



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	
ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO (AUTOR)		JULIANA ALENCAR SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28196638	11/02/2020 19:39	Petição Inicial	Petição Inicial
28196648	11/02/2020 19:39	PETIÇÃO INICIAL - ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	Informações Prestadas
28196749	11/02/2020 19:39	PROCURAÇÃO AD JUDICIA	Procuração
28196750	11/02/2020 19:39	DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
28196751	11/02/2020 19:39	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
28196752	11/02/2020 19:39	DECLARAÇÃO SAMU	Documento de Comprovação
28196754	11/02/2020 19:39	PRONTUÁRIO HOSPITAL PRIVADO	Documento de Comprovação
28196755	11/02/2020 19:39	PRONTUÁRIO TRAUMA (1)	Documento de Comprovação
28196756	11/02/2020 19:39	PRONTUÁRIO TRAUMA (2)	Documento de Comprovação
28196757	11/02/2020 19:39	PRONTUÁRIO TRAUMA (3)	Documento de Comprovação
28196758	11/02/2020 19:39	PRONTUÁRIO TRAUMA (4)	Documento de Comprovação
28196759	11/02/2020 19:39	PRONTUÁRIO TRAUMA (5)	Documento de Comprovação
28196760	11/02/2020 19:39	PRONTUÁRIO TRAUMA (6)	Documento de Comprovação
28196761	11/02/2020 19:39	PRONTUÁRIO TRAUMA (7)	Documento de Comprovação
28196762	11/02/2020 19:39	RESPOSTA ADMINISTRATIVA	Documento de Comprovação
28243274	13/02/2020 13:39	Despacho	Despacho

PDF.





**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 Eptácio Pessoa, 155
Centro, Solânea/PB
Cep: 58225-000

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com





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 mesmo 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 discepção, 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 percebimento 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





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 obteve 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 percebimento 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 inocorrência do cerceamento de defesa.**



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

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com





(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 - Desprovemento. - **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





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.



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

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com





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 incontroversa 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



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

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com





nº 11.945/2009), 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):

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



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

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com





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

IV – DOS PEDIDOS

Diante 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.

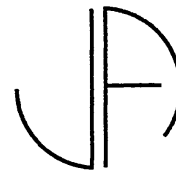
Juliana Alencar Silva
OAB/PB 25.466



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

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com





PROCURAÇÃO AD JUDICIA e ET EXTRA

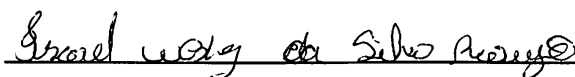
1) OUTORGANTE: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF/MF nº. 108;735.824-89 e portador do RG nº 3.780.485 – SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Cícero Galdino Batista, nº 88, Bairro Jardim Etelvina, CEP: 58.150-000, na cidade de Pocinhos, Paraíba.

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, 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 judicium e ad judicium*, 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 substabelece-lo 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.



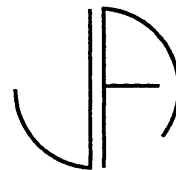
(Outorgante)



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

83 99127-6605
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)



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

83 99127-6605
jualencar.advocacia@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-234



Israel Wesley da Silva Araujo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA 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 CARTORIO POCINHOS-PB

Jogo Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEINP7.116 DE 29/08/83





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





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

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2018

INES ARAUJO DA SILVA
RUA CICERO GALDINO BATISTA, 88 - JARDIM ETELVINA
POCINHOS PB 58150-000

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

DATA DA IMPRESSÃO: 20/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:38:09

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIM(S) MES(ES) ANT. 03/2018		0,73
JUROS DE MORA 03/2018		0,46

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PTS E CONFIN. LFI 12 741/12

VENCIMENTO:

01/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 39,10



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHO"



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

82690000000 9 39100010152 0 04780143301 3 06201870003 9



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:12

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361187300000027195245>

Número do documento: 20021119361187300000027195245



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 FÉ.

Pocinhos, Segunda-feira, 11 de Junho de 2018

ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAÚJO

Declarante

GLEYDSON C. CAVALCANTE

Escrivão





POCINHOS – PB

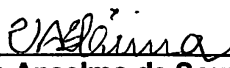
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS
Secretaria Municipal de Saúde
Juventude e Solidariedade



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:



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





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



Solicitação de Cópia de Prontuário

Eu Grand Wany da Silva Araújo, 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
Grand Wany da Silva Araújo referente à
Atuação de Paralelo do dia 06/09/2018.

