



Número: **0800052-97.2020.8.15.0541**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Pocinhos**

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 16.200,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO (AUTOR)</b>	<b>JULIANA ALENCAR SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28196 638	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
28196 648	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PETIÇÃO INICIAL - ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO</u></a>	Informações Prestadas
28196 749	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PROCURAÇÃO AD JUDICIA</u></a>	Procuração
28196 750	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>DOCUMENTOS PESSOAIS</u></a>	Documento de Identificação
28196 751	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>BOLETIM DE OCORRÊNCIA</u></a>	Documento de Comprovação
28196 752	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>DECLARAÇÃO SAMU</u></a>	Documento de Comprovação
28196 754	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PRONTUÁRIO HOSPITAL PRIVADO</u></a>	Documento de Comprovação
28196 755	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PRONTUÁRIO TRAUMA (1)</u></a>	Documento de Comprovação
28196 756	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PRONTUÁRIO TRAUMA (2)</u></a>	Documento de Comprovação
28196 757	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PRONTUÁRIO TRAUMA (3)</u></a>	Documento de Comprovação
28196 758	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PRONTUÁRIO TRAUMA (4)</u></a>	Documento de Comprovação
28196 759	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PRONTUÁRIO TRAUMA (5)</u></a>	Documento de Comprovação
28196 760	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PRONTUÁRIO TRAUMA (6)</u></a>	Documento de Comprovação
28196 761	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>PRONTUÁRIO TRAUMA (7)</u></a>	Documento de Comprovação
28196 762	11/02/2020 19:39	<a href="#"><u>RESPOSTA ADMINISTRATIVA</u></a>	Documento de Comprovação
28243 274	13/02/2020 13:39	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho

PDF.



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119360932200000027195234>  
Número do documento: 20021119360932200000027195234

Num. 28196638 - Pág. 1



## **EXCELENTÍSSIMO JUÍZO DE DIREITO DA VARA ÚNICA CÍVEL DA COMARCA DE POCINHOS – ESTADO DA PARAÍBA.**

**ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF/MF nº. 108;735.824-89 e portador do RG nº 3.780.485 – SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Cícero Galdino Batista, nº 88, Bairro Jardim Etelvina, CEP: 58.150-000, na cidade de Pocinhos, Paraíba, por sua advogada, devidamente constituída mediante instrumento procuratório em anexo, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, com amparo nos termos do art. 74 e seguintes da Lei nº 8.213/91, e art. 105 e seguintes do Decreto nº 3.048/99, bem como nos demais dispositivos legais aplicáveis à espécie, propor a presente

### **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**

em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, com inscrição do CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com endereço para receber citação e intimação a Rua Senador Dantas, 74 – 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:



Rua Epitácio Pessoa, 155  
Centro, Solânea/PB  
Cep: 58225-000

83 99127-6605  
jualencar.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361026900000027195243>  
Número do documento: 20021119361026900000027195243

Num. 28196648 - Pág. 1



## I – PRELIMINARMENTE

---

### 1.1 – DA JUSTIÇA GRATUITA

Ocorre Excelência que, o Promovido no momento não tem condições de arcar com o ônus processual, sem que ponha em risco seu sustento próprio, sendo assim, requer, desde já, que lhe sejam agraciados com os benefícios previstos nos artigos 98 e 99, ambos do NCPC (declaração em anexo).

Portanto, fica requerido, desde já, sob pálio constitucional, o **benefício da assistência judiciária ao Promovente**, para que o mesma possa resguardar seus direitos utilizando os préstimos do Poder Judiciário, e exercendo, assim, o sagrado direito constitucional de acesso à justiça, por meio do contraditório e da ampla defesa, com fundamento no **art. 5º, incisos XXXIV e LXXIV**, da Carta Política, e nos **arts. 98 e 99 do NCPC**.

Quanto ao fato de o Promovido ser representado por causídico particular, cumpre destacar, desde já, que tal fato não impede a concessão do referido benefício. O Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba, inclusive, já se manifestou nesse sentido:

**Súmula 29: “Não está a parte obrigada para gozar dos benefícios da assistência jurídica a recorrer aos serviços da defensoria pública”.**

Aliás, a simples afirmação em petição inicial já autoriza a concessão do benefício em disceptação, como atestam os arestos trazidos à colação:

**"A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família" (Lei nº 1.060/50, art. 4º).**

(TRF 1ª R. – AC 200201990016668 – MG – 1ª T. – Rel. Des. Fed. Antônio Sávio de Oliveira Chaves – DJU 07.03.2005 – p. 36).

Ante o exposto, requer que lhe sejam concedidos os benefícios da justiça gratuita, conforme preconizado nos dispositivos supracitados.

## II – DOS FATOS

---

Trata-se de seguro devido em face de acidente de trânsito ocorrido no dia 03 do mês de Abril do ano de 2018, em uma terça-feira, por volta das 18h40min, nas imediações do Ginásio de Esportes da cidade de Pocinhos/PB, ao encontrar-se na condução da motocicleta *Honda/CB 300 R, cor preta, ano 2011/2011, placa NPY 4243/PB*, tentou desviar-se de um animal



Rua Epitácio Pessoa, 155  
Centro, Solânea/PB  
Cep: 58225-000

83 99127-6605  
jualencar.advocacia@gmail.com





(cachorro), motivo pelo qual, perdeu o controle do veículo, motivo pelo qual, a vítima foi arremessada ao solo.

O Promovente foi atendido pelo SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), sendo que, diante dos feridos causados pela colisão, o Promovente foi imediatamente levado ao Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande/PB, onde restou comprovado que em virtude do impacto da colisão, o Promovente fraturou o tornozelo em três pontos específicos, sendo submetido à procedimento cirúrgico, conforme dispõe documentação anexa à presente petição.

Registre-se que o Promovente deu entrada no Hospital de Traumas em Campina Grande/PB no dia 03 de Abril de 2018, permanecendo no local até a data de 06 de Abril de 2018, onde diante da demora na prestação do serviço público para a realização do procedimento cirúrgico, o Promovente foi transferido para o Centro Hospitalar João XXIII (Sistema de Assistência Social e Saúde), unidade hospitalar na qual o Promovente foi submetido à intervenção cirúrgica, sendo colocado em sua perna, especificamente no tornozelo, pinos para a religação dos ossos, haja vista que o acidente havia fraturado o local em questão.

Para a realização do procedimento cirúrgico, o Promovente obteve o ônus no valor de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos), além dos gastos com remédios e sessões de fisioterapia para que pudesse voltar a andar aos poucos, haja vista que o acidente narrado deixou sequelas visíveis na perna Promovente, que por sua vez, ainda encontra-se com dificuldades para andar normalmente.

**Ressalte-se que o Autor requereu o pleito administrativamente, todavia, apesar de ter enviado toda documentação em anexo, a Seguradora Promovida alega a necessidade de apresentação de novos documentos, protelando, portanto, a responsabilidade em arcar com o ônus decorrente de lei.**

Portanto, o Promovente munido de documentação necessária, a que alude ao acidente automobilístico e não apresentando mobilidade na área afetada até a presente data, vem requerer de direito a indenização referente ao seguro DPVAT.

### **III – DO DIREITO**

#### **3.1 – DA RECUSA AO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PELA VIA ADMINISTRATIVA**

A Lei nº 6.194/74 que regula o instituto em análise, não estabelece em seu conteúdo normativo a necessidade de esgotamento da esfera administrativa, para pleitear o recebimento do seguro, assim como **não** exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte dos Consórcios do Seguro DPVAT, para tal fim.

