



Número: **0800366-59.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **02/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DO SOCORRO MENDONCA (AUTOR)	ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16335 571	02/09/2018 20:12	Petição Inicial	Petição Inicial
16335 596	02/09/2018 20:12	1 ilovepdf merged-ilovepdf-compressed	Outros Documentos
16335 597	02/09/2018 20:12	2 ilovepdf merged-ilovepdf-compressed	Outros Documentos
16335 598	02/09/2018 20:12	3 ilovepdf merged-ilovepdf-compressed	Outros Documentos
16335 599	02/09/2018 20:12	4 ilovepdf merged-ilovepdf-compressed	Outros Documentos
16335 603	02/09/2018 20:12	DOCUMENTOS	Outros Documentos
16335 604	02/09/2018 20:12	PROCURAÇÃO	Procuração
16335 608	02/09/2018 20:12	PRONT.....	Outros Documentos
16335 609	02/09/2018 20:12	PRONT...	Outros Documentos
16335 611	02/09/2018 20:12	PRONT..	Outros Documentos
16335 612	02/09/2018 20:12	PRONT.	Outros Documentos
16335 613	02/09/2018 20:12	PRONT	Outros Documentos
16762 434	24/09/2018 11:37	Despacho	Despacho
29961 299	17/04/2020 15:08	Expediente	Expediente
29965 888	17/04/2020 17:28	Expediente	Expediente
33790 032	31/08/2020 14:56	Termo de Audiência	Termo de Audiência
33790 034	31/08/2020 14:56	0800366-59.2018.815.0041	Termo de Audiência
34837 456	28/09/2020 18:25	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
34866 788	29/09/2020 11:52	Despacho	Despacho

36055	29/10/2020 08:13	<u>Expediente</u>	Expediente
-------	------------------	-----------------------------------	------------

Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca De Alagoa Nova – PB

MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA, brasileira, casada, agricultora, portador da cédula de identidade nº 4.162.776 SSP/PB, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 056.825.518-69, residente e domiciliada a Rua Presidente João Pessoa, 353, Centro, Alagoa Nova/PB, CEP: 58125.000, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.



2. DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 04 de Março de 2018, aproximadamente às 17h00min, conduzia um veículo tipo motocicleta na Rua Presidente João Pessoa, na cidade de Alagoa Nova/PB, quando realizou uma frenagem brusca ao chegar próximo a sua casa perdendo o controle da motocicleta e caiu ao solo, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela 2ª Delegacia de Polícia Civil de Campina Grande-PB, a vítima conduzia o veículo HONDA/POP 110, cor vermelha, ano/modelo 2009/2010, placa NQA-7180/PB, CHASSI 9C2HB0210AR505307, licenciada em nome de João Rodrigues Martins.

Após o acidente, a autora foi conduzida para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde após o atendimento médico foi constatado que a mesma sofreu FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO, sendo em seguida transferida para o Hospital Antônio Targino, onde foi submetida a tratamento cirúrgico.

A requerente foi submetido à intervenção cirúrgica devido a FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO. Cujo procedimento cirúrgico comprometeu as funções do respectivo membro superior esquerdo.

3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

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

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

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



III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).

De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“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.”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acordão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”



Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido pago parcialmente no valor de R\$ 1.687,50 (Hum Mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), razão pela qual está requerendo via judicial.

DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.

4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;

2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;

3. Atendendo ao disposto no artigo [319](#), inciso [VII](#) do [NCPC](#), o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação**



4. Protesta e requer o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

5. NO MÉRITO, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

6. Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 02/09/2018.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670

QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/09/2018 20:10:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090220104944800000015919928>
Número do documento: 18090220104944800000015919928

Num. 16335571 - Pág. 5

PACIENTE: _____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____ / ____ / ____ , por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

4) EXISTEM S_EQUE LAS_R_E_S_IDUAI_S ? :

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE ? :

Sem mais, em ____ / ____ / ____ .



(assinatura – carimbo – CRM)



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/09/2018 20:10:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090220104944800000015919928>
Número do documento: 18090220104944800000015919928

Num. 16335571 - Pág. 7

Maria, Do Socorro DA SILVA
819172
07/01/1964
54 YEAR
F

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

10/03/2018 12:07:26

E



Page: 1 of 1

S: 191

C: 512

W: 1024

IM: 1

Maria, Do Socorro DA SILVA
819172
07/01/1964
54 YEAR
F

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

10/03/2018 12:09:02



Page: 1 of 1

S: 156

C: 512

W: 1024

IM: 2



Maria, Do Socorro DA SILVA
819172
07/01/1964
54 YEAR
F

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNK NOWN

10/03/2018 09:44:48

S: 728

C: 512

W: 1024

Page: 1 of 1

IM: 1



Maria, Do Socorro DA SILVA
819172
07/01/1964
54 YEAR
F

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

10/03/2018 09:46:27

E

S: 1419

C: 512

W: 1024

Page: 1 of 1

IM: 2



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/09/2018 20:10:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090220081833000000015919953>
Número do documento: 18090220081833000000015919953

Num. 16335596 - Pág. 2

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM															
HOSPITAL ANTONIO TARGINCO		IDADE:													
ALAS	DR. Luciano	LEITO: 602	MÉDICO: DR. Luciano G.												
DATA: 12/03/18															
<table border="1"> <tr> <td>MANHÃ</td> <td colspan="3"> <p>Paciente em PO de Iogicel, consciente, orientado, eupneica, reflexos contínuos, cicatriz aberta, realizando SSV, diurese presente, espontânea, VM-C.P., aus ecgs.</p> <p>Bianca Fiuston A. Santos Técnica de Enfermagem CORRETIB 1176.602</p> </td> </tr> <tr> <td>TARDE</td> <td colspan="3"> <p>... (textos desfocados)</p> </td> </tr> <tr> <td>NOITE</td> <td colspan="3"> <p>... (textos desfocados)</p> </td> </tr> </table>				MANHÃ	<p>Paciente em PO de Iogicel, consciente, orientado, eupneica, reflexos contínuos, cicatriz aberta, realizando SSV, diurese presente, espontânea, VM-C.P., aus ecgs.</p> <p>Bianca Fiuston A. Santos Técnica de Enfermagem CORRETIB 1176.602</p>			TARDE	<p>... (textos desfocados)</p>			NOITE	<p>... (textos desfocados)</p>		
MANHÃ	<p>Paciente em PO de Iogicel, consciente, orientado, eupneica, reflexos contínuos, cicatriz aberta, realizando SSV, diurese presente, espontânea, VM-C.P., aus ecgs.</p> <p>Bianca Fiuston A. Santos Técnica de Enfermagem CORRETIB 1176.602</p>														
TARDE	<p>... (textos desfocados)</p>														
NOITE	<p>... (textos desfocados)</p>														



Evolução de Enfermagem

NOME: M. do Socorro

ALAS:

LEITO: 602

IDADE:

DATA: 11/03/18

MANHÃ

Paciente consciente orientado eupneico respiração regular
sem dor no peito até o momento clínica estável



TARDE

Paciente evolução estável, consciente, orientada, verbaliza eupneia, afibril, acutando seu alento, fimse espontânea, sem queixas no momento, dos cuidados da enfermagem.

Cícera Almeida S. Araújo
Tec. de Enfermagem
COREN-PB 412951

NOITE

Paciente evolução estável, consciente
orientado verbaliza eupneico afibril.
Sem queixas.
Sedoso com os cuidados
da enfermagem.