Campina Grande, 06/09/2018

Solicitante: Grand Wany da Silva Araújo
Telefone: 94232-3939

RECIBO

Recebi do Sistema de Assistência Social e de Saúde – SAS, uma cópia de prontuário do
paciente Grand Wany da Silva Araújo

Campina Grande, 10/10/2018

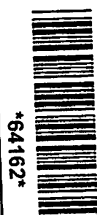
Recebido por: Grand Wany da Silva Araújo
RG: 3.780.458 CPF: 108.735.824-89





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

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



64162

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
34851	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	Mãe: 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.	Sector	Tipo Atendimento			
64162	06/04/2018 17:26	07/04/2018 10:00	121710-RECEPÇÃO EMERGENCIA / ELETIVA - CNV	5-INTERNAÇÃO CIRURGICA			
Médico Atendente	310620-LEONARDO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA			Motivo Atendimento			
				4-INTERNAÇÃO/URGENCIA			
Plano / Convênio	Nº Carteira		Validade	Nº CNS			
0-PARTICULAR/0-PARTICULAR							
Posto	Acomodação		Leito				
POSTO 100	121813 POSTO 100 - APTO 103		APT-103 1				
Guia	Procedimento						
INTERNAÇÃO	99395666 INTERNAÇÃO						

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 de(a) PB, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, 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 complicações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

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

CAMPINA GRANDE, 06 de Abril de 2018

ROSANA FERREIRA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

Ana Carolina Tome de Souza
ANA CAROLINA TOME DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	Israel Wesley
CONVÊNIO:	
Nº PRONTUÁRIO:	
Nº:	DATA:
HORA:	QUARTO/LEITO: 203
QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO
	<p>1) 100ml de Soro Salino</p> <p>2) 500mg de Amox. IV 20h</p> <p>3) 100mg de Diclofenaco IV 6/6h</p> <p>4) 500mg de Soro Salino IV 6/6h</p> <p>5) 100mg de Soro Salino IV 6/6h</p> <p>6) 500mg de Soro Salino IV 6/6h</p> <p>7) 100mg de Soro Salino IV 6/6h</p> <p>8) 500mg de Soro Salino IV 6/6h</p>
	<p>20/30 09/30</p> <p>20/30 09/30</p> <p>20/30 09/30</p> <p>20/30 09/30</p> <p>20/30 09/30</p> <p>20/30 09/30</p> <p>20/30 09/30</p> <p>20/30 09/30</p>
<p>Valdelúcio Cesar de Abreu Junior</p> <p>ASS. E CARIMBO DO MÉDICO</p> <p>CRM 9736</p> <p>CPF: 034.413.044-46</p>	
<p>DESTINO:</p> <p>RECEBIDO POR:</p>	

1ª VIA - PRONTUÁRIO

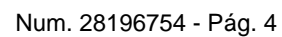
2ª VIA - FARMÁCIA



NOME DO PACIENTE:		Jorge Wally	
QUARTO/LEITO	503	DATA ADMISS.:	
CONVÊNIO		Partic.	
PRONTUÁRIO:			

[illegible]

CONTINUO ()				CONTINUO ()				CONTINUO ()				CONTINUO ()			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS
3UG:				3UG:				3UG:				3UG:			
3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS	3ADO	DATA	HORAS	LTS



- ~~Exat~~ Pontos admitidos para tratamento específico, ss vv Oclusão

Érica C. da Silveira
Téc. em Radiologia
COREN-PA 139733

1 Paciente em PAI Tratamento Cirurgico Fratura Tornozelo, Condição
2 e Orientado, sendo medicado C.p.m. em venoclise, segue em repouso
no leito no cuidados e controles da Enfermagem. repasso
Realizado Raio X anexo no sistema.





LEONARDO CEZAR

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

Isso é Wiscoy e L

L

1) R. Juncos ARD

2.6.70

06/04/18

MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - ACUPUNTURA MÉDICA

Leonardo Cezar
Ortopedia - Cirurgia da Mão
Goleiro e Microcirurgia
CRM 10.000.000.000

leocezzar@hotmail.com

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



(83) 32011918

www.leonardocezarmao.com.br

Clínica Maior - (Nilo Peçanha 636 Prata).

