁRIA

Paciente	José do Nascimento Almeida	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	① Dieta oral ② SF 0,9% 1000ml + Metoclopramida ③ SG 5% 500ml ④ Dipirona 1g EV 8/8 horas ⑤ Omeprazol 40mg EV 24/24 horas Sinais Vitais Cuidados gerais Dr. Henrique Araújo Morais Cirurgia Buco-Maxilo-Facial Implantodontia CRO-PB 4441		BMF: 09:00 hrs Paciente volta da sala de mesa apresentando quadro de mal estar, sudorese e palidez. Sem queixas de dor e sem sinais de fratura em face. 09: Alta BMF após liberação da ortopedia. Dr. Henrique Araújo Morais Cirurgia Buco-Maxilo-Facial Implantodontia CRO-PB 4441 * ALTA DA BMF SERÁ REALIZADA APÓS REAVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
29/10	Alta do Ortopedista Dr. Wagner Falcão Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 6543		29/10 Paciente apresenta fratura diafisária de 1/3 médio da perna sem sinais de fraturas em face e estável. Alta do Ortopedista Dr. Wagner Falcão Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 6543

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: José do Nascimento Almeida

IDADE: 28 | SEXO: M [X] F [ ] | DATA DE NASCIMENTO: / / às : h

SETOR: Amarela / Sala 5 / BHF | LEITO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Trauma de face.

ALERGIAS: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

DOENÇA CRÔNICA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:

PRESENÇA DE ESCARA: SIM [ ] NÃO [X] LOCAL:

PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO [ ]	NORMOPOTENSO [X]	HIPERTENSO [ ]	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE [X]	INCONSCIENTE [ ]	ORIENTADO [X]	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO [ ]	TAQUIPÊNICO [ ]	EUPNÉICO [X]	BRADIPNÉICO [ ]
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL [X]	POLÚRIA [ ]	OLIGÚRIA [ ]	SVD [ ]
	DUSÚRIA [ ]	CISTOSTOMIA [ ]	ANÚRIA [ ]	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA [X]	DEÂMBULA C/ APOIO [ ]	ACAMADO [ ]	S/ DEFICITE MOTOR [X]
	TETRAPLEGIA [ ]	HEMIAPLEGIA [ ]	PARESIA [ ]	RESTRITO NO PEITO [ ]
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO [X]	SNG [ ]	SNE [ ]	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO [X]	DESNUTRIDO [ ]	OBESO [ ]	CAQUÉTICO [ ]

DADOS VITAIS: PA: 110/60 | T: | FR: | FC: | PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

[ ] RISCO DE QUEDA	CD/FR:
[ ] RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
[X] RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Proced. cirúrgico
[ ] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
[ ] RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA [ ] RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
[ ] RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
[ ] NÁUSEA	CD/FR:
[X] DOR AGUDA [ ] DOR CRÔNICA	CD/FR: P/ patologia
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
[ ] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
[X] DÉFICIT NO AUTO CUIDADO [X] ALIMENTAR-SE [ ] PARA BANHO	CD/FR: P/ Patologia
[ ] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
[ ] RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
[ ] RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA

FR: FATOR RELACIONADO

Renata Silva de Enfermagem

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
[X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	12/12 hs	
[ ] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
[ ] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
[ ] INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
[ ] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
[ ] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
[ ] POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º.		
[ ] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	Contínuo	
[X] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	4	
[X] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	4	

MOD 123

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: José do Nascimento Almeida					PRONTUÁRIO: 348
IDADE:	SEXO M [X] F [ ]	COR: B [ ] P [ ] A [ ]	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA: / ENF.: / LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM: 28/10/16

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

- Raio x de joelho (E) AP/P
- Raio x de ombro (E) AP/P
- Raio x de antebraço (E) AP/P
- Raio x de fêmur AP
- Raio x de Pelve AP

URGÊNCIA: [ ]	ROTINA: [ ]	
DATA: 21/10/2016	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		
☐		

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
22/10	08:00	110/70							Gracio da Silva COREN-PB 297804

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fratura Alveolo Dental.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José do Nascimento Alvaida	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário					Evolução Médica
22.10.16	(1) Dieta líquida Pastosa.	ct	AM						BMF: Paciente vítima de
	(2) SSN Cabeceira elevada 30°	ct	AM						acidente no local de trabalho com
	(3) Soro Fisiológico 0,9% 1000ml ev gotejamento					1º			trauma de face do momento
	Soro Glicosado 5% 500ml ev gotejamento								sangramento, hidratado, normocorado
	(4) Dexametasona 4mg 2,5ml ev 24/24h								Egr. ao exame físico presença
	(5) Tramadol 20mg 01 fa ev 12/12h								de ferida contusa em lábio
	(6) Unasyn 1,5g ev 6/6h								superior e fundo de vestíbulo
	(7) Dipirona 500mg 01 ampola ev 6/6h								superior. Avulsão dos elementos
	(8) Ranitidina 4mg 01 fa ev 8/8h s/n		AM						11 e 12. Mobilidade do elemento
	(9) Vitamina C + complexo B 01 fa ev 12/12h								21. Sem outros acometimentos
	(10) SSN + CCEE	ct	AM						faciais.
									Cd: (1) Prosseguir em
									Ambo.
									(2) Reavaliação BMF