Marcília da Cruz Pereira
TÉCNICO ENFERMAGEM
COREN-PB 656132



 HOSPITAL ANTONIO TARGINIO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
		NOME: Maria do Socorro Mendonça	IDADE: 54a	
		ALA: 2 LEITO: 60-2	MÉDICO: Leuciano Quende	
		DATA: 10/3/18		
<input checked="" type="checkbox"/> MANHÃ				
<input type="checkbox"/> TARDE		<p>Paciente estável, consciente, orientado por Dr. Targino, feito Rx de controle.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Signature]</i></p>		
<input type="checkbox"/> NOITE				



Evolução de Enfermagem

NOME: M^r do S^rcom
ALAS: 2 LEITO: IDADE:

DATA: 10 / 03 / 18

MANHÃ

Paciente admitido neste ab vind
a cc

TARDE

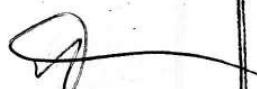
Paciente com estuf. card. ouvibl. gástr. e ronco.
Nº de pressão de tórax, dor mal, urinolalia
moderada CR e OR a cada 2h de espera

Paciente apresenta vômito

Arantcha Souza B. M.
TÉCNICO ENFERMAGEM
COREN-PB 533.105

NOITE

Pac. em P.O. de trânsito segue m.c.
e festejou, evitando diál., segue um
fusos no fórum





 HOSPITAL ANTONIO TARGIO		PREScriÇÃO MÉDICA		
NOME:	M ^r do Colono		LEITO:	CONVÉNIO:
ALIA:				
DIAGNÓSTICO:	Oras 81 de TM		DATA: 11/03/18	
MEDICAMENTOS O Diclofenac O Paracetamol 500 mg O Defensina - 10g EV 300 O Glicotil 200 - 200g EV 300 O Dipirona 200 EV 300 O Anestesia 100 - 200g EV 300 O Glucosamina + 8.0 VIT			HORÁRIO	
O. Luciano Guedes Borges Médico Ortopedista CRM 2451/SCCI 5322				
O. Israel Souza Farias - 100% social IV SICLIM SAN			Atendido	Assistido
EVOLUÇÃO MÉDICA F. O. O. Envolvendo 8cm Vizinho e preenchido			Assistido	Assistido
12/03/18 para hospitalar			Dr. Luciano Guedes Borges Médico Ortopedista CRM 2451/SCCI 5322	



PREScrição MÉDICA

NOME:

AIA:

LEITO:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO:

OITAT.BI.muscular TMI 860

DATA: 10/08/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

O Diclo p/11-AB	
O Riz. loos anal ev	8 06
O Adolfo - dg ev 8/86	14 20 06
O Cilatril 40 - abr ev 17/12	16 06
O Difengra - fec ev 6/6	14 20 06
O Cimtroxol 30 - abr ev 17/12	18 06
O Obras 78.3N-V	

Dr Luciano Góes Bo
Médico Ortopedista
CRM 3451 TEOF 51

EVOLUÇÃO MÉDICA

Querente internado para
cirurgia. Dr. exames.

Dr Luciano Góes Bo
Médico Ortopedista
TEOT 5325

PACIENTE:	Mº do Socorro da Silva		
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:		
DATA DA OPERAÇÃO:	10/03/18	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	Dr. Luciano Andrade		
1º AUXILIAR:			
2º AUXILIAR:			
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:		
ANESTESISTA:	R. A. V. E.		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fract. Bimortiana T11 e T12.		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Descompressão de T11 e T12.		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATHOLOGIA:			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

- ① Anterior e Anterior T11 e T12
- ② Adesivo dos corpos
- ③ Incisão na T11 e T12
- ④ Reduziu compressões efeitos
- ⑤ Sutura por fios
- ⑥ Curativo

Dr. Luciano Andrade
Mopedia Traumato-Neuro
CPF: 134.468.377-36



TORQUETE	Tempo	S
LOCAL:		
Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Sufentil
PA	<input checked="" type="checkbox"/>	Tilall
PA	<input checked="" type="checkbox"/>	Tacrium (Atracurio)
TEM	<input checked="" type="checkbox"/>	Uliva
PVC	<input checked="" type="checkbox"/>	Váium
Início	<input checked="" type="checkbox"/>	Xylocaina
Aiest.	<input checked="" type="checkbox"/>	Xylocaina Infiltrarica
60	<input checked="" type="checkbox"/>	Xylocaina Spray
40	<input checked="" type="checkbox"/>	Zofran
Inicio Cirur.	<input checked="" type="checkbox"/>	Água Destilada - 100ml
Término Cirur.	<input checked="" type="checkbox"/>	Áqua Destilada - 100ml
RESP	<input type="checkbox"/>	S. Fisiológico
O	<input type="checkbox"/>	S. Glucosado
ASS	<input type="checkbox"/>	S. de Ringer
CONT.	<input type="checkbox"/>	C. Hemacia
INTERCORRÊNCIA		Plasma
INDUÇÃO		Oxigênio (L/MIN)
MANUTENÇÃO		N ₂ O (L/MIN)
TÉCNICA ANESTÉSICA		Ar Medicinal (L/MIN)
Difícil acesso venoso:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CO ₂ (L/MIN)
Difícil Eritização:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MATERIAL DESCARTÁVEL
Difícil Acesso Agulhas Raqui ou Peridural	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Aquecedor RANGER
ENCAMINHADO PARA:	<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> SRPA	Aguilha Peridural 17 ou 18g
TOT:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Aguilha Raqui Ponta de Lâpis
DESTINO:	<input type="checkbox"/> APT ^o <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	Catéter Nasal tipo Óculos
Alta do SRPA:		Catéter Epidural 16e 18g
Hora:		Catéter Venoso
		Eletrodo ECG
		Equipo de Soro
		Equipo Perfusor SET
		Filtro HigroBac
		Guedel
		Mania Térmica
		Equipo bomba de infusão N
		Equipo bomba de infusão FS
		Máscara Laringea
		Tubo Aramado
		Sistema Respiratório/Límpo
		Elenco de P's
		Assinatura e Data



HOSPITAL

RT Responsável Técnico

BOLETIM DE ANESTESIA

1^o Via Branca - Hospital
2^o Via Amarela - Anestesiologia
3^o Via Rosa - Faturamento