**Entretanto, esclarecemos a este Nobre Julgador o fato que antes do ajuizamento desta ação o Promovente pleiteou a solicitação do pagamento da referida indenização, pela via administrativa, dias após o sinistro.**

Por diversas vezes o Promovente foi surpreendido com a solicitação da promovida para o envio de documentação complementar, solicitação que era prontamente atendida pelo promovente. Passados alguns dias, a promovida realizava a solicitação da mesma documentação anterior.



Rua Epitácio Pessoa, 155  
Centro, Solânea/PB  
Cep: 58225-000

83 99127-6605  
jualencar.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361026900000027195243>  
Número do documento: 20021119361026900000027195243

Num. 28196648 - Pág. 3



Como forma de comprovar os fatos acima alegados, segue anexo o protocolo realizado em lapso temporal posterior ao acidente do Promovente, o que demonstra a recusa ao pagamento da indenização por via administrativa.

Nessa esteira, fica claro que o Promovente esgotou a via administrativa para o recebimento da indenização a qual fazem jus, no entanto, não obtive êxito quanto ao recebimento do seguro DPVAT, fato que culminou com o ingresso direto junto ao Poder Judiciário.

### **3.2 – DA AUSÊNCIA DE NECESSIDADE DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO – JURISPRUDÊNCIA.**

A Lei nº 6.194/74 que regula o instituto em análise, não estabelece em seu conteúdo normativo a necessidade de esgotamento da esfera administrativa, para pleitear o recebimento do seguro, assim como **não** exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte dos Consórcios do Seguro DPVAT, para tal fim.

Entretanto, esclarecemos a este Nobre Julgador que, o Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, tem entendido que para a indenização de acidentes de trânsito, o ingresso em juízo para pleitear tal direito, não necessita de requerimento administrativo, nem tão pouco, o esgotamento de pagamento via administrativa. Senão, vejamos:

APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. PROCEDÊNCIA PARCIAL. IRRESIGNAÇÃO DA PROMOVIDA. PRELIMINARES. CARÊNCIA DE AÇÃO POR AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. APRESENTAÇÃO DE CONTESTAÇÃO. PRETENSÃO RESISTIDA CONFIGURADA. PRESENÇA DE INTERESSE PROCESSUAL. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. PROVOCAÇÃO DE QUALQUER SEGURADORA CONSORCIADA. POSSIBILIDADE. CERCEAMENTO DE DEFESA. PERÍCIA MÉDICA. REALIZAÇÃO. Rejeição das prefaciais. MÉRITO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. DANO E NEXO CAUSAL DEMONSTRADOS. DEBILIDADE PERMANENTE. BOLETIM DE OCORRÊNCIA ELABORADO POR AUTORIDADE COMPETENTE. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO. PROVAS SATISFATÓRIAS. MANUTENÇÃO DA DECISÃO RECORRIDA. DESPROVIMENTO. - Não há que se falar em carência de ação, por ausência de requerimento formulado na esfera administrativa, quando a parte promovida apresenta contestação, insurgindo-se contra o mérito da demanda, porquanto consubstanciada a pretensão resistida. - O Conselho Nacional de Seguros Privados outorga ao beneficiário do seguro, a faculdade de exigir a indenização da seguradora de sua preferência, pois todas estão autorizadas a operar no tocante ao DPVAT. - Restando devidamente comprovada que a avaliação médica se encontra conclusiva, imperioso se torna rejeitar a prefacial de nulidade da sentença, em razão da incorrencia do cerceamento de defesa.



Rua Epitácio Pessoa, 155

Centro, Solânea/PB

Cep: 58225-000

83 99127-6605

jualencar.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361026900000027195243>  
Número do documento: 20021119361026900000027195243

Num. 28196648 - Pág. 4



(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00002787320158151071, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO , j. em 10-05-2018) – **Grifamos.**

PROCESSUAL CIVIL E CIVIL - 2ª Apelação cível - Ação de cobrança de seguro DPVAT - Procedência parcial na origem - Prévio requerimento administrativo - Regramento da matéria contido no RE nº 631.240/MG - Matéria com repercussão geral julgada pelo Supremo Tribunal Federal - Falta de interesse de agir - Impossibilidade de extinção do feito - Contestação apresentada - Pretensão resistida - Interesse processual evidenciado - Inépcia da inicial por falta de documentos imprescindíveis - Certidão de óbito anexada - Desprovimento. - A exigência de prévio requerimento administrativo não deve prevalecer quando o entendimento da seguradora for notório e reiteradamente contrário à postulação do promovente, como no caso em que já tenha apresentado contestação contra o direito pleiteado, estando caracterizado o interesse em agir pela resistência à pretensão. - Mostra-se suficiente o conjunto probatório presente nos autos para comprovar a existência de objeto ensejador da indenização do seguro obrigatório de DPVAT. PROCESSUAL CIVIL E CIVIL - 1ª Apelação cível - Ação de cobrança de seguro DPVAT - Procedência parcial na origem - Sentença que excluiu um dos autores do recebimento da indenização do seguro DPVAT por morte de genitor - Ação paralela de reconhecimento de paternidade - Juntada de certidão de nascimento - Comprovação da legitimidade ativa.

(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00024152820148150371, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. ABRAHAM LINCOLN DA CUNHA RAMOS, j. em 08-05-2018) – Destacamos.

É de ressaltar, que, a exigência de esgotamento da via administrativa implica em violação ao artigo 5º, inc. XXXV, da Constituição Federal, que dispõe: “**a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito**”.

Neste viés, fica claro que a desnecessidade do requerimento administrativo e da negativa do pagamento da indenização por parte da Requerida para a possibilidade de ajuizamento da demanda na esfera judicial, motivo pelo qual, verifica-se que, diante da lesão ocasionada no trânsito, deverá a Promovida ser condenada ao pagamento de indenização, como sendo medida de inteira JUSTIÇA!



Rua Epitácio Pessoa, 155  
Centro, Solânea/PB  
Cep: 58225-000

83 99127-6605  
jualencar.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361026900000027195243>  
Número do documento: 20021119361026900000027195243

Num. 28196648 - Pág. 5



### 3.3 – DA LEGITIMIDADE ATIVA

O Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículo automotores de vias terrestres - DPVAT, conhecido popularmente como seguro obrigatório, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidente de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa.

A redação atual do artigo 4º da Lei nº 6.194/74, após modificação provocada pela Lei nº 11.482/2007 que regula o seguro obrigatório aduz que:

**Art. 4º** A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil.

**§3º** Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente a vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP.

No caso em análise, é direito do Promovente, vítima do acidente, receber uma indenização por danos pessoais ante ao seu grave estado de saúde, ou melhor, devido aos danos que lhe foram causados pelo acidente sofrido.

### 3.4 – DA LEGITIMIDADE PASSIVA

O art. 7º da Lei nº 6.194/74, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes ao seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no pólo passivo que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

Nesse sentido também dispõe a Resolução do CNSP nº 154/2006:

**Art. 5º (...)**

**§6º** Os consórcios de que trata o caput deste artigo deverão estipular que qualquer uma das sociedades seguradoras se obriga a receber as reclamações que lhes forem apresentadas.

**§7º** Os pagamentos de indenizações serão realizados pelos Consórcios, representados por seus respectivos líderes.

Matéria também totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.