Sérgio Chaves Ribeiro
Cirurgia e Traumatologia
Buco Maxilo Facial
CRO-PB

MOD

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura Alveolar dental

Paciente	José do Nascimento Almeida	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
23/11/16	(1) Dieta líquida Pastosa	DK		BUC 3º DIA
	(2) DA cabeceira elevada 30°	DK		PACIENTE RELATA AL MOVIMENTO
	(3) SF 0,9% 1000ml EV } alternado	DK	22	EF: FUNDO E MUCOSA
	SG 5% 1000ml EV			E LÁBIO SUPERIOR INFERIOR
	(4) Dexametasona 4mg 2,5ml EV 8/8h	DK		HIGIENE ORAL PÉSSIMA
	(5) Tilatil 20mg 01FA EV 12/12h	DK	03	
	(6) Amoxym 1,5g EV 6/6h	DK	21 03	(Co) (1) ENCAMINHADO À SALA
	(7) Dipirona 500mg 02ml+08ml ABD EV 6/6h	DK	21 03	DE SUTURA P/ LIMPEZA
	(8) Dexedrin 8mg 01FA EV 8/8h S/N	DK		DOS FRAGMENTOS + SUTURA
	(9) Vit C + complexo B 01FA EV 12/12h	DK	03	(2) Reavaliação Ortopedia
	(10) SSVV + GCGG	DK		
	(11) PACEFN 1g EV 12/12h	DK	03	
	(12) higiene Oral 6x ao dia	DK		

Dr. Fernando Porto
Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
CROPB 2429

(3) AVALIAR POSSIBILIDADE DE ALTA APÓS AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Dr. Fernando Porto
Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
CROPB 2429

MOD. 035

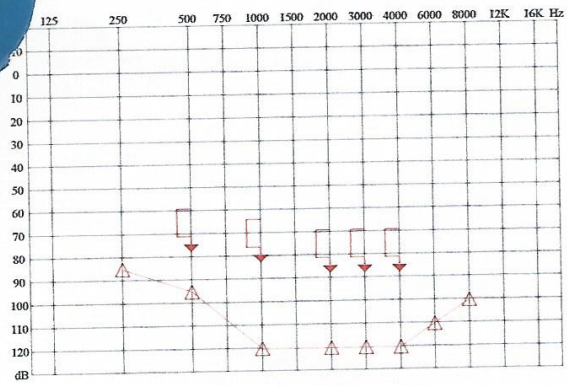
Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.
Clinica de Otorrrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69
Rua Rodrigues Alves, 1580 -Bodocongó CEP:58101-291
Campina Grande-Paraiba Fone: (83)3333-3000

Avaliação Audiológica

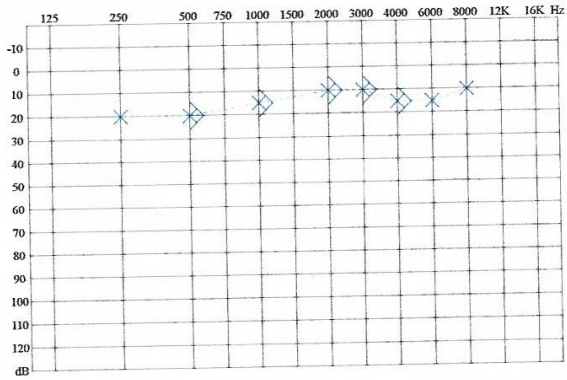
WinAudio (#WAUD1218359)
Emissão: 19/07/2017
Funcionário/Paciente: JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA
Data do Exame: 19/07/2017
Idade: 29 anos e 8 mes(es) Sexo: Masculino
Tipo Consulta: Particular
Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 05/08/2016)

AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento (em dB)

	VA / NB		VO		LOGO
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE	50	60			

PARECER AUDIOLÓGICO

Limiares auditivos dentro dos padrões da normalidade na OE. Perda auditiva sensorioneural de grau severo a profundo na OD.

Andreza R. Santos
CRFa: 7567 Andreza Rodrigues Santos
Andreza Rodrigues Santos
FONOAUDIÓLOGA
CRFa 7567

Este Software está licenciado para: Clinica de Otorrrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69

SINISTRO 3170459827 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
CPF/CNPJ: 08197850402
Posição em 24-05-2018 10:24:35
Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/09/2017	R$ 1.350,00	R$ 0,00	R$ 1.350,00

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via da parte)

Número do boleto: 020.1.19.00441/01
Data de emissão: 13/11/2019

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento:
	Inga	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	30/11/2019

Número da guia: 020.2019.600441 **Tipo da Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:

- Custas Processuais:	R$ 253,15	**Promovente:**	JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
- Taxa Judiciária:	R$ 60,75		
- Despesas processuais postais:	R$ 12,00		
- Taxa bancária:	R$ 1,35	**Promovido:**	ITAU SEGUROS S/A

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

UFR vigente: R$ 50,63
Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Parcela: 1/1
Valor total: R$ 327,25
Desconto total: R$ 0,00