ANTONIO TARGINO																											
NOOME:	<u>Antônio Targino M. da Silva</u>																										
CONVÊNIO:	<u>PSD</u>																										
NÚMERO DA CARTEIRA:	<u>11111111111111111111</u>																										
DATA DE INTERNAÇÃO:	<u>11/10/02</u>																										
SENHA:	<u>1234567890</u>																										
DATA DE NASCIMENTO:	<u>10/03/71</u>																										
IDADE:	<u>31</u>																										
SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																										
INÍCIO:	<u>11/10/02</u>																										
TERMINO:	<u>11/10/02</u>																										
HORÁRIO ESPECIAL:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO																										
CIRURGIA <table border="1"> <tr> <td>AGENTES</td> <td>QTDE</td> </tr> <tr> <td>Adrenalinina</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atropina</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bextra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bupivacaína Isobarica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bupivacaína Hipobarica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bupivacaína % /adr.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ESTADO FÍSICO (ASA)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I</td> <td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td></td> </tr> <tr> <td>V</td> <td></td> </tr> </table>		AGENTES	QTDE	Adrenalinina		Atropina		Bextra		Bupivacaína Isobarica		Bupivacaína Hipobarica		Bupivacaína % /adr.		ESTADO FÍSICO (ASA)		I		II		III		IV		V	
AGENTES	QTDE																										
Adrenalinina																											
Atropina																											
Bextra																											
Bupivacaína Isobarica																											
Bupivacaína Hipobarica																											
Bupivacaína % /adr.																											
ESTADO FÍSICO (ASA)																											
I																											
II																											
III																											
IV																											
V																											
DOLILIM DE ANESTESIA <table border="1"> <tr> <td>AGENTES</td> <td>QTDE</td> </tr> <tr> <td>Adrenalinina</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atropina</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bextra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bupivacaína Isobarica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bupivacaína Hipobarica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bupivacaína % /adr.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clexane</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Decadron</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dipirona</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diprivan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dobutrex</td> <td></td> </tr> </table>		AGENTES	QTDE	Adrenalinina		Atropina		Bextra		Bupivacaína Isobarica		Bupivacaína Hipobarica		Bupivacaína % /adr.		Clexane		Decadron		Dipirona		Diprivan		Dobutrex			
AGENTES	QTDE																										
Adrenalinina																											
Atropina																											
Bextra																											
Bupivacaína Isobarica																											
Bupivacaína Hipobarica																											
Bupivacaína % /adr.																											
Clexane																											
Decadron																											
Dipirona																											
Diprivan																											
Dobutrex																											

Diagnóstico Pré-Operatório:

1º Equipe Cirúrgica (Intubação/1º/2º/3º Auxiliares)
2º Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Procedimentos Realizados:

Horário →
The Cerebro de
not seco

Horário



NOTA DE SALA
Nº 043854

PACIENTE: Maria do Socorro Mendonça da Silva
 CONVÊNIO: PAC VTE SUS PRONTUÁRIO: 8191722279804 DATA: 20/03/18
 CIRURGIA: Dr.º Cir. Fratura do tornozelo
 CIRURGIÃO: Dra. Lúcia M. Góes auxiliar:
 AUXILIAR: _____

 ANESTESISTA: Dra. Silvana

 CIRCULANTE: Veridiano

 SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 11:00 FINAL: 11:10

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	<u>04</u>
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROFOPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	<u>02</u>
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	<u>01</u>
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	<u>02</u>
5673	DOPAMINA	
32190	Efedrina	<u>01</u>
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLORPAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	<u>01</u>
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	<u>01</u>
403792	TORadol	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	<u>01</u>
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	<u>01</u>
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	<u>01</u>
69839	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
128233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	<u>200</u>
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0.5% C/V	
70750	NEOCAINA 0.5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	<u>01</u>
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	<u>02</u>
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
4042	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	<u>03</u>
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	<u>25</u>
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	<u>36</u>
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	<u>02</u>
	ATADURA CREPON Nº	<u>15</u>
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	<u>01</u>
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	<u>30</u>
142341	COMPRESSAS 25X28	
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	<u>05</u>
2585	EQUIPO MACROGOTAS	<u>01</u>
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	<u>100m</u>
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	<u>50UN</u>
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL Nº	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº	<u>18</u>
	LÂMINA BISTURI Nº	<u>24</u>
132709	LUVAS 6,5	
111209	LUVAS 7,0	
40126	LUVAS 7,5	<u>02</u>
3522	LUVAS 8,0	<u>02</u>
149870	LUVAS 8,5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	<u>02</u>
3689	SERINGA DE 10cc	<u>03</u>
3697	SERINGA DE 20cc	<u>02</u>
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	<u>02</u>
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO C/A Nº	<u>1</u>
	CROMADO S/A Nº	<u>02</u>
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
	MONONYLON Nº	<u>2-0</u>
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	<u>40ml</u>
304000	CLOREXIDINA	
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	<u>20ml</u>
3611	PVPI TÓPICO	<u>20ml</u>
4111	VASELINA	
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	<u>T/C</u>
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPICO CIRUR.	
	MONITOR CARDIÁCO	
	NITROGÉNIO	
	OXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	<u>21 min</u>
	OXÍMETRO DE PULSON	<u>T/C</u>
	VÁCUO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	<u>03</u>
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	<u>03</u>
134489	VOLUMEN 8%	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	PARAFUSO CORTANTE	<u>06</u>
	Nº 14+16	
	PLACA SURGICAL	
	07 FUROS	<u>07</u>
	ARCADA DE DENTES	<u>02</u>
	ZIPS N. 40	
	VERMELHO P/ V. SÍRIOS	
	TEL DE INVERG. AGEM	
	COREL 08-2003	

REALSET: 98850.4593 / 98807.6347





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 10/03/2018
HORA: 09:25:00



2279804

Promtúario	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
819172	MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA	07/01/1964	54	F	PARDO	ALAGOA NOVA	1-CATÓLICA
Estado Civil	CPF	Grau de instrução					
2-CASADO	56.825.518-69	290601617 SSP PB					
Filiação	Mãe: SEVERINA GENEROSA DE MENDONCA	Pai: EDGAR AQUINO MENDOCA					
Endereço	R PRES JOAO PESSOA,353 - CENTRO, ALAGOA NOVA-PB CEP: CEP 58125000						
Atendimento	Data	Hora	Sector	Type Atendimento	5-INTERNACAO CIRURGICA		
2279804	10/03/2018	09:22	3008-SECRETARIA CONVENIOS	Motivo Atendimento	4-INTERNACAO/JURGENCIA		
Médico Atendente	1716-LUCIANO GUEDES BORGES						
Plano / Convênio	Nº Carteira	Validade	Nº CNS				
37-PACOTE/1-PACOTE			163662212600002				
Posto	Acomodação	Leito					
(ALA LUCIANO LOBO)	(203005 APARTAMENTO 60)	(AP80-2)					
Guia	Procedimento						
INTERNACAO	99996666 INTERNACAO						

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____ CRM _____, Estado da(s) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
 - 2) _____
 - 3) _____
- Responsável: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA
Endereço: R PRES JOAO PESSOA, 353 Bairro CENTRO, ALAGOA NOVA-PB
Telefone: 87135361

R43101



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2018

Carta nº: 13037070

A/C: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180278739
Vitima: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA
Data do Acidente: 04/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000493-6

Conta: 000001028890-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCORRÊNCIA N° 000412/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000412/18 registrada em 12/04/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos doze dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:26 horas, compareceu a Sra. MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA, com 54 anos de idade, filha de EDGAR AQUINO MENDONÇA e SEVERINA GENEROSA DE MENDONÇA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA NOVA - PB, Casada, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade N° 4162776, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 05682551869, residindo à rua PRESIDENTE JOÃO PESSOA, 353, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que no final da tarde do dia 04.03.2018, estava trafegando pela Rua Presidente João Pessoa, na área central de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100, ano/modelo 2009/2010, de cor vermelha, chassi nº 9C2HB0210AR505307, de placa NQA-7180/PB, licenciada em nome de João Rodrigues Martins, quando realizou uma frenagem brusca ao se aproximar da sua casa e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPtran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 12 de Abril de 2018

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Declarante

Escrivão

Maria do Socorro Mendonça da Silva
MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/09/2018 20:10:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090220090596500000015919960>
Número do documento: 18090220090596500000015919960



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.162.776 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/04/2013