(83) 9 99974277.



 Centro Hospitalar João XXIII <small>Sistema de Assistência Social e de Saúde</small> 				
MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100				
PACIENTE	CONVÊNIO			APTO
Israel Wesley da Silva Araújo	Part.			103
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
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 Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
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				





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Israel Wesley IDADE: _____ LEITO: 103

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: MANHÃ

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: _____ / _____ / _____ TURNO: TARDE

ENFERMEIRO (A): _____ COREN: _____

DATA: 06 / 04 / 18 TURNO: NOITE

pac. em ps operat. Torçozelo esquerdo
em dor + ATB, afébril no momento
carriente, apresenta pequena sangramento
no local, em observação.

ENFERMEIRO (A): Alp COREN: 79071





CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: <u>06 / 04 / 18</u> Hora: <u>18:35</u>	Identificação: Etiqueta do paciente
Procedimento a ser realizado: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardíaca	<u>Israel Wesley da S. Araújo</u>

CHECK-LIST

<input checked="" type="checkbox"/> Prontuário Completo	<u>RX</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>em sistema</u>	<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>Nega</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas	
Técnico de Enfermagem: <u>Andra</u>		COREN: <u>1254589</u>
OBS: _____		





Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



RI: 64362

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL

Paciente: Israel Wesley da Silva Araújo 23 anos
Registro: 34853 Quarto: 103 Leito: 1 Sala: 02 Convênio: Particular
Cirurgião: Dr. Leonardo Anestesia: Dr. Veldelino
Cirurgia: Trat. Cirúrgico Fratura Tornozelo
Instrumentador: Rogério Anestesia: Rogério

Data: 06/04/2018

Início: 19:30

Término: 20:30

QTD	MED. ANESTESICAS	QTD	MATERIAL / SOLUÇÕES	QTD	POMADAS
	Clonidin amp.		Agulha Descartável 25x7		Epítezan
01	Dimof amp 1 mg	02	Agulha Descartável 40x12		Kolagenase
01	Dimof amp 0,2 mg		Agulha Descartável 13x4,5		Nebacetim
01	Dormonid amp		Agulha Peridural n° 17		Xilocaina Geléio
01	Esmeron amp		Agulha Raquí n° 25		
01	Fentanil amp. 2 ml	01	Agulha Raquí n° 27		
01	Fentanil amp. 10 ml	03	Atadura de Crepom n° 103		
	Hypnomidate		Atadura Gessada n°		
01	Ketalar fr/amp.		Bolsa Colostomia		
	Marcalina fr. Pesada		Borracha Silicone		
	Narcan amp		Cateter p/02		
	Nilperidol amp	01	Cateter Peridural		
	Nimblum	000	Clorhexedina Alcoólica	QTD	FIOS
	Propofol amp		Clorhexedina Aquosa	03	Mononytyon 3-0
	Sevorane	100	Clorhexedina Degermante 4% ul		Mononytyon
	Tramal amp	05	Compressa Grande (45x50 -0131)		Calgut cromado
	Tracrium	05	Dreno		Polycot
	Rapifen	05	Eletrodo dose.		Polycot
QTD	MEDICAÇÕES	01	Equipo Macrogotas c/injetor *		Prolene
01	Adrenalina		Equipo Microgotas c/injetor		Prolene
01	Água destilada amp		Equipo 4 vias		Vicril
01	Antak amp		Esparadrapo		Vicril
	Atropina amp		Filtro p/Respirador 100ml		Cromado
	Buscopan amp	06	Gases com 10cm²		Cromado
01	Cefazolina (Kefazol)	01	Gelco n° 20		Simples
01	Decadron amp		Intracath Adulto		Simples
01	Dipirone amp		Lâmina de Bisturi n° 11		Ethibond
	Dramin amp		Lâmina de Bisturi n° 15		Ethibond
	Efedrina amp	02	Lâmina de Bisturi n° 23	QTD	SOROS
	Garamicina amp	03	Luva Procéd. Pres	03	SF 100 ml
	Glicose amp		Luva n° 6,5 (estéril)	01	SF Normotérmico fr 500ml
	Hidro cortisona amp	03	Luva n° 7 (estéril)	01	SF Oxiado fr 500 ml
	Hisocel	03	Luva n° 7,5 (estéril)	02	SF Hipertérmico fr 500ml
	Kanakion amp	03	Luva n° 8 (estéril)		Soro Ringer fr 500 ml
	Keftin fr		Luva n° 8,5 (estéril)		SG fr 500 ml
	Laxil amp		Luva n° 8,5 (estéril)		SG fr 100 ml
	Metrodinazol amp	02	Micropore		
01	Naudedron amp		Oxigênio 1m n° entubado	QTD	ORTESE E PROTESE
	Novabupri 0,5% c/vaso		PVPI Degermante		Uso de co cirurgia
	Novabupri 0,5% s/vaso		Seringa descartável 1ml (c/ag)		Intensificação de
	Omeprazol	01	Seringa descartável 3ml (c/ag)		injeção
	Plasil amp	02	Seringa descartável 5 ml(c/ag)		
	Profonid fr	01	Seringa descartável 10 ml (c/ag)		
	Prostigmine amp		Seringa descartável 20 ml (c/ag)		
	Quelicin		Seringa descartável 60 ml (bico curto)		EQUIPAMENTOS
	Rocofin fr (Ceftriaxona)		Seringa descartável 60 ml (bico longo)		(x) oxímato pulso () Foco Auxiliar
01	Tilatil fr		Sonda Endotraquel n°		() Serra () Eletrocautério
	Transamin amp		Sonda de Foley n°		() Desfibrilador () Oxícapinográfico
	Toradol		Sonda de Foley n°		() Foco Frontal (x) Cardiomonitor
	Xilocaina 2% c/caso		Sonda Nasogástrica n°		() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico
	Xilocaina 2% s/caso		Sonda Uretral n°		Tempo de Oxigênio
			Tornelinha		Circulante Responsável
			Urofix		Simone