866700000031 272509283185 520191130027 011900441012

Valor final: R$ 327,25

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via do processo)

Número do boleto: 020.1.19.00441/01
Data de emissão: 13/11/2019

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento:
	Inga	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	30/11/2019

Número da guia: 020.2019.600441 **Tipo de Guia:** Custas Prévias

Promovente: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA **Promovido:** ITAU SEGUROS S/A

Detalhamento:

- Despesas processuais postais:	R$ 12,00
- Cartas	R$ 12,00

UFR vigente: R$ 50,63
Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Parcela: 1/1
Valor total: R$ 327,25
Desconto total: R$ 0,00
Valor final: R$ 327,25

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via do banco)

Número do boleto: 020.1.19.00441/01
Data de emissão: 13/11/2019

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento:
	Inga	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	30/11/2019

Número da guia: 020.2019.600441 **Tipo de Guia:** Custas Prévias

Detalhamento:

- Custas Processuais:	R$ 253,15	**Promovente:**	JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
- Taxa Judiciária:	R$ 60,75		
- Despesas processuais postais:	R$ 12,00		
- Taxa bancária:	R$ 1,35	**Promovido:**	ITAU SEGUROS S/A

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

UFR vigente: R$ 50,63
Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Parcela: 1/1
Valor total: R$ 327,25
Desconto total: R$ 0,00

866700000031 272509283185 520191130027 011900441012

Valor final: R$ 327,25

Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia:	020.2019.600441	**Data Vencimento:**	30/11/2019	**Data Emissão:**	13/11/2019
Comarca:	Inga				
Classe:	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7				
Promovente:	JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA				
Promovido:	ITAU SEGUROS S/A				
Valor da Causa:	R$ 4.050,00				
Despesas Processuais:	R$ 12,00	**Custas:**	R$ 253,15	**Taxa:**	R$ 60,75
Total da Guia:	R$ 325,90				

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.

ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE INGÁ – 1ª VARA
R. Pref. Francisco Lucas de Souza Rangel, s/n, Jardim Farias, CEP: 58.380-000
Tel. (83) 3394-1400

PROCESSO Nº 0801153-59.2019.8.15.0201
PROMOVENTE: AUTOR: JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA
PROMOVIDO: Nome: ITAU SEGUROS S/A
Endereço: Pça. Alfredo Egidio de Souza Aranha nº 100, 100, Torre Olavo Setubal, Parque Jabaquara, SÃO PAULO - SP - CEP: 04344-902

DESPACHO / CARTA DE CITAÇÃO

Concedo a parte promovente os benefícios da AJG.

Mister, inicialmente, consignar que não será neste primeiro momento, designada a audiência de conciliação prevista no art. 334, do NCPC, face os fundamentos abaixo expendidos.

Esse Juízo, há algum tempo, vem observando que as audiências prévias de tentativa de conciliação (nos moldes do artigo 125, V do Código revogado), têm provocado maior demora na solução dos processos, no caso em que a parte demandada reside em cidade distante, principalmente, em outro Estado. Isso porque, são incontáveis os casos de redesignações de audiências, por impossibilidade temporal de citação do(s) promovido(s) ou não devolução, à tempo, da CP ou, quando muito, ausência da parte ré, o qual reputo por falta de recursos financeiro para o deslocamento, optando, de logo, contestar o pedido.

Além deste argumento, acredito que a não designação de audiência conciliatória (art. 334 do NCPC), nesta fase, permitirá considerável encurtamento da pauta, com uma resposta jurisdicional em menor espaço de tempo, com efetiva aplicação do princípio inserto no artigo 5º, LXXVIII, da Constituição Federal (prestação jurisdicional célere, com razoável duração do processo), e, também, atenderá ao espírito da nova legislação processual civil, de que as partes têm o direito de obter, em prazo razoável, a solução integral do mérito (v. artigo 4º, NCPC).

Tal opção procedimental não prejudicará as partes, não obstará a possibilidade de conciliação a qualquer tempo e, tampouco, excluirá deste Juízo, a possibilidade de futura designação com a mesma finalidade, vez que os parágrafos 2º e 3º, do art. 3º, do NCPC determinam, expressamente, que o Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos, inclusive no curso do processo judicial.

Sendo assim, diante das razões acima expostas e por se mostrar, atualmente, desvantajosa para as partes e praticamente inexequível para a Justiça, dispenso a realização de audiência de conciliação prevista no artigo 334 do NCPC.

Cite-se por CARTA a parte demandada, para, querendo, contestar o pedido, no prazo de 15 dias, sob pena de revelia. Deve, na

oportunidade, oferecer proposta de acordo e, caso se apresente disposto a comparecer à audiência conciliatória neste juízo, deve c o m u n i c a r .

Em homenagem aos princípios de economia e celeridade processuais, bem como do Provimento nº 08, da CGJ n. 24/10/2014, empresto a esta decisão FORÇA DE CARTA DE CITAÇÃO, o que dispensa a expedição de quaisquer outras diligências.

Ingá, 3 de fevereiro de 2020.

RAFAELA PEREIRA TONI COUTINHO

Juiz(a) de Direito