NOME MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA

RESIDÊNCIA EDGAR AQUINO MENDONÇA
SEVERINA GENEROSA DE MENDONÇA

NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/01/1964

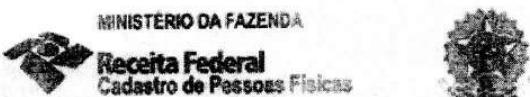
DOC ORIGEM CASAM N.37818 FLS.168 LIV.B127
CARTÓRIO SÃO PAULO-SP

CPF 056.825.518-69

Juão Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

FONE 7.118 DE 29/08/83



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

056.825.518-69

Nome

MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA

Nascimento

07/01/1964

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

dígito verificador: 00
as 08:48:50 do dia 16/05/2013 (hora e data de emissão)
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante emitido pela
www.receita.fazenda.gov.br
A autenticidade deste comprovante deve ser comprovada na internet, no endereço
E2B1.A56D.040F4BC1
CÓDIGO DE CONTROLE



VALDIR DA COSTA SILVA
RUA PRES JOAO PESSOA, 355 -CENTRO
ALAGOA NOVA / PB CEP: 56125-000 (AG: 71)

energisa

Emissão: 12/03/2018 Referência: Mar/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO
Rotero: 5-77-606-7900 N° medidor: 00001391157

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Braga, KM 26 - Gado Braga - Rio Grande-PB - CEP 58710-080
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16/015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°005.301.160
Cód. para Déb. Automático: 00002402170

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	12/03/2018	11/04/2018	4464889840 Insc Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/240217-0

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430, de 28 de abril de 2002.
- Furtar de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz, o furtante prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
Data 07/02/18	Lectura 11726	Data 12/03/18	Lectura 11890					
Demonsitrativo:								
CCN Descrição Quantidade Tarifa (R\$) Valor Base (R\$) Alm. (R\$) Icms (R\$) Base Ims (R\$) PIS (R\$) Paseo (R\$) IPI (R\$) Coins (R\$)								
0601 Consumo ate 30kWh-BR	30.000 0.244940	7,34	7,34	27	1,98	7,34	0,05	0,22
0601 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0.419800	28,99	29,39	27	7,93	29,39	0,20	0,92
0601 Consumo - 101 a 220kWh-BR	64.000 0,629840	40,31	40,31	27	10,89	40,31	0,27	1,26
0610 Subsídio		40,17	40,17	27	10,84	40,17	0,27	1,25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:								
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA		1,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0306 Devolução Subsídio		-27,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCN: Código de Classificação do item TOTAL: 81,18 117,21 81,64 117,21 0,79 3,65

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
19/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 91,28

Histórico de Consumo (kWh)												
88 78 78 57 124 140 144 130 55 149 160 149												
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18												

RESERVADO AO FISCO
6835.6a2f.3823.a1d6.c202.1dc3.415c.0385.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - ÁREA		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,84	NOMINAL
DIC ANUAL	26,68	220
FIG MENSAL	2,48	CONTRATADA
FIG TRIMESTRAL	8,97	LIMITE INFERIOR
FIG ANUAL	13,95	LIMITE SUPERIOR
DMIC	3,90	0,00
DICRI	12,22	

Análise do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energética	20,42	22,38
Compra de Energia	74,13	26,44
Setor de Transporte	3,13	3,43
Encargos Fiscais	5,65	6,19
Impostos Diretos e Encargos	37,95	41,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	91,28	100,00

Variação P.180 (Ref 1/2018) R\$24,83

ATENÇÃO

- Sua unidade foi tarifada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$17,80
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

REUNIRIAIS AUTOMOTORES S/A

DETAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEHÍCULOS	
MARCA	CÓD. RENAVAM	EXERCÍCIO	EXERCÍCIO
1	18069409-0	00/00000000	2012
		NOME	
JOAO RODRIGUES MARTINS			

CPF / CNPJ	PLACA		
49873385487	NDA7180/PB		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
PB	9C224B02100P505307		
ESPECIE / TIPO / MARCA / MODELO		COMBUSTIVEL	MARCA / MODELO
MOTOCICLETA / MOTO APLIC		GASOLINA	HONDA / POP100
HONDA / POP100		ANO FAB.	ANO MOD.
2 P/91 / C/I		2009	2010
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	CLASSE
PARTIC		VERMELHA	9
COTA UNICA		VENC / COTAS	CUSTO DO SEGURO (R\$)
IPVA PAGO EM		18/01/2013	*** * * *
FAIXA IPVA		PARCELAGEM / COTAS	*** * * *
A		0	*** * * *
PRÉMIO TARIIFARIO (R\$)		IOP (R\$)	TOTAL PREMIO (R\$)
A. E. IPVA		SEGURO	0
A. E. IPVA		OBSERVAÇÕES	18/01/2013
A. E. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			10553
			12424
			ALIANCA NOVA

ESTADO DA BAHIA
REGISTRO DE AUTOMÓVEIS
AUTOMÓVEIS, MOTOCICLETAS, VEÍCULOS
DE PASSEIOS, EQUIPAMENTOS E PESSOAS
TODOS OS TIPOS DE VEHÍCULOS
SOMENTE PARA USO PÚBLICO

PB N° 0101973446051 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	2012
PLACA	NDA7180/PB
CPF / CNPJ	49873385487

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	2012		
DATA EMISSÃO	18/01/2013		
CPF / CNPJ	49873385487		
PLACA	NDA7180/PB		
MARCA / MODELO	HONDA / POP100		
REMESSA	180694090		
ANO FAB.	2010		
ANO MOD.	2010		
CATEGORIA	VERMELHA		
PARTEC	2*		
COTA UNICA	1*		
VENC / COTAS	2*		
FAIXA IPVA	18/01/2013		
PARCELAGEM / COTAS	3*		
PREMIO TARIIFARIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
A. E. IPVA	SEGURO	0	18/01/2013
A. E. IPVA	OBSERVAÇÕES		18/01/2013
A. E. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			10553
			12424
			ALIANCA NOVA

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

SET / 2013

18/01/2013

10553-09-248-608-9901-04



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Outorgante:

Maria do Socorro Mendonça de Souza,
brasileira, Casada, agricultor,
portador(a) RG nº 4.162.776, CPF nº
056.825.518-69, residente e domiciliado(a)
no(a) Rua Presidente João Pessoa nº 353 -
Centro, Alagoa Nova - PB; E-mail:

Outorgado:

ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671;

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula “ad Judicia”, conforme art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COMUM COM AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.** Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 30% (trinta por cento), sobre o valor da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

Alagoa Nova /PB, 15 / 08 /2018.

Maria do Socorro Mendonça de Souza
OUTORGANTE

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Maria do Socorro Mendonça da Silva, brasileiro(a), Casado, Agricultor, portador(a) de RG n.º 4.362.776, CPF n.º 056825518-65, residente e domiciliado(a) na Rua Presidente João Pessoa, nº 353, Centro, Município de Alagoa Nova - PB, declaro, nos moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, com a finalidade de obtenção do Benefício da Justiça Gratuita, conforme dispõe o art. 4.º da Lei n.º 1.060/50, que minha situação econômica não me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízos do meu sustento próprio e da minha família.

Alagoa Nova /PB, 15 de 08 de 2018.