### **3.5 – DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO**

O Art. 5º da Lei 6.194/74 relata que o pagamento da indenização referente ao seguro obrigatório será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:

**Art. 5º** - O pagamento de 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.

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º Caput, da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

**Art. 7º**- A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, por seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do Seguro Obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas, diferentemente do que exige a demandada em suas respostas administrativas. Isto posto, é forçoso concluir que independe do pagamento do prêmio do seguro obrigatório

A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

**“STJ. Súmula 257:** A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.

Sendo assim, é incontrovertível a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

De tal forma que segue **anexo** à presente ação todos, os laudos e atestados médicos, além de todo prontuário médico hospitalar afirmando inequivocamente as lesões sofridas pelo Promovente em face do acidente automobilístico que ocasionou danos pessoais ao Promovente.

### **3.6 – DO VALOR DA INDENIZAÇÃO**

A vigente redação da Lei nº 6.194/74, resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei





nº11.945/2009), dispõem que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os seguintes danos, nos valores:

**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 suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (...)

**I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;** (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

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

**III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).**

Diante do exposto, requer que a parte Promovida seja condenada por Vossa Excelência, a pagar uma indenização ao Promovente no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, devido a lesão ter deixado sequelas no Promovente, sem previsão de encerramento do tratamento, como também, a condenação ao valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), haja vista que o procedimento cirúrgico foi realizada por unidade hospitalar privada, estando, pois, presentes os requisitos dos Art. 3º, II, da Lei 6.194/74.

### 3.7 – DA PERÍCIA MÉDICA

Diante do acidente de trânsito e os danos sofridos pelo Promovente, se o Respeitável Julgador entender a necessidade de prova pericial, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo (a) perito (a):

<b>Quais as lesões sofridas pelo Requerente?</b>
<b>As lesões decorreram de fatídico ocorrido no trânsito?</b>
<b>As lesões tornaram algum membro ou função deficiente? Totalmente ou em parte? Se sim, em que percentual?</b>
<b>Das lesões resulta incapacidade para o trabalho? A incapacidade é temporária ou permanente?</b>
<b>Das lesões resultam redução da capacidade laboral?</b>
<b>A incapacidade se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetado ou é incompleta?</b>





**No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacidade laborativa é intensa, média, leve?**

#### **IV – DOS PEDIDOS**

Dante do que foi exposto, requer o Promovente, que Vossa Excelência se digne em:

- a) a concessão da Assistência Gratuita nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil em vigência;
- b) A citação da Promovida, na pessoa de seu representante legal, para, querendo responder a presente demanda, sob pena de ser decretada a sua revelia e as penalidades decorrentes dos fatos alegados na inicial, bem como, de acordo com o artigo 319, inc. VII, do Novo Código de Processo Civil, opta pela não realização de audiência de conciliação ou mediação;
- c) Julgar a presente demanda procedente em sua totalidade, condenando a Empresa Ré ao pagamento de indenização ao Promovente no valor R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) em virtude das lesões causadas ao Autor, e R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) em virtude do procedimento cirúrgico ter sido realizado por rede privada sem plano de saúde, devendo os referidos valores serem acrescidos de juros de mora e correção monetária, desde a data do fato ocorrido, ou seja, no dia 03 do mês de Abril do ano de 2018, conforme aduz as Súmulas nº 43 e 54 do Superior Tribunal de Justiça;
- d) A condenação da Empresa Promovida ao pagamento das custas processuais e horários sucumbenciais de acordo com o artigo 85 do Novo Código de Processo Civil;

A produção de todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova documental e pericial, depoimento da parte Promovida, oitivas de testemunhas e perícia, se, porventura, for este o entendimento de Vossa Excelência.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 16.200,00 (dezesseis mil e duzentos reais)**.

Nesses termos,  
Pede deferimento.

Solânea/PB, 11 de Fevereiro de 2020.

*Juliana Alencar Silva  
OAB/PB 25.466*



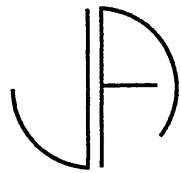
Rua Epitácio Pessoa, 155  
Centro, Solânea/PB  
Cep: 58225-000

83 99127-6605  
jualencar.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361026900000027195243>  
Número do documento: 20021119361026900000027195243

Num. 28196648 - Pág. 9



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA e ET EXTRA

**1) OUTORGANTE:** ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF/MF nº. 108.735.824-89 e portador do RG nº 3.780.485 – SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Cícero Galdino Batista, nº 88, Bairro Jardim Etelvina, CEP: 58.150-000, na cidade de Pocinhos, Paraíba.

**2) OUTORGADA:** JULIANA ALENCAR SILVA, nacionalidade, solteira, advogada inscrita na OAB/PB nº 25.466 e no CPF/MF nº 100.943.654-66, endereço eletrônico: [jualencar.advocacia@gmail.com](mailto:jualencar.advocacia@gmail.com), com escritório profissional na Rua Presidente Epitácio Pessoa, nº 155, centro, na cidade de Solânea/PB, CEP.: 58.225-000.

**3) PODERES GERAIS:** Por este instrumento particular de mandato, o outorgante constitui como sua bastante procuradora a outorgada, concedendo-a os mais amplos e gerais poderes, especialmente os da *cláusula ad negotia, extra judicia e ad judicia*, para o foro em geral, notadamente para os fins descritos no Item 4 do presente instrumento, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termos, oferecer defesa - direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, afim de praticar todos os atos legais e necessários ao fiel desempenho do presente instrumento.

**4) PODERES ESPECÍFICOS/ESPECIAIS:** A presente procuração outorga a Advogada acima qualificada, os poderes específicos/especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, pedir gratuidade da justiça e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Solânea/PB, 19 de Junho de 2018.

Israél Wesley da Silva Araújo

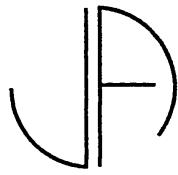
(Outorgante)



Rua Epitácio Pessoa, 155  
Centro, Solânea/PB  
Cep: 58225-000

83 99127-6605  
[jualencar.advocacia@gmail.com](mailto:jualencar.advocacia@gmail.com)

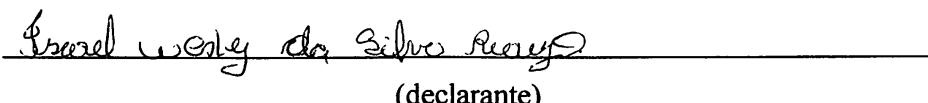




## *DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA*

Eu, **ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF/MF nº. 108.735.824-89 e portador do RG nº 3.780.485 – SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Cícero Galdino Batista, nº 88, Bairro Jardim Etelvina, CEP: 58.150-000, na cidade de Pocinhos/PB, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Solânea/PB, 19 de Junho de 2018.