Assinado eletronicamente por: JULIANA ALENCAR SILVA - 11/02/2020 19:36:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021119361356900000027195249

Número do documento: 20021119361356900000027195249

ANESTESIOLOGISTA: <u>Valdir Cesar de Abreu Junior</u> CPF: <u>05.944.124.944-1</u> CRM: <u>9736</u> OPF: <u>034.413.044-46</u>		HOSPITAL: <u>SFC XX</u> DATA: <u>06/04/18</u>													
ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR: CPF: <u> </u> CRM: <u> </u>		CONVÊNIO: <u>Particular</u>													
PACIENTE: <u>Israel Mendes do Silveira</u>		NÚMERO DA CARTEIRA: <u> </u>													
IDADE: <u>23</u> SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> ENF <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/>		GUIA DE INTERNAÇÃO: <u> </u>													
IMC: <u> </u> PESO: <u> </u> ALTURA: <u> </u> ASA: <u>(E) I-II-III-IV-V-VI</u>		SENHA: <u> </u>													
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura Torácica</u>		INÍCIO: <u>11:00</u> TÉRMINO: <u>20:20</u>													
CIRURGIÃO: <u> </u> 1º AUX.: <u> </u> 2º AUX.: <u> </u>		HORÁRIO ESPECIAL: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">CÓDIGOS</th> <th style="width:85%;">PROCEDIMENTOS</th> <th style="width:10%;">VIA%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td rowspan="8"><u>Tratamento Cirúrgico Fr. Torácica</u></td><td></td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7</td></tr> <tr><td>8</td></tr> </tbody> </table>			CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS	VIA%	1	<u>Tratamento Cirúrgico Fr. Torácica</u>		2	3	4	5	6	7	8
CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS	VIA%													
1	<u>Tratamento Cirúrgico Fr. Torácica</u>														
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
HORA: <u>07:00</u>		MONITORIZAÇÃO													
AG. INAL. <u> </u>		<input type="checkbox"/> PAM <input checked="" type="checkbox"/> PANI <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%: <u> </u>															
S. Fisiológico 0.9%: <u> </u>															
Ringer Lactato: <u> </u>															
Conc. de Hemácias: <u> </u>															
TOTAL = <u> </u>															
OXIMETRIA <u> </u>															
CAPNOGRAFIA <u> </u>															
DIURESE		1ª HORA = <u> </u>	2ª HORA = <u> </u>	3ª HORA = <u> </u>	4ª HORA = <u> </u>	T = <u> </u>									
DROGAS UTILIZADAS															
1 - <u> </u>	9 - <u> </u>	17 - <u> </u>	25 - <u> </u>												
2 - <u> </u>	10 - <u> </u>	18 - <u> </u>	26 - <u> </u>												
3 - <u> </u>	11 - <u> </u>	19 - <u> </u>	27 - <u> </u>												
4 - <u> </u>	12 - <u> </u>	20 - <u> </u>	28 - <u> </u>												
5 - <u> </u>	13 - <u> </u>	21 - <u> </u>	29 - <u> </u>												
6 - <u> </u>	14 - <u> </u>	22 - <u> </u>	30 - <u> </u>												
7 - <u> </u>	15 - <u> </u>	23 - <u> </u>	31 - <u> </u>												
8 - <u> </u>	16 - <u> </u>	24 - <u> </u>	32 - <u> </u>												
Transferido para: <input checked="" type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> ENF <input type="checkbox"/>															
INDUÇÃO <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> M. LARÍNGEA		BLOQUEIOS: <input checked="" type="checkbox"/> Raqui anestesia <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Simples													
Técnica/ Observações: <u> </u>															