Maria do Socorro Mendonça da Silva
Declarante

Scanned by CamScanner



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Por este instrumento particular de **CONTRATO DE HONORÁRIOS** ADVOCATÍCIOS, figurando como **CONTRATANTE**,

Maria do Socorro Mendonça de Souza,
brasileira, casada, Agricultora, portador(a) do RG
nº 4-162.776, CPF nº 056.825.538-63, residente e
domiciliado(a) no(a) Rua Presidente João Pessoa
353 - Centro, Alagoa Nova - PB;

E como **CONTRATADO, o ADVOGADO, o Bel ISRAEL DE SOUZA** FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 - DO SERVIÇO JURÍDICO: O CONTRATADO, em face do presente instrumento contratual obriga-se a IMPETRAR NA JUSTIÇA COMUM, AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINOS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT face a sinistro de trânsito;

2 - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Pelos serviços prestados e especificados na cláusula 1, o CONTRATADO, receberá a título de honorários, 30% (TRINTA POR CENTO), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências (nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94), conforme aqui pactos através do presente Instrumento.

3 - DA AÇÃO JUDICIAL IMPETRADA: Fica estabelecido que, iniciados os serviços especificados na cláusula 1, são devidos os honorários contratados por completo neste instrumento, ainda que em caso de desistência por parte do CONTRATANTE, ou se for cassado o mandato do CONTRATADO sem sua culpa, ou ainda, por acordo do CONTRATANTE com a parte contrária, sem a devida aquiescência do CONTRATADO, podendo este exigir os honorários de imediato.

Parágrafo Primeiro: Fica estabelecido que em caso de serviços de cobrança ou de execução, ou ainda de qualquer outra natureza, em que o CONTRATADO receba verba ou importância em nome do CONTRATANTE, este desde já, autoriza àquele, descontar os honorários advocatícios, da verba ou importância recebida, ficando obrigado o CONTRATADO a reembolsar o CONTRATANTE no valor correspondente ao saldo remanescente.

4 - DISPOSIÇÕES GERAIS: O presente contrato, com natureza de título executivo extrajudicial, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil, obriga as partes e seus herdeiros e sucessores em todas as obrigações aqui assumidas;

5 - DO FORO DE ELEIÇÃO: As partes elegem o Foro da Comarca de Alagoa Nova-PB, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas e/ou divergências que porventura venham a ocorrer em virtude do cumprimento do presente contrato, em detrimento de qualquer outro por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, ASSINAM, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo assistem.

Alagoa Nova - PB, 15 / 08 / 2018.

CONTRATANTE: Maria do Socorro mendonça de Souza
CONTRATADO: _____

TESTEMUNHAS: _____



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: João Soeiro Mendonça IDADE: 54 SEXO: F
 IMC: _____ PROCEDÊNCIA: P. Amarelo PROFISSÃO: do lar DATA: 05/03/2018

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|--|--|--|
| { <input type="checkbox"/> } Cefalácia | { <input type="checkbox"/> } Tontura | { <input type="checkbox"/> } Sincopse |
| { <input type="checkbox"/> } Dispnéia de esforço | { <input type="checkbox"/> } Grande | { <input type="checkbox"/> } Pequena |
| { <input type="checkbox"/> } Palpitações | { <input type="checkbox"/> } Média | { <input type="checkbox"/> } Ortopnênia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dor Precordial | { <input type="checkbox"/> } Tosse Seca | { <input type="checkbox"/> } Expectoracão |
| Relacionada (<input type="checkbox"/>) Esforço | { <input type="checkbox"/> } Típica | <input checked="" type="checkbox"/> Atípica <u>fusade, 30"</u> |
| | { <input type="checkbox"/> } Emoções (<input type="checkbox"/>) Frio | { <input type="checkbox"/> } Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| { <input type="checkbox"/> } Hipertensão Arterial Sistêmica <u>N</u> | { <input type="checkbox"/> } Hipertensão Pulmonar | { <input type="checkbox"/> } DPOC | { <input type="checkbox"/> } Outros |
| { <input type="checkbox"/> } Diabetes Mellitus <u>N</u> | { <input type="checkbox"/> } Insut. Cardiaca Congestiva <u>N</u> | { <input type="checkbox"/> } Insuficiência Coronariana | { <input type="checkbox"/> } Aguda |
| { <input type="checkbox"/> } Arritmias | { <input type="checkbox"/> } insuf. Renal | { <input type="checkbox"/> } Crônica | { <input type="checkbox"/> } |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---|
| { <input type="checkbox"/> } Alergia a Medicamentos: <u>mäge</u> | { <input type="checkbox"/> } Tabagismo <u>N</u> |
| { <input type="checkbox"/> } Etilismo <u>N</u> | { <input type="checkbox"/> } Sedentarismo |
| { <input type="checkbox"/> } Dislipidemia | { <input type="checkbox"/> } Outros |
| { <input type="checkbox"/> } Cirúrgico <u>mäge</u> | |

Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: ROR, 27/21

FC.: 100 b.p.m P.A.: 100x50 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: fratue tomogel e

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: —

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
- Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
- Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
- Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: Pode mega HAS, deixa ceguin
vo agorá esin. Dieta hiporessóice Ass. do Médico

[Signature]
 Domingos Oliveira Pinto
 Cardiologista
 CRM: 547





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA	Protocolo:	0000390699	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	CRISMARCOS R. DA SILVA	Data:	07-03-2018 10:54	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	54 anos	Destino:	ENF 04 - L 02

TEMPO DE COAGULACAO..... 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 07/03/2018 11:31] Valores de Referência:
Material: Sangue De 5 a 11 minutos
Método: Lee-White

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30''

[DATA DA COLETA: 07/03/2018 11:31] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos
Método: Duke

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 07/03/2018 12:15 - Página 2 de 2





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): **MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA** Protocolo: **0000390699** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **CRISMARCOS R. DA SILVA** Data: **07-03-2018 10:54** Origem: **CLINICA ORTOPEDICA II**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **54 anos** Destino: **ENF 04 - L 02**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 07/03/2018 11:30]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.05 milhões/mm³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,9 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.000 /mm³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	280
Segmentados.....	55,0	3.850
Eosinófilos.....	2,0	140
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	37,0	2.590
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	140
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	242.000 mm³	2.0 à 10 % - até 1.000 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Emissão : 07/03/2018 12:15 - Página 1 de 2



Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input 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. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <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 type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção ____ / ____ / ____		
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 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 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 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 type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;		
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: <input 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 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 type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.		
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:		
SONO E REPOUSO		
<input 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 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		
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: pendente Silve | Registro: | Leito: 4-2 | Setor Atual: 6D-II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____ / ____ / ____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Ansiedade () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
No momento não apresenta queixas.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Flávio</i> <i>2018</i> <i>2018</i>	DATA: <u>7/3/2018</u> HORA: <u>8:00</u> h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Plano do Socorro Pendente* | Registro: | Leito: *4.2* | Setor Atual: *01.11*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

() Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

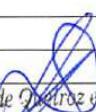
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	() ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas:	() Quais? _____ Precordialgia ()
Ausculta cardíaca:	() Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular:	() Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____/____/____
Edema:	() MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição:	() Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações:	() Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen:	() Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA:	() Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;
Aspecto:	() Outros: _____ Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele:	() Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele:	() Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas:	() Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().
Incisão cirúrgica:	() Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____
Dreno:	() Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão:	() Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal:	() Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física:	() Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo:	() Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Paciente está estabilizado, apresentou na perna: É um ferimento onde estava com o gesso, o médico de plantão pediu pra abrir o curativo e deixar. Bem o gesso é sem a faixa, por causa do abrigo da ferida que estava apertada junto ao gesso.</p>	
 Liliane C. de Oliveira Melo ENFERMEIRA ESPECIALISTA COREN-PC 337474	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 09/03/18 · HORA: ____ h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Flávia do Socorro Mendes | Registro: _____ | Leito: 2-1 | Setor Atual: Ortopedia