(declarante)



JULIANA ALENCAR  
ADVOGACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Rua Epitácio Pessoa, 155  
Centro, Solânea/PB  
Cep: 58225-000

83 99127-6605  
jualencar.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361130400000027195244>  
Número do documento: 20021119361130400000027195244

Num. 28196749 - Pág. 2



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.780.458	DATA DE EXPEDIÇÃO	14/08/2009
NOME	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO		
FILIAÇÃO	EXPEDITO OLIVEIRA DE ASSIS ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/01/1995	
DOC ORIGEM	NASC.N.14721 FLS.130V LIV.A-15		
CPF	CARTÓRIO POCINHOS-PB		
João Pessoa - PB			
ASSINATURA DO DIRETOR 2010			
LEI Nº 9.718 DE 29/08/93			





**Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



Número  
**108.735.824-89**

Nome  
**ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO**

Nascimento  
**06/01/1995**

**CÓDIGO DE CONTROLE**

**17FB.7C22.0418.0640**

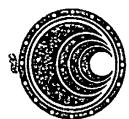


Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 17:32:19 do dia 23/02/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361187300000027195245>  
Número do documento: 20021119361187300000027195245

Num. 28196750 - Pág. 2



**CAGEPA**

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

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

47801433

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS  
INES ARAUJO DA SILVA  
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 88 - JARDIM ETELVINA  
POCINHOS PB 58150- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
152.001.070.0158.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A05X030474	18/08/2005	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA						
1073	1076	3	30	19/07/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2018	6	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2018	5	0	TURBIDEZ	0	0	
MAR/2018	4	0	CLORO	0	0	
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT	0	0	
JAN/2018	4	0	COR	0	0	
DEZ/2017	0	0	COL.TOTAIS	0	0	
MÉDIA(M)	5		DADOS REFERENTES A: ABR/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 20/06/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 11:38:09
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL (R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3
ESGOTO	37,91
ACRESCIMO(S) MÊS(ES) ANT. 03/2018	0,73
JUROS DE MORA 03/2018	0,46

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PTS E CONFINS LET 12 741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
01/07/2018	R\$ 39,10

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	
	TIPO DE TARIFA: 1	
INFORMAÇÕES GERAIS:		
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"		

CAGEPA	MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	47801433	JUN/2018	01/07/2018	R\$ 39,10

82690000000 9 39100010152 0 04780143301 3 06201870003 9





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL-  
DELEGACIA DE POCINHOS  
rua Padre Antônio Galdino, Nº 211 - Centro - Pocinhos - 58150-000 - (83)



OCORRÊNCIA Nº 000148/18

**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 Nº 000148/18 registrada em 11/06/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de Pocinhos, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POCINHOS, quando encontrava-se presente o Bel. LAMARTINE LACERDA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:51 horas, compareceu o Sr. ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO, com 23 anos de idade, filho de EXPEDITO OLIVEIRA DE ASSIS e ELIETE DA SILVA ARAÚJO LINO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de POCINHOS - PB, Solteiro, escolaridade Superior Incompleto, profissão ESTUDANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3.780.458, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10873582489, residindo à rua CÍCERO GALDINO BATISTA, Nº 88, bairro JARDIM ETELVINA, na cidade de Pocinhos - PB, celular (83)99372-3939.

**Declarou que:**

QUE é proprietário da MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, COR PRETA, ANO 2011/2011, PLACA NPY 4243/PB, CHASSI 9C2NC4310BR106976, RENAVAM 0031525274-0, LICENCIADA EM NOME GUSTAVO CESAR DE S. RIBEIRO; QUE na data de 03/04/2018, aí por volta das 18:40h, quando transitava na motocicleta supra citada, nas imediações do ginásio de esportes, centro dessa cidade de Pocinhos/PB, sofreu um acidente ao tentar desviar de um cão que atravessava a rua naquele momento; QUE na ocasião, o comunicante, que estava sozinho, derrapou e tombou no chão, tendo a base do motor da moto lhe fraturado a perna esquerda em três pontos distintos; QUE foi socorrido por populares no local, que por sua vez chamaram de imediato o pronto atendimento do SAMU local; QUE após o primeiro atendimento médico, foi conduzido pelo SAMU ao Hospital de Traumas da cidade de Campina Grande/PB, onde foi examinado e permaneceu aguardando cirurgia por três dias; QUE após esse período, foi removido ao Hospital João XXIII, na mesma cidade, onde teve atendimento particular e passou por intervenção cirúrgica na perna esquerda, onde foram colocados 05 (CINCO) pinos e uma placa; QUE no dia seguinte à cirurgia, retornou para casa, onde permaneceu aproximadamente um mês de recuperação na cama e afirma que atualmente continua em tratamento fisioterapêutico. 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 FE.

Pocinhos, Segunda-feira, 11 de Junho de 2018

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO

Declarante

GLEIDSON C. CAVALCANTE

Escrivão





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS  
Secretaria Municipal de Saúde  
Juventude e Solidariedade



### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e direito que o SAMU 192 POCINHOS, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Israel W. da Silva Araújo, vítima acidente de moto no dia 03/04/2018, zona urbana do município de Pocinhos, sendo encaminhada para HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE.

Atenciosamente:

*Juliana*  
**Valquíria Anselmo de Souza Lima**  
Coordenadora Geral e de Enfermagem

Pocinhos-PB 28/06/2018.

---

Rua, Apolinário Costa SN, Nova Brasília – Celular (83) 9154 - 8652.  
Celular (83) 8183-9572 CEP: 58150 - 000 Pocinhos - PB





### Solicitação de Cópia de Prontuário

Eu Isabel dos Reis, portador (a) do RG nº 3.780.458 e de CPF nº 108.735.824-89, solicito ao Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia do Prontuário do paciente Isabel dos Reis referente à Cirurgia de Faringite do dia 06/09/2018.

Campina Grande, 06/09/2018

Solicitante: Isabel dos Reis

Telefone: 94222-3939

### RECIBO

Recebi do Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia de prontuário do paciente Isabel dos Reis.

Campina Grande, 30/10/2018

Recebido por: Isabel dos Reis

RG: 3.780.458 CPF: 108.735.824-89





**SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXIII**  
**SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO**  
**REGISTRO DE INTERNAÇÃO**

DATA: 06/04/2018  
 HORA: 17:22:17



\*64162\*

Prontuário	Nome do Paciente		Nascimento		Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO		06/01/1995		23	M			1-CATOLICA
Estado Civil	CPF	RG	Grau de instrução		Profissão		Fone Residencial	Fone Trabalho	
		3780458 SSP PB					991468846		
Filiação	Mae:		ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO		Pai:		Complemento Endereço		
Endereço	R.CICERO GALDINO BATISTA,88 - MERCADO, POCINHOS-PB CEP:								

Atendimento Data/Hora Atend. Data/Hora Prev. Setor  
**64162** 06/04/2018 17:26 07/04/2018 10:00 121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV

Médico Atendente  
 310620-LEONARDO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA

Promo / Convênio  
 Nº Carteira Validade Nº CNS

0-PARTICULAR0-PARTICULAR

Posto Acomodação Leito  
 POSTO 100 121813 POSTO 100 - APTO 103 APT-103 1

Procedimento  
 ggsssesg INTERNACAO



\*34851\*

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O paciente ( ou responsável), Sr(a) ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO , aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente CRM \_\_\_\_\_, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestesias, transfusões de sangue, 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.

Este cliente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3)   
 ANA CAROLINA TOME DE SOUZA  
 Responsável pelo Paciente

Responsável: ANA CAROLINA TOME DE SOUZA  
 Endereço: R CICERO GALDINO BATISTA, 88 Bairro MERCADO, POCINHOS-PB  
 Telefone: 991468846





**Centro Hospitalar João XXIII - SAS**

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: **J. M. V. J. V. S.**  
Número do leito: **103**

Data admissão: **06/10/2010** | Convênio: **CONTEC**

Prontuário:

DATA	HORAS	P.A(mmHg)	T.C	R(imp)	P(bpm)	SPO2	DIETA	DIURESE	FEZES	HGT	V.INSULINA	DRENO	ASS.TEC ENFERMAGEM
06/10/2010	17:41	150x90											669733
06/10/2010	22:00	130x80	37%										

## CONTROLE DE OXIGÉNIO

CONTÍNUO ( )							
\	DATA HORAS						
LIGADO	LIGADO			LIGADO		LIGADO	
SLIG:	DESIG:			DESIG:		DESIG:	
\	DATA HORAS						
LIGADO	LIGADO			LIGADO		LIGADO	
SLIG:	DESIG:			DESIG:		DESUG:	
\	DATA HORAS						
LIGADO	LIGADO			LIGADO		LIGADO	
SLIG:	DESUG:			DESUG:		DESUG:	
\	DATA HORAS						
LIGADO	LIGADO			LIGADO		LIGADO	
SLIG:	DESUG:			DESUG:		DESUG:	

- ~~Paciente~~ Paciente admitido para tratamento específico, se vir ofício  
a ser cumprido.