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

fx tny (E)

21282912

Paciente	Israel Wesley	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	---------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica
03/04	Dieta livre	SND				Admissos
	SRL 1800 ml EV P/24L	1 2 3				Fetura de trauma p/
	Dignidade 500mg + mo EV 6/6L	06				mofo he ± dr e quise
	Tilact 20mg + mo EV 12/12L.	08				(E) Vega deijos
	Quercet 400mg EV pg	08				Interno p/ tr comfo
	Treup 100mg + 100ml 5F EV 6/6L-00-06	06				após avalias, da Cadurfo
	Naumetor 01 mg EV 8/8L-5V					Geof.
	Talen 100mg MLE.					NPM
	S8N + CCGC.	06				Exames pré op.
	Avalias p/ cr. Geof antes de Internar					
	HILSON BARTOS de Almeida					HILSON BARTOS de Almeida
	SECRETARIA DE TRAUMATOLOGIA					SECRETARIA DE TRAUMATOLOGIA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
							<p>paciente acordou bem + c/cos.</p> <p>sem dor no IC.</p> <p>Monitorização 01 IC EV 218R - 2N.</p> <p>Uso de 100 mg + 100 mg 75 EV 218R - 2N.</p> <p>ambiente bom EV 218R - 2N.</p> <p>Alimentação + 100 EV 1511R.</p> <p>Diurese 200 mg + 100 EV 218R - 2N.</p> <p>250 mg 218R - 2N 218R - 2N.</p> <p>sem dor</p>	



4

Dr. E. Herbert Cohn
Oncologist, University of Colorado
Oncology Center

04.04.18 - 10h - 120x80 - Paciente consciente, orientado, com AVP. Com MIE imobilizado com tala gessada. Apresenta escoriações no corpo. segue em observação.

04.04.18 16:00 Paciente segue em atestado, feito curativo no braço, e medicação.

Vania de Farias Soares
COREN-PE 452.335-TEC



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

July 14/19

✓

1

Convênio

7

[illegible]

ALCANTARA

503

2



2020

15/04/20

2020

4
5
6
7
8

2



**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 Eliete da Silva Araújo Lima
pessoa responsável pelo doente Ismael Wesley da Silva Araújo
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 18Eliete da Silva Araújo Lima
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: _____





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7



1

Convênio

7

Dr. Carlos Rodrigues da Silva

Dr. Daniel dos Santos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

503
JULIANA ALENCAR SILVA

2



2020

15/04/20

2020

4
5
6
7
8

2



**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 Eliete da Silva Araújo Lima
pessoa responsável pelo doente Israel Wesley da Silva Araújo
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 18Eliete da Silva Araújo Lima
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: _____





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 ocas, assim como de hemoretroperitônio.