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia; () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Data	Hora	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
		<p>R: paciente desabrigado na</p> <p>P: orientado para tomar soro fisiológico e hidratar-se.</p> <p>T: Dor intensa, febre alta, hipotensão arterial, pressão arterial baixa.</p>		<p>Diurese: 1000 ml</p> <p>Observações Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Hidratação: Dá 1 litro de soro fisiológico. 2. Monitorização: Freqüência cardíaca, pressão arterial, temperatura, saturação de oxigênio. 3. Dor: Administração de analgésicos. 4. Febre: Administração de antitérmicos. 5. Hipotensão: Monitorização da pressão arterial e administração de soro fisiológico. 	<p>③ informar b x 7</p> <p>informar excessos de exalla</p>





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

卷之三

Diagnóstico

Ex 2 \rightarrow terrazzo (f)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

cliente Mexico de Sociedad Mariana





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Maria do Socorro Mendonça da Silva
pessoa responsável pelo doente + Elânia Cristina de Paula Ribeiro
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em 10 de março de 2018
+ Elânia Cristina de Paula Ribeiro
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: +

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



2012-13 年度第 1 季度定期評議會

1. මානව සංස්කෘතිය නො පෙන්වනු ලබයි එහි අනුමත දී ඇති තුළ මානව සංස්කෘතිය නො පෙන්වනු ලබයි එහි අනුමත දී ඇති තුළ

“我就是想让你知道，你不是唯一一个被我爱着的人。”

କାହାର ପାଇଁ କାହାର ପାଇଁ କାହାର ପାଇଁ କାହାର ପାଇଁ କାହାର ପାଇଁ

• The author wishes to thank Dr. R. H. Dyer for his help.

Digitized by srujanika@gmail.com

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (319) 356-4520 or via email at mhwang@uiowa.edu.

.....
.....
.....

Journal of the American Statistical Association, Vol. 33, No. 201, March, 1938.

10. The following table shows the number of hours worked by each employee in a company.

卷之三十一

— 1 —

the following day, he was able to get a boat to take him across the river to the opposite side.

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup used to measure the effect of the magnetic field on the thermal conductivity of the superconductor.

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, No. 3, June 2010
DOI 10.1215/03616878-35-3 © 2010 by The University of Chicago



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

47 TNP CED

Paciente	1º Fogo			Alojamento:	Leito	✓	Convênio
Data	Prescrição Médica			Horário	Evolução Médica		
1/10/17	1. Dieta Líquida (2000)			12	18:24:06		
	2. SBt 1500ml EV/24h						
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 66/06h						
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h						
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum						
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN						
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN						
	8. Clexane 40mg SC/dia						
	9. SSIV + CCGG						
	<i>CETMIRONE 19/10/2017 12:24</i>						
	<i>Centro</i>						
	<i>Dr. Wagner Fernandes</i>						
	<i>ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA</i>						
	<i>CRM-PB 8643</i>						
	<i>Dr. Wagner Fernandes</i>						
	<i>ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA</i>						
	<i>CRM-PB 8643</i>						



7

8

9

10

11

12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31

9

10
11
12
13

14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
999
1000





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

Receituário Simples

v-1

11 M^o Esclavo

Golicito

Tela - Botão
MIE

Cjz-18 A/curas

Dr. Wagner Alcaçao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643
Médico

19/09/18

Data

A. DE SAÚDE
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Alojamento:

Leito Conv.

01

Prescrição Médica

EV/24h **100** CT 5.014

L+ AD EV 06/06h CT

AD EV 12/12h CT

mg EV/jejum CT

+ 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN

A + AD EV 8/8h SN

SC/dia

MDW

QD

</

09/03/18 14:32 PA 110X80

Paciente se que aos
meio de 10 min

magum m. c. p. m.
feito sinus vitais +
tbm o urinário um
lixixa no momento
foi pucionado um ca-
cerlo Periferico

19:00 — PA 160X100



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ão (O)
~~Ox~~

DIAGNÓSTICO

Paciente	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
Data			
07/03	1. Dieta <i>H/C</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum <i>SN</i> 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h <i>SN</i> 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h <i>SN</i> 8. Clexane 40mg SC/dia <i>sem dose</i> 9. SSV + CCGG	<i>10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h</i> <i>10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h</i> <i>06h 12h 18h 24h</i> <i>10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h</i>	<i>melhor</i> <i>melhor</i> <i>melhor</i> <i>melhor</i> <i>melhor</i> <i>melhor</i> <i>melhor</i> <i>melhor</i>
03	Dr. Italo H/S Dipirona 1500 ml/gás Clex + SSV	<i>10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h</i> <i>10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h</i>	<i>melhor</i> <i>melhor</i>



07 Paciente evoluí consciente, orientada, realizando
03 os cuidados gerais, sem queixas no mo-
18 mento, segue aos cuidados da enferma-
gem.

D

ministrado conforme prescrevido médica

~~Sônia Maria Costa
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PB 942.603~~

Rosilida Oliveira
COREN-PB 001160511
Técnico de Enfermagem

*Examinou paciente com evolução clínica estável.
A observação deu exame que não apresentou alterações.
Encontrou-se o paciente em sua casa.*

Data: 03/09/2018
PA: 86/80
Peso: 66kg
Altura: 1,60



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO · EXP.



Data
06/03/18

P.A.
 $\frac{160}{100}$

J2: P.A.
 $\frac{130}{80}$

J2: P.A.
 $\frac{130}{80}$

Paciente comentei os exames e esclareci que
não sentiu nenhuma dor no peito ou pressão.
Coração e pressão está regular. Segue ossos
encontrados são equivalentes ao paciente.

Lucinal Fiere Silva Vasconcelos

Técnico de Laboratório

COREN-PB 810735

Lúcia

B





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Maria do Socorro Mendonça da Silva	
End:	R! João Pessoa 353	Bairro: Praia da Areia
Data de Nascimento:	07.01.64	Documento de Identificação:
Queixa:	Acidente de Moto	Data do Atend.: 04.03.18 Hora: 17:40 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Bom (<input type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Calmo (<input checked="" type="checkbox"/>) Fáceis de dor (<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial: 160x100	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Pálida
Deambulação: (<input type="checkbox"/>) Livre (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Maca	

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Henry Henrique S. Cavalcanti
Assinatura e Ramo de profissional
COREN - PB 754.490



A square QR code located at the bottom left corner of the page.