Erica C. de Oliveira  
TÉCNICO ENFERMAGEM  
CÓDIGO: 159733

Paciente em P.O.I Tratamento cirúrgico Fratura Tornozelo, consciente e orientado, sendo medicado C.P.M. em venoclise. Segue em repouso no leito, no cuidados e controles da enfermagem. realizado Raio X anexo no sistema.





# LEONARDO CEZAR

## **CIRURGIA DA MÃO PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE CAMPINA GRANDE**

Handwritten notes and diagrams on a white background:

- Top left: A large bracket-like shape containing the text "SINDROME".
- Top center: The word "Wegener" followed by a bracket-like shape.
- Middle left: The letter "L" above a horizontal line.
- Middle right: The letters "ARD" above a diagram of a head profile with a cross through it.
- Bottom left: The letters "R" and "Tumores" next to a diagram of a head profile with a cross through it.
- Bottom center: The numbers "06", "04", and "18" arranged vertically.
- Bottom right: A signature and text:

Leonardo Cesar  
Ortopedia - Cirurgia da Mão  
Colovello - Microcirurgia  
CRM RJ 00000000000000000000

**MAIGR**

[leocezzar@hotmail.com](mailto:leocezzar@hotmail.com)

SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata) (82) 32011811

[www.leonardocezarmao.com.br](http://www.leonardocezarmao.com.br)

Clínica Major - (Nilo Peçanha 636 Braga)

(83) 9 88874277



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:14  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002111936135690000027195249>  
Número do documento: 2002111936135690000027195249

Num. 28106754 Pág. 6

MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100				06/04/18
PACIENTE	CONVÊNIO	Part.	APTO	
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para dienta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensivel (branco/Laranja)				
Espadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento			04	
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)			02	
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)			06	
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Isaac Wimley IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO 103

DATA: 06 / 01 / 18 TURNO: MANHÃ

ENFERMEIRO (A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TURNO: TARDE

ENFERMEIRO (A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: NOITE

pac. em pós operat. toracotomia esquerda  
em ventilação + ATB, após a cirurgia no tecido  
concreto, operadora perdeu sangramento  
no local, em observação.

ENFERMEIRO (A): JL COREN: 79071



**CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO**

Data: 06 / 04 / 18 Hora 10:35

Procedimento a ser realizado:

- Geral  Ortopedia  Cirurgia Cardíaca

Identificação: Etiqueta do paciente

Israel Wesley das Arvores

**CHECK-LIST**

<input checked="" type="checkbox"/> Prontuário Completo	Rx <input checked="" type="checkbox"/> em sistema	<input type="checkbox"/> Pen Drive/ CD
<input type="checkbox"/> Pulseira de Identificação		<input type="checkbox"/> Tricotomia local da cirurgia
<input type="checkbox"/> Avaliação Pré-Anestésica		<input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais
<input type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Exames Radiográficos
<input type="checkbox"/> Jejum desde: <u>06/04/18</u> às <u>06</u> h ECG		
<input type="checkbox"/> Alergias: <u>Negativa</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas	

Técnico de Enfermagem: Zandra

COREN: 1254589

OBS:

---



---



Centro Hospitalar João XXIII Sistema de Assistência Social e de Saúde						RT: 64302	
NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL							
Paciente	Israel Alvesley da Silva Araújo - 23 anos						
Registro	34853	Quarto	103	Leito	1	Sala	02
Cirurgião	Dr. Leonardo Voldenur						
Cirurgia	Trat. Cirúrgico Fratura Tornozeleira						
Instrumentador	Anestesia Rogério						
Data	06/04/2018						
QTD	MED. ANESTESICAS	QTD	INICIO	TERMINO			
			19:20	20:30	POMADAS		
01	Clonidin amp.		Aguilha Descartável 25x7		Epitezan		
01	Dimof amp 1 mg	02	Aguilha Descartável 40x12		Kolagenase		
01	Dimof amp 0,2 mg		Aguilha Descartável 13x4,5		Nobacetim		
01	Dormonid amp		Aguilha Peridural nº 17		Xilocaina Geléia		
01	Esmeron amp		Aguilha Raqui nº 25				
01	Fontanil amp. 2 ml	01	Aguilha Raqui nº 27				
	Fontanil amp. 10 ml	03	Atadura de Crepon nº 131				
	Hypnomidate		Atadura Geessada nº				
01	Ketalar fr/amp.		Bolsa Colostomia				
	Marcalina fr. Pessada		Borracha Silicone				
	Narcan amp	01	Cateter p/02				
	Nilperidol amp	00	Cateter Peridural	01	FIOS		
	Nimblum		Clorhexedina Alcoólica	01	Mononylon 3-0		
	Propofol amp		Clorhexedina Aquosa		Mononylon		
	Sevorane	100	Clorhexidina Degermante 4%	01	Catgut cromado		
	Tramal amp	05	Compressa Grande (45x50 -0131)		Polycot		
	Tracrium		Dreno		Polycot		
	Rapifen	05	Eletrodo close.		Prolene		
QTD	MEDICAÇÕES	05	Equipo Macrogotas c/injetor		Prolene		
01	Adrenalina		Equipo Microgotas c/injetor		Vicril		
01	Água destilada amp		Equipo 4 vias		Vicril		
01	Antek amp		Espadrapo		Cromado		
	Atropina amp		Filo p/Respirador 100ml		Cromado		
02	Buscopan amp	89	Gasos com 100ml		Simples		
01	Cefazolina(Kefazol)		Gelco nº 30		Simples		
02	Decadron amp		Intracath Adulito		Ethibond		
02	Dipirona amp		Lâmina de Bisturi nº 11		Ethibond		
	Dramin amp	02	Lâmina de Bisturi nº 15		SOROS		
	Efedrina amp		Lâmina de Bisturi nº 23		SF 100 ml		
	Garamicina amp	03	Luva Proced	03	SF Normotérmico fr 500ml		
	Glicose amp		Luva nº 8,5 (estéril)	01	SF Gelo fr 500 ml		
	Hidrocortisona amp	03	Luva nº 7 (estéril)		SF Hipertérmico fr 500ml		
	Hisocal	03	Luva nº 7,5 (estéril)	02	Soro Ringer fr 500 ml		
	Kanakion amp	03	Luva nº 8 (estéril)		SG fr 500 ml		
	Keflin fr		Luva nº 8,5 (estéril)		SG fr 100 ml		
	Lasix'amp		Micropore				
01	Metrodinazol amp	02	Oxigênio l/m	01	ORTSESE E PROTESE		
	Naudedron amp		Montubato		(Máscara Cirúrgica)		
	Novabupi 0,5% s/vaso		PVPI Degermante		Interventório		
	Novabupi 0,5% c/vaso		Seringa descartável 1ml (c/ag)				
	Omeprazol	01	Seringa descartável 3ml (c/ag)				
	Plasili amp	01	Seringa descartável 5ml(c/ag)		EQUIPAMENTOS		
	Profonid fr		Seringa descartável 10ml (c/ag)		( ) Oxímetro pulso ( ) Foco Auxiliar		
	Prostigmine amp	01	Seringa descartável 20ml (c/ag)		( ) Serra ( ) Eletrocautério		
	Quelicin		Seringa descartável 60ml (bico curto)		( ) Desfibrilador ( ) Oxicapnográfico		
01	Rocafin fr (Ceftrioxona)		Seringa descartável 60ml (bico longo)		( ) Foco Frontal ( ) Cardiomonitor		
01	Tilitil fr		Sonda Endotraqueal nº		( ) Fonte de Luz ( ) Perfurador Elétrico		
	Transamim amp		Sonda de Foley nº		Tempo de Oxigênio		
	Toradol		Sonda do Foley nº		Circulante Responsável		
	Xilocaina 2% c/caso		Sonda Nasogastrica nº		Simone		
	Xilocaina 2% s/caso		Sonda Uretral nº				
			Tornozinha				
			Urofix				