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







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Israel Wesley Alves Araújo										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:

Politrauma

RAIO X
REALIZADO
03/04/18

MATERIAL A EXAMINAR:

Audiano Roberto de Paula
TÉC. RADIOLOGIA
CRTR 020277 RAV/PB

EXAMES SOLICITADOS:

Radiografia total AP
vulva AP
TNE AP e perfil
 Joelho AP e perfil

cateter (E) AP e perfil

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 3/4/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Danilo Carvalho
MÉDICO
CRM-PB 9969
CREMEPE 2334








GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		Israel Marleyilton 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:													
Política													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:													
USG FAST													
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		 Dr. Danilo Carvalho MÉDICO CRM-PB 9969 CREMEPE 23634									
DATA: 03/04/18		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=20021119361882000000027195253>

Número do documento: 20021119361882000000027195253



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

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.2 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
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 ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	695
Segmentados.....	79,0	10.981
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	15,0	2.085
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	139
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	323.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.


Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Emissão : 04/04/2018 11:14 - Página 1 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):	ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO	Protocolo:	0000395384	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data:	04-04-2018 10:43	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	23 anos	Destino:	AREA 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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruno Wesley Registro: Leito: 7 Setor Atual: 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 140/70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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; () Taquipnéia () Bradipnéia () 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

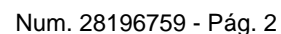
(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



Paciente: Ismael 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 ()	
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro (S)	Outro ()		
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo (S)			
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
		Outros ()				Relato verbal de dor ()			
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()		
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()				
		Drenos ()	Outros ()						
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos (X)	Outro ()						
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()						
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			
13	Outro								
14	Outro								

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

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

Maria José da Silva Freira

Téc. DE ENFERMAGEM

COREN-PA 542.016

FONTE: NIC, 2010. CHAVES, L.D.; SOLAY, C.A.; SAE, 2 ed. 21

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Denise Correa Silva

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>José Luiz da Silva</u>			
IDADE: <u>35 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>08</u> / <u>08</u> / <u>85</u>	às : h
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>8</u>	
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:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (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:	<u>amb. com uso de muletas</u>
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:	<u>AVP.</u>
<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:	
<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:	<u>Excesso fôido de dor</u>
<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:	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
		FR: FATOR RELACIONADO	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>30 80</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO 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).		<u>U 71 100</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>sempre</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>sempre</u>	

MOD 125



EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

Circumference

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1628141

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Data: 03/0/2023
Atendente: Sindja Mayres Gomes Soares

Atendente : Sindjila Mayres Gomes Soares

SILVA ARAUJO

Endereço: MANOEL PORTO

Sexo:M

Telephone: 93136181

Cidade: Pocinhos

Idade:023

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO

RG: 3780458

Nº:487

Responsável: ELIETE DA SILVA ARAUJO LINO

CPF:

Profissão:ESTUDANTE

Estado Civil:Solteiro(a)

Atend:03/04/2018

CINCPACFLT/0106ZJUN78

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X ANIMAL

Hora: 19:59:23

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESA O (identifique o local com o número correspondente ao lado)

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Anúlio | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Inguirimento Venoso |
| 5. Cortecção | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinla |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfiçama subcutâneo | 27. Movimento tórácico paradoxo |
| 10. Enfiçamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otiorrria |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortuso | 32. Paretesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinoçrria |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síndis de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Supercírculo corporal esada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Danilo Carneiro
MÉDICO

MEDIC 9969
CRM-PB 23634
CREMEPE

<http://10.1.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1628141>

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Bernolachs 2. Juni

Tourist reform of E.T. Rx for sex and pleasure, FAST and pleasure. Trauma of financial E.

Dr. W. J. de Graaf was awarded
the diploma

Dr. Carlos André Diniz
Médico Cirurgião
CRM-PE 6472

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

() Centro cirúrgico _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Internação (setor) _____

() Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

()òbito

Doutor Domício

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE





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 - Manoel Porto n.º 487	Bairro:	Pocinhos
Data de Nascimento:	06-01-95	Documento de Identificação:	
Queixa:	Doi - de	Data do Atend.:	03-04-18
		Hora:	19:50
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Mofo.

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

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190089263

Vítima: ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 03/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISRAEL WESLEY DA SILVA ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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 Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 28196762





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,



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]