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/09/2018 20:11:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090220101155300000015919970>

Número do documento: 18090220101155300000015919970

Num. 16335613 - Pág. 2



PREFEITURA DE ALAGOA NOVA

Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Sofia de Castro Costa

CNPJ 08.700.684/0001-46

Av. São Sebastião, s/n - Fone: (83) 3365-1011
CEP 58125-000 - Alagoa Nova - Paraíba

Paciente: _____

Endereço: _____

Resumido
ao 1º exame

Início para Meia.
DPO sonoro Mendes da
Mota, Súbito e agudo.
Tens tens MÉ de cai-
rute de quebra de noz
encontra-se comum
centada; PT: 150 x 100
Sut: 97 FC: 48 - Súbito
acelero de cardíaca

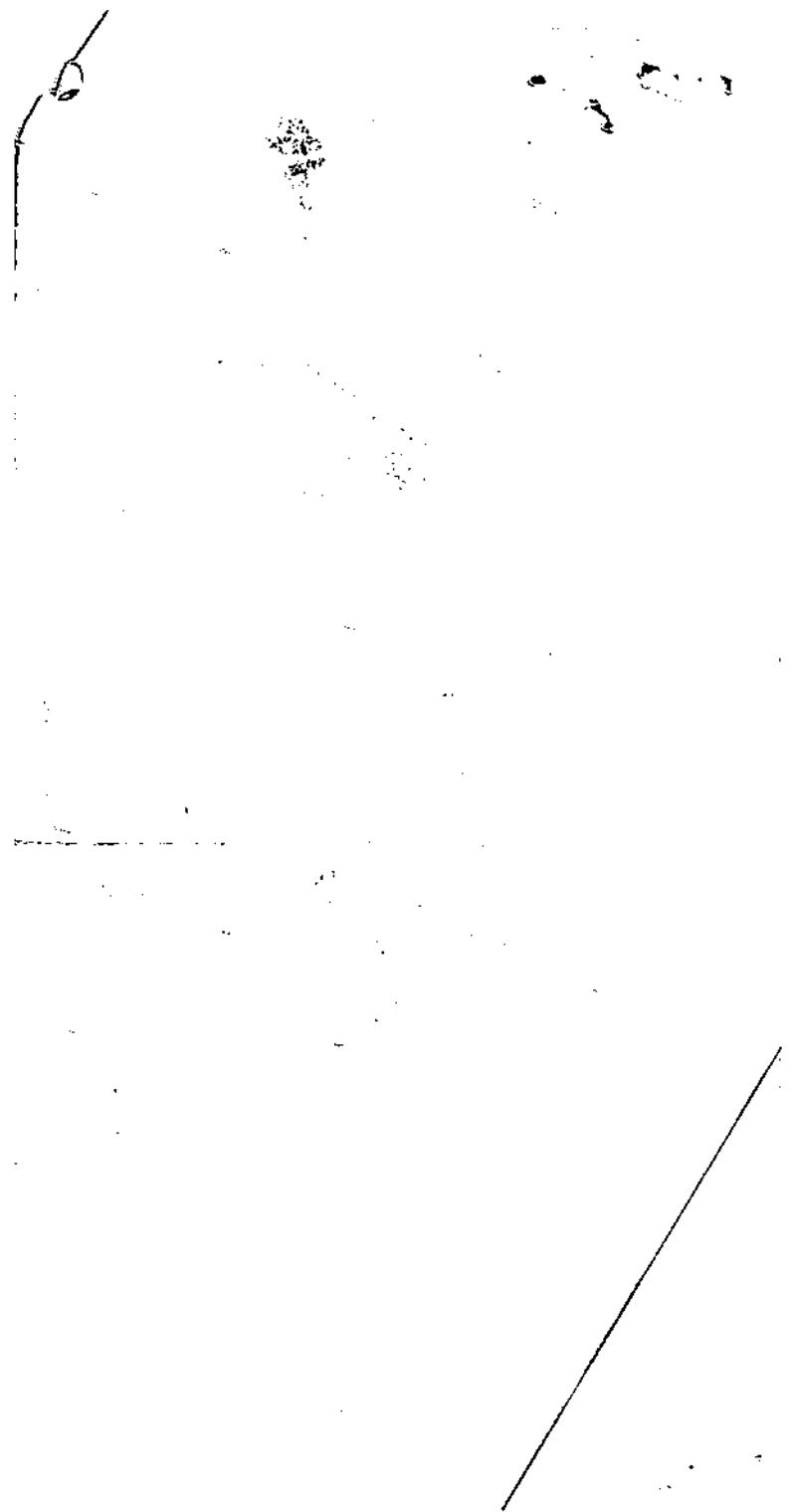
Laise de Oliveira e Souza
MÉDICA
CRM/PB 5865
0403/10

SUS

Secretaria Municipal de
Saúde

mamentar: Edur





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/09/2018 20:11:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090220101155300000015919970>
Número do documento: 18090220101155300000015919970

Num. 16335613 - Pág. 4

Data da internação: 04/03/2018 Hora: 19:26:36

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1609303	
7 - CARTÃO DO SUS 704009123509470		8 - DATA DE NASCIMENTO 07/01/1964	9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem X	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEVERINA GENEROSA DE MENDONÇA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N.º DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO) JOAO PESSOA , 353 , CENTRO			14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO 250040	15 - UF PB
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Nova			16 - CEP 58125000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Agudamente dor + edema + deformidade em TNZ Rx com gelo. Bimalade de TNZ.</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Arredondar ex. pice → tratamento dirigido</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + Ressonância ex. pice.</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Trauma torácico (E) (Bimalado)</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>TTO Cervic.</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 700501777865557	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE YWRY DE PAIVA CAMARA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 04/03/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>ORTOPA</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			

est me libereis + mibe + nob dños nos
⑦ est ab dños 81 nro 79 mo 29. ⑦

apreto atentado p - org. ex + remont
org. ex remont + ex
(below) ⑦ leonel ab
apreto off

H



trr @ mpo, fina

ENDIMENTO URGÊNCIA

CLASS. DE RISCO: AMARELO

ALERGIA: / / / /

MERGULHO E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Pará, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/03/2018
Emergência (B.E) - Motel 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

NOME: MARIA DO SOCORRO

CPF: 58125000

Nascimento: 07/01/1964

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: / / / /

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02: _____

CRM: _____

Especialidade: _____

Médico: _____

OBS/FICHA: _____

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abraço 15. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Inguigitamento venoso
5. Empreção 23. Lacerção
6. Dor 24. Lesão contínua
7. Edema 25. Luxação
8. Empalhamento 26. Mordedura
9. Erisíema subcutâneo 27. Movimento torácico parado/ciol
10. Enxugamento 28. Objeto Encravado
11. Equimose 29. Otorrágia
12. F. Arma branca 30. Peritonite
13. F. Arma de fogo 31. Paroxismo
14. F. Cortiça 32. Parectesia
15. F. Corante 33. Quimiotaxia
16. F. Coracocondilo 34. Rinorrágia
17. F. Perfurador-contato 35. Sinal de laquemaria
18. F. Perfurador-contato 4
BS: 5
6

JEIMADURA:

perístole corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

GNÓSTICO / CID: / / / /

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



JANE S...

DESTINO DO PACIENTE

Centro cirúrgico

Internação (setor)

Transferência a outro SETOR OU HOSPITAL

✓ Só se aplica quando da saída
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Alta hospitalar / A revelia
 Decisão Médica

Óbito

Internação (setor)

Transferência a outro SETOR OU HOSPITAL



Data da internação: 04/03/2018 Hora: 19:26:36

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1609303	
7 - CARTÃO DO SUS 704009123509470		8 - DATA DE NASCIMENTO 07/01/1964	9 - SEXO Masc [] Fem [X] B	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL SEVERINA GENEROSA DE MENDONCA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDA 83	N.º DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) JOAO PESSOA , 353 , CENTRO		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250040	15 - UF PB	16 - CEP 58125000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Febre corporal. Drenagem pleural em TNE</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Internação cirúrgica</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames de rotina.</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>RX</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exame de sangue</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA <i>TTC</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO () CNS	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 700501777865557	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE YWRY DE PAIVA CAMARA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 04/03/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Ywry Paiva</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE CRM-PB/10807	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS	46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Márcia dos Sconos Mendonça da Silva												PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:						
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>				4							
DADOS CLÍNICOS:													
Fratura de tornozelo													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:													
ECG + Risco cirúrgico													
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>										
DATA:	04/03/18			HORA DA SOLICITAÇÃO:				Carimbo e Assinatura do Médico					





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/09/2018 20:11:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090220101155300000015919970>
Número do documento: 18090220101155300000015919970

Num. 16335613 - Pág. 11

R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.

Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.

Intime-se a parte autora, através de seu advogado.

O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

Juiz de Direito

Data e assinatura digital



Intime-se advogado da autora da audiência de conciliação designada para o dia 20/08/2020, pelas 10:45.



Assinado eletronicamente por: VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO - 17/04/2020 15:08:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041715080636900000028811466>
Número do documento: 20041715080636900000028811466

Num. 29961299 - Pág. 1

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

COMARCA DE ALAGOA NOVA

Juízo do(a) Vara Única de Alagoa Nova

Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO DA PARTE PROMOVIDA PARA AUDIÊNCIA

Nº	DO	PROCESSO:	0800366-59.2018.8.15.0041
CLASSE	DO	PROCESSO:	PROCEDIMENTO

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito]

A U T O R : M A R I A D O S O C O R R O M E N D O N C A
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). ERONILDO JOSE PEREIRA, MM Juiz(a) de Direito deste Vara Única de Alagoa Nova, fica(m) **CITADA(s) a(s) parte(s) REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., através de seu(s) advogado(s) cadastrado(s) no PJE**, abaixo indicado(s), por todos os atos do processo acima mencionado, ficando ainda **INTIMADA(s)** para comparecer(em) neste juízo, no endereço supra, à **AUDIÊNCIA** designada: **Tipo: Conciliação Sala: Sala de Audiencia Data: 20/08/2020 Hora: 10:45 h.**.

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito, **ficam a(s) parte(s) e seu(s) advogado(s) ADVERTIDOS** que a presente intimação foi encaminhada, **via sistema**, exclusivamente ao(s) advogado(s) que se encontrava(m), no momento da expedição, devidamente cadastrado(s) e validado(s) no PJe/TJPB, conforme disposto na Lei Federal nº 11.419/2006. **Observação:** A eventual ausência de credenciamento resulta na intimação automática apenas do(s) advogado(s) habilitado(s) que esteja(m) devidamente cadastrado(s) e validado(s) no sistema PJe do TJPB, uma vez que a prática de atos processuais em geral por meio eletrônico somente é admitida mediante uso de assinatura eletrônica, sendo, portanto, obrigatório o credenciamento prévio no Poder Judiciário, conforme arts. 2º, 5º e 9º da Lei 11.419/2006 c/c art. 7º da Resolução 185/2013/CNJ.



ALAGOA NOVA-PB, em 17 de abril de 2020

De ordem, VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXX

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXX



Assinado eletronicamente por: VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO - 17/04/2020 17:28:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041717280272500000028815981>
Número do documento: 20041717280272500000028815981

Num. 29965888 - Pág. 2

Segue termo de audiência



Assinado eletronicamente por: VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO - 31/08/2020 14:56:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20083114563987000000032329997>
Número do documento: 20083114563987000000032329997

Num. 33790032 - Pág. 1

Estado da Paraíba

Poder Judiciário

Vara Única de Alagoa Nova

TERMO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Processo: 0800366-59.2018.8.15.0041

Parte promovente: AUTOR: MARIA DO SOCORRO MENDONÇA

Parte promovida: RÉU: SEGURADORA LÍDER

Adv. Promovente: ISRAEL DE SOUZA FARIAS OAB/ 25.670

Adv. Promovido:

Aos 20 DE AGOSTO 2020 as 10:45, na sala de audiência desta Vara Única, conduzindo os trabalhos o(a) MM. Juiz(a) de Direito Eronildo José Pereira, iniciou-se com as formalidades legais a presente audiência de conciliação

Feito o pregão de estilo, deu-se o comparecimento da parte autora e a ausência da parte ré.

Pelo(a) MM Juiz foi dito: apesar do não comparecimento da ré o autor requereu exame clínico nos termos do convênio 15/2014, nesse sentido nomeio a Dra Rosana Duarte perita conveniada em Campina Grande, abrindo prazo para



a ré juntar os seus quesitos e nomear assistente técnico se quiser, uma vez que

já se encontra nos autos os quesitos do autor,

Adoto como quesitos do juízo os mesmos quesitos das partes, intime-se a ré

para contestar o presente feito a partir da data intimação.

E nada mais havendo a tratar, encerra-se o presente termo, que
lido e achado conforme,

ALAGOA NOVA, 20 de AGOSTO DE 2020.



Eronildo José Pereira

Juiz de direito



Certifico que por contato telefônico Dr. Rosana informou que devido a pandemia, irá realizar as perícias em João Pessoa PB, e que os ofícios fossem enviados para agendamento da perícia, quando houvesse nos autos comprovante de depósito

Faço os autos conclusos.

Vilma Ferreira da Silva Brito

Técnica Judiciária



Assinado eletronicamente por: VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO - 28/09/2020 18:25:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092818255697200000033301621>
Número do documento: 20092818255697200000033301621

Num. 34837456 - Pág. 1

R. H.

Vistos, etc.

Intime-se a seguradora LIDER, para depositar os honorários da perita, no prazo de 15 (quinze) dias.

Cumpra-se.

Juiz de Direito



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

COMARCA DE ALAGOA NOVA

Juízo do(a) Vara Única de Alagoa Nova

Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO DA PARTE PROMOVIDA

Nº	DO	PROCESSO:	0800366-59.2018.8.15.0041
CLASSE	DO	PROCESSO:	PROCEDIMENTO

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito]

A U T O R : M A R I A D O S O C O R R O M E N D O N C A
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). ERONILDO JOSE PEREIRA, MM Juiz(a) de Direito deste Vara Única de Alagoa Nova, fica(m) **INTIMADA(s)** para no prazo de 15 (quinze) dias, depositar os honorários da perícia

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito, **ficam a(s) parte(s) e seu(s) advogado(s) ADVERTIDOS** que a presente intimação foi encaminhada, **via sistema**, exclusivamente ao(s) advogado(s) que se encontrava(m), no momento da expedição, devidamente cadastrado(s) e validado(s) no PJe/TJPB, conforme disposto na Lei Federal nº 11.419/2006. **Observação:** A eventual ausência de credenciamento resulta na intimação automática apenas do(s) advogado(s) habilitado(s) que esteja(m) devidamente cadastrado(s) e validado(s) no sistema PJe do TJPB, uma vez que a prática de atos processuais em geral por meio eletrônico somente é admitida mediante uso de assinatura eletrônica, sendo, portanto, obrigatório o credenciamento prévio no Poder Judiciário, conforme arts. 2º, 5º e 9º da Lei 11.419/2006 c/c art. 7º da Resolução 185/2013/CNJ.



ALAGOA NOVA-PB, em 29 de outubro de 2020

De ordem, VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pj.e.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXX

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSE O LINK: <https://pj.e.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXX



Assinado eletronicamente por: VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO - 29/10/2020 08:13:35
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102908133523700000034430279>
Número do documento: 20102908133523700000034430279

Num. 36055582 - Pág. 2