ANESTESIOLOGISTA: <i>Anestesista Júnior</i> CRM 9736 CPF <i>6211111111111</i> CRM <i>034413.044-46</i>		HOSPITAL <i>SAC</i> DATA <i>06/04/18</i>			
ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR: CRM [ ]		CONVÉNIO: <i>Ribeirão</i>			
PACIENTE: <i>Ismael Wimby de Souza</i>		NÚMERO DA CARTEIRA			
IDADE: <i>23</i> SEXO: MAS <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> ENF. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/>		GUIA DE INTERNAÇÃO:			
IMC: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ ASA <i>E-II-III-IV-V-VI</i>		SENHA:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fistula Tumoral</i>		INÍCIO: <i>14:00</i> TÉRMINO: <i>20:20</i>			
CIRURGÃO: <i>Lip - cir. 1987</i>		HORÁRIO ESPECIAL: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
CÓDIGOS		PROCEDIMENTOS			
1	<i>Tremor na Tum. Rkt. Tumoral</i>				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
HORA:					
AG. <i>04:00</i>	MONITORIZAÇÃO				
INAL.	<input type="checkbox"/> PAM <input checked="" type="checkbox"/> O2/ANI <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> TNM <input type="checkbox"/> Esteto. Esofágico <input type="checkbox"/> Esteto. Precordial <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> AN. Gases				
LÍQUIDOS					
S. Glicosado 5%: <i>200</i>					
S. Fisiológico 0,9%: <i>160</i>					
Ringer Lactato: <i>160</i>					
Cónc. de Hemácias: <i>140</i>					
TOTAL = <i>20</i>					
OXIMETRIA					
CAPNOGRAFIA					
DIURESE	1 <sup>a</sup> HORA =	2 <sup>a</sup> HORA =	3 <sup>a</sup> HORA =	4 <sup>a</sup> HORA =	T =
DROGAS UTILIZADAS					
1 - <i>CEPACAL 100</i>	9 - <i>100 mg</i>	17 -	.	25 -	
2 - <i>Diazepam 10</i>	10 - <i>50 mg</i>	18 -	.	26 -	
3 - <i>Terbutalina 11</i>	11 -	19 -	.	27 -	
4 - <i>Diazepam 12</i>	12 -	20 -	.	28 -	
5 - <i>Diazepam 13</i>	13 -	21 -	.	29 -	
6 - <i>Diazepam 14</i>	14 -	22 -	.	30 -	
7 - <i>Diazepam 15</i>	15 -	23 -	.	31 -	
8 - <i>Diazepam 16</i>	16 -	24 -	.	32 -	
Transferido para: <input checked="" type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> APTO. <input type="checkbox"/> ENF. <input type="checkbox"/>	Técnica/ Observações:				
INDUÇÃO <input type="checkbox"/> Endovenosa	M. LARÍNGEA <input type="checkbox"/> Nº.: _____	BLOQUEIOS: <input checked="" type="checkbox"/> Raquianestesia <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Simples			



GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

1628212

FOLHÀ DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1

fix tiny (E)

Paciente	<u>Israel Wesley</u>	Alojamento		Leito		Convênio
----------	----------------------	------------	--	-------	--	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/09	Diet Líquida	6M	Administrado
	SRL 1500ml em ptzul	4x2x3	Fel vitimica de trauma p/ moto he + slh ch gneira de d7 + escur cur thy
	Durivene 500g + m0 em gelu	pe ot	Urgencia
	Tifat 20g + m0 em mizul.	po	Verga cleirgo
	Omeprazol 40 em jg	pe	Cof.
	Tramadol 100 → + 100 - f se em gelu-ccgo	pe	Intenso p/ tros cump
	Nanzechon 01 FA EV 818L - SNC		após avulsão da dentadura
	Talcu hote m1E.		Ceuf.
	SSW + CCCG	6M	N PM
	Análisis p/ c.r. Ceuf antes de Intervenir		Exames pre op:
	Hallisson Barros de Almeida		Hallisson Barros de Almeida
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Hullisson Barros de Almeida  
SÁCOPEDIA E TRAUMOTOGSIA

Avaliação p/ Cr. Geóf. antes de Interrogatório

Talav kotic m 1 E.  
SS&W + CCCG.

Onverenigd vs EV JY  
Trained 100 → + 100 ← SF ←

96

Intorno p/ me encontro  
afós avaliar da distância  
Geof.

N  
Am

Excuse me, sir.

~~Hultissen Sammlung~~





DIAGNÓSTICO

José Wesley

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7 - 1

Paciente	José Wesley	Alojamento:	7	Leito		Convênio	HUZ
----------	-------------	-------------	---	-------	--	----------	-----

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/02	1. Dieta	SN/2	
	2. SRL 1500ml EV/24h	12:00	
	3. Dipirona 0250mg AD EV/06/06h	12:00	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	06:00	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06:00	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	06:00	
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN	06:00	
	8. Clexane 40mg SC/dia	06:00	
	9. SSN + CCCG	06:00	

Dr. Schubert Cunha  
Dra. Fernanda Cunha  
Dr. Cunha 5523  
Cirurgião Dr. Cunha 5523



04.04.18 - 10hs - 120x80 - Paciente consciente, orientado, com ANP. Com MIE unilateralizado com boca gessada. Apresenta escoriações no corpo. Segue em observação.

04.04.18 - 16:00 paciente segue seu alterego, leito entubado no beco. e medicado.

Vania de Farias Soares  
COREN-PB 452.325-TEC

3  
1  
2  
7

6

R  
S

P

P  
R  
S

J  
D

J

J



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1





Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361493000000027195251>  
Número do documento: 20021119361493000000027195251

Num. 28196756 - Pág. 2



GOV. 'ERNO  
DA MARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

9

May 22 N.Y. 64244



ESTADO  
DA  
PARA  
ÍBA  
LIA

100

+  
354  
—  
3  
2





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



## 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 \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,  
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

ID. 1589.168  
CPF. 854.352.954-91

Em, 06 de 04 de 18  
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: \_\_\_\_\_





Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361493000000027195251>

Número do documento: 20021119361493000000027195251

Num. 28196756 - Pág. 6

## Diagnóstico

*Pronto Atendimento*

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

*04*

Paciente *JULIANA ALENCAR SILVA*

Alojamento *7*

Leito *1*

Convênio

Data *05-02-2020*

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

- |  |       |                           |
|--|-------|---------------------------|
| 1 – Dieta livre                          | 01    | <i>Pronto Atendimento</i> |
| 2 – S.R.L 500 ml I.V. 12 / 12 h.         | 10:00 | <i>Pronto Atendimento</i> |
| 3 – Dipirona 02 ml I.V. 8 / 8 h (lento). | 14:00 | <i>Pronto Atendimento</i> |
| 4 – Litatil 20 mg I.V. 12/12 h.          | 18:00 | <i>Pronto Atendimento</i> |
| 5 – Omeprazol 40 mg I.V. 01 X dia.       |       | <i>Pronto Atendimento</i> |
| 6 – C.C.G.                               |       | <i>Pronto Atendimento</i> |

*Assinatura do Médico*

*Assinatura da Enfermeira*

*Assinatura do Médico*

*Assinatura da Enfermeira*



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361816700000027195252>  
Número do documento: 20021119361816700000027195252

Num. 28196757 - Pág. 2

## Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente JULIANA ALENCAR SILVA

Alojamento

Leito

Convênio

OK

Data 11/02/2020

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

ABD

CR

BCL

1 – Dieta livre

58

66

67 MARC

2 – S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.

58

66

67 MARC

3 – Dipirona 02 ml I.V. 8 / 8 h (lento).

58

22

66

67 MARC

4 – Tilatil 20 mg I.V. 12/12 h.

58

06

67 MARC

5 – Omeprazol 40 mg I.V. 01 X dia.

58

06

67 MARC

6 – C. C. G.

CR

06

67 MARC

7 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

8 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

9 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

10 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

11 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

12 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

13 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

14 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

15 – CURA FÍSSIO

CR

06

67 MARC

ESTADO  
DA  
PARA  
ÍBA  
LIA

100

+  
999  
—  
999  
2





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



## 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 \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,  
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

ID. 1589.168  
CPF. 854.352.954-91

Em, 06 de 04 de 18  
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: \_\_\_\_\_







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

PACIENTE:	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO
DATA DO EXAME:	03/04/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

**METODOLOGIA:**

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

**ANÁLISE:**

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

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.
- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações ao método

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras oca, assim como de hemoretroperitônio.*

  
**DR. ANDRÉ VENTURA**  
Médico Radiologista  
CRM-PB 7282 | CRM-PE 19003





Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361882000000027195253>  
Número do documento: 20021119361882000000027195253

Num. 28196758 - Pág. 2



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

### REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Israel. Merley Nicanor Araujo						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"/>					
DADOS CLÍNICOS:		Politana RAIO X 03/04/18					
MATERIAL A EXAMINAR:		Autônomo Roberto de Paula TÉC. RADIOLÓGIA CRTR 020277 RNEP					
EXAMES SOLICITADOS:		Radiografia torax AP retoe AP TNZ (E) AP e perfil joelho (E) AP e perfil					
URGÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	cotonete (E) AP e perfil			
DATA:	3/4/18			HORA DA SOLICITAÇÃO: Carimbo e Assinatura do Médico			





Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002111936188200000027195253>  
Número do documento: 2002111936188200000027195253

Num. 28196758 - Pág. 4



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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		<i>Israel Marley Alves Araújo</i>						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"/>							
DADOS CLÍNICOS:		<i>Pelotonaria</i>							
MATERIAL A EXAMINAR:									
EXAMES SOLICITADOS:		<i>USG FAST</i>							
URGÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	<i>ULTRASSOM CEFALIA</i> <i>Realizada em 03/02/2020</i>					
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:		<i>Dr. Danelo Carvalho</i> <i>MÉDICO</i> <i>CRM-PB 9969</i> <i>CREMEPE 23634</i>					
03/02/2020				<i>Carimbo e Assinatura do Médico</i>					





Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002111936188200000027195253>  
Número do documento: 2002111936188200000027195253

Num. 28196758 - Pág. 6



**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): ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO (O.A.)  
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000395384 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 04-04-2018 10:43 Origem: ÁREA AMARELA  
Idade: 23 anos Destino: ÁREA AMARELA

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:19 ]

**Resultados**

Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	5,2 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	15,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	47 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	91 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	13.900 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	695
Segmentados.....	79,0	10.981
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	15,0	2.085
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	1,0	139
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	323.000 mm <sup>3</sup>	2.0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup> 140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

**Geraldo R. Fonseca Neto**  
Biomédico  
CRBM 5010



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:19  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002111936188200000027195253  
Número do documento: 2002111936188200000027195253

Num. 28196758 - Pág. 7



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): ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO      Protocolo: 0000395384      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA      Data: 04-04-2018 10:43      Origem: ÁREA AMARELA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 23 anos      Destino: ÁREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21 ]  
Material: sangue  
Método: Duke

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos

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

[DATA DA COLETA: 04/04/2018 11:21 ]  
Material: Sangue  
Método: Lee-White

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

Geraldo R. Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM 5010

Emissão : 04/04/2018 11:14 - Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002111936188200000027195253>  
Número do documento: 2002111936188200000027195253

Num. 28196758 - Pág. 8



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Israel Wesley | Registro: | Leito: 7 | Setor Atual: 1

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 150/72 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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

P脉: () 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 <u>31/41</u>
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica	Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas	Manifestações de sede: ( ).
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: ___/___/___
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ___/___/___
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo:	( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
<b>INTERCORRÊNCIAS</b> <i>Gênero intercorrências</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Olávia Coronata 57464</i> DATA: <u>09/04/2018</u> HORA: <u>8:00</u> h	

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





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

**DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM.**

Paciente:	Israel Wesley			Enfermaria:	7	Leito:	1	Data:	05/04/2018			
DIAGNÓSTICOS				FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO						CARACTERÍSTICAS DEFINidoras		
1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Abdome distendido ( )	Dor à evacuação	Outro ( )				
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ( )	Lesão neurológica ( )	Anorexia ( )	Dor abdominal ( )	Cavidade bucal ferida ( )	Diarréa ( )	Outro ( )				
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Dor abdominal ( )	Mucosas pálidas ( )	Prejuízo neuromuscular ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )				
4	Dor aguda	Dor ( )	Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( )	Outro ( )	Ansiedade ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )	Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )			
5	Hipertermia	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )	Taquicardia ( )	Taquipneia ( )	Outro ( )			
6	Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ( )	Circulação prejudicada ( )	Destruição de camadas da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )	Extremos de idade ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular	Outro ( )			
7	Mobilidade Física prejudicada	Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Rompimento da superfície da pele ( )	Movimentos descontrolados ( )	Ansiedade ( )	Prejuízos músculo esquelético ( )	Desuso ( )	Dispnéia ao esforço ( )			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( )	Dor ( )	Batimento de asa de nariz ( )	Outro ( )	Drenos ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Outro ( )			
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( )	Queimaduras ( )	Vômito ( )	Outro ( )	Outros ( )	Diarréa ( )	Dispnéia ( )	Outro ( )			
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( )	Defesas primárias inadequadas ( )	Procedimentos invasivos ( )	Outro ( )	Mobilidade física prejudicada ( )	Agitação/Desorientação ( )	Medicações ( )				
11	Risco de queda	Extremos da idade ( )	Falta-de privacidade/controle do sono ( )	Extremos da idade ( )	Outro ( )	Exposições ambientais ( )	Medicações ( )	Mudança do padrão normal do sono ( )	Outro ( )			
12	Padrão de sono prejudicado	Ruido ( )	Imobilização física ( )	Ruídos ( )	Outro ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )		Relatos de dificuldade para dormir ( )				
13	Outro	Outro										
14	Outro	Outro										

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) Avaliar distensão abdominal.		
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		
(X) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		
(X) Avaliar alterações de sinais vitais.		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
(X) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
(X) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
(X) Incentivar a ingestão de líquidos.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
(X) Observar reações de desorientação/confusão.		
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
( ) Analisar condições do curativo.		
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
( ) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
( ) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
( ) Manter as grades do leito elevadas.		
( ) Conter o paciente quando necessário.		
( ) Manter ambiente calmo e tranquilo.		
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		
( ) Outros,		( ) Outros
( ) Outros		( ) Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				
NOOME:	José Wesley da Silva			
IDADE:	23			
SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
DATA DE NASCIMENTO:	/ /			
SETOR:	LEITO: 8)			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGURIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>			
DIURESE	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/> DEAMBULA C/APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>			
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>			
SIST. GAS. RONENTEATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:	Jamb. com uso de a mula		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:	J.A.P.		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	Expressão fisiológica	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA		CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:	
<input type="checkbox"/>			CD/FR:	
<input type="checkbox"/>			CD/FR:	
<input type="checkbox"/>			CD/FR:	
<input type="checkbox"/>			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
<input type="checkbox"/>			FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
PREScrição DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		30/02		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.				
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		UM Mês		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		sempre		
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		sempre		

ICR-135







## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

*# Exame feito e jnd*

Toupe reforma de CT. Rx fez xar  
ofissor, FAST sem alterações. Traqueia  
de frangos C.

Dr. Mello fez o jnd das entidades  
de ortopedia

*DR. ANDRÉ DINIZ  
MEDICO CRURGIA  
SPN-PE 6472*

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h.s.

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
( ) Centro cirúrgico		
( ) Internação (setor)	( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia / ( ) Decisão Médica	
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	( ) Óbito	
<i>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i>		





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Israel Wesley da Silva Araújo		
End:	R. Mauá	nº	487
Data de Nascimento:	06-01-95	Documento de Identificação:	
Queixa:	Aid. ch	Data do Atend.:	03-04-18 Hora: 19:50 Documento: _____
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	

Moto.

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

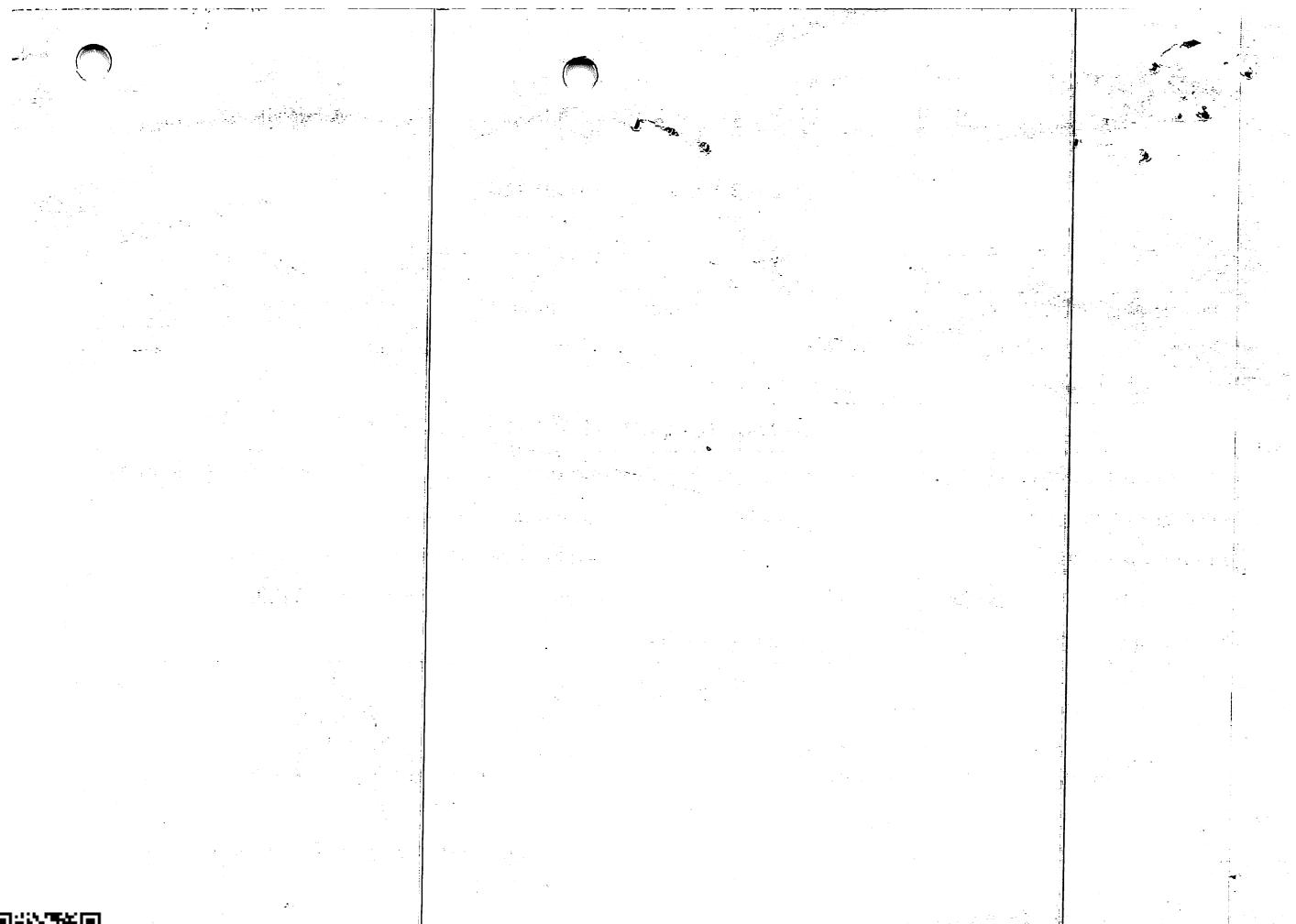
MOD. 110

*PUG*  
 Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

*Valeto/MEIRA*  
 Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Assinatura e carimbo do profissional*





Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119362164100000027195256>  
Número do documento: 20021119362164100000027195256

Num. 28196761 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outra Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA, 48 ANOS

Data do Acidente: 03/04/2018

Cabotage INNAILLES

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO PRIVAT**

Sapori(a), ISRAEL WEELEY DA SILVA ARANHA

**Informamos que o seu pedágio no Sertão DPVAT foi cancelado.**

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares – DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você





## PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA

### VARA ÚNICA DA COMARCA DE POCINHOS

**Processo:** 0800052-97.2020.8.15.0541

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**Assunto:** [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**AUTOR:** ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

**RÉU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### **DESPACHO**

Trata-se de ação de cobrança de seguro DPVAT proposta por **ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO** em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT**, pelo que expõe na inicial.

Comprovou a realização de requerimento administrativo, ID n. 28196762.

Autos conclusos,



Assinado eletronicamente por: Carmen Helen Agra de Brito - 13/02/2020 13:39:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021313390053300000027239057>  
Número do documento: 20021313390053300000027239057

Num. 28243274 - Pág. 1

Posto isso, **DETERMINO:**

**I - DEFIRO** o pedido de gratuidade judicial, com base no artigo 98 e seguintes do CPC;

**II - CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente contestação.**

Em que pese o contido no art. 334, do CPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a parte ré não costuma promover autocomposição.

Portanto, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, **DEIXO DE DESIGNAR A REFERIDA AUDIÊNCIA.**

**Cumpra-se.**

Pocinhos/PB, data e assinatura eletrônicas.

**CARMEN HELEN AGRA DE BRITO**

**Juíza de Direito**

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



Assinado eletronicamente por: Carmen Helen Agra de Brito - 13/02/2020 13:39:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021313390053300000027239057>  
Número do documento: 20021313390053300000027239057

Num. 28243274 - Pág. 2