



Número: **0846962-41.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA
RÉU	BRDESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16238 202	28/08/2018 16:00	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
16238 501	28/08/2018 16:00	<a href="#">adm leide dayane queiroz bam</a>	Documento de Comprovação
16238 632	28/08/2018 16:00	<a href="#">adm leide dayane queiroz docs</a>	Documento de Comprovação
16238 361	28/08/2018 16:00	<a href="#">adm leide dayane queiroz prot adm</a>	Documento de Comprovação
16828 286	26/09/2018 16:47	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
19831 573	15/03/2019 17:46	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
19936 320	20/03/2019 16:02	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
19936 687	20/03/2019 16:02	<a href="#">Bradesco Seguros</a>	Devolução de Mandado

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

Justiça Gratuita

**LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA**, inscrito no CPF sob o nº 097.156.404-35, brasileiro, do lar, residente e domiciliado na Trav. Frei Joaquim, 134, Mandacaru, CEP: 58027-027, João Pessoa – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

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

**EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE**

em face da **BRDESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

## **PRELIMINARMENTE**

### **Do Benefício da Gratuidade Processual**

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

## **DOS FATOS**

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **27.10.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

**Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).**

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-

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

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

## **DO DIREITO**

### **1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM***

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.

Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“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 à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

## 2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

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

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

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRDESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

**CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que**

qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros.4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

### **3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO**

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

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

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

***“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”***”(destaque nosso).

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.

Independente, pois, 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 a recusa do pagamento da indenização”.**

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

#### **4. DO VALOR**

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

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

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

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

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.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilato mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.



## 5. DA POSTULAÇÃO

**EX POSITIS**, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
  
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
  
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
  
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 01 de agosto de 2018.

***Fabio Carneiro Cunha Lima***

*Advogado – OAB/PB nº. 13.527*

***Ana Raquel de S. e S. Coutinho***

*Advogada – OAB-PB nº. 11.968*

### **Quesitos para a perícia:**

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

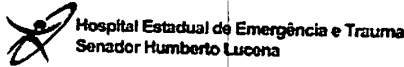
5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.



AV. CRESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1037557



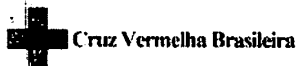
Identificação do paciente			
ID 1224537	Nome LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA		Sexo Feminino
Data de nascimento 29/10/1991	Idade 25 anos 11 meses 27 dias	Estado civil	Religião
Mãe FRANCISCA SOUZA DE QUEIROZ	Pai ELENILDO MARTINS DE OLIVEIRA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LUCILENE BARBOSA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988046829	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RESERVISTA	Número documento 3570778	Nº Cns	
Local de procedência MANDACARU	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58027495	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MONTE CASTELO
Número 236	Complemento	Bairro MANDACARU	
Admissão			
Data e Hora 28/10/2017 00:51:35	Número da pulseira 1000005166441	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>31/10 NS rel FA/a A</i>		<i>Cópia 28/10/17 07:47 M<sup>a</sup> Daiana de S. Gomes Radiologia CRTR 028627</i>	
Diagnóstico			CID
Atendido por EDLEUZA VENTURA DA SILVA			Tempo 56seg

*TE  
28/10*

*Paciente vítima de queda de moto, queixa-se de dor torácica e lesões em MTD. Aguarde exames.*

*Imprimir*

*Joane V. Freire  
Enfermeira  
COREN PB 378.350*



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>LEDE DAYANE QUBROZ DE OLIVEIRA</b>		BAE <b>1037557</b>	Data/Hora Entrada <b>28/10/2017 00:51:35</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>29/10/1991</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>702604724273548</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988046829</b>
Mãe <b>FRANCISCA SOUZA DE QUBROZ</b>				Prontuário <b>105075</b>
Endereço <b>MONTE CASTELO, 236</b>		Bairro <b>MANDACARU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RODRIGO MARMO DA COSTA E SOUZA</b>		Nº Cons. Regional <b>5975/PB</b>
#Hora Classificação <b>28/10/2017 00:51:35</b>			Data/Hora Prescrição <b>04/11/2017 10:26:17</b>	
Plano SUS		Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 14 DIAS, ENCAMINHADA DO HTOP PARA REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA EM VIRTUDE DE CEFALIA E SAÍDA DE SECREÇÃO EM COURO CABELUDO SUTURADO PELA CIRURGIA GERAL.

EXAME: ALERTA, ORIENTADA, EUFÁSICA, SEM DÉFICIT MOTOR, PUPILAS ISO, FOTO.

CD: TC DE CRÂNIO

AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL PARA SUTURA

*TC SEM LESÃO INTRACRANIANA*

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

*COLAUA DA NR*

### CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

*Dr. Rodrigo Marmo da Costa e Souza*

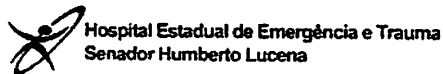
### Conduta

Em observação

*Dr. Rodrigo Marmo da Costa e Souza*  
 NEUROCIRURGIA  
 CF 113975

RODRIGO MARMO DA COSTA E SOUZA  
 (5975/PB)

LEDE DAYANE QUBROZ DE OLIVEIRA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>LEIDE DAYANE QUEBROZ DE OLIVEIRA</b>		BAE <b>1037557</b>	Data/Hora Entrada <b>28/10/2017 00:51:35</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>29/10/1991</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 988046829</b>
Mãe <b>FRANCISCA SOUZA DE QUEIROZ</b>				Frontuário
Endereço <b>MONTE CASTELO, 236</b>		Bairro <b>MANDACARU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TIBIRICA MEDEROS BARBOSA</b>	Nº Cons. Regional <b>7296/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>28/10/2017 00:51:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>28/10/2017 07:12:30</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matricula			Senha

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA, COM QUADRO DE DOR EM COXA DIREITA E COTOVELO DIREITO  
RX COM PRESENÇA DE FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO E PRESENÇA DE FRATURA DE CABEÇA DO  
RADIO SEM DESVIO  
CD: TC DE COTOVELO DIREITO ( COM RECONSTRUÇÃO 3D )  
APOS ALTA DA CIRURGIA GERAL, ENCAMINHAR AO BLOCO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELETICA

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO 3D)

### Conduta

Em observação

Dr. Tibirica Medeiros  
28/10/2017

TIBIRICA MEDEROS BARBOSA  
(7296/PB)

LEIDE DAYANE QUEBROZ DE OLIVEIRA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA</b>	BAE 1037557	Data/Hora Entrada 28/10/2017 00:51:35	Data Baixa
Data de nascimento 29/10/1991	Idade 25	Sexo Feminino	CNS
Mãe <b>FRANCISCA SOUZA DE QUEIROZ</b>	Prontuário		Telefone de Contato (83) 988046829
Endereço <b>MONTE CASTELO, 236</b>	Bairro <b>MANDACARU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DO NASCIMENTO ANDRADE</b>	Nº Cons. Regional <b>6357/PB</b>
Data/Hora Classificação 28/10/2017 00:51:35	Data/Hora Prescrição 28/10/2017 01:45:17		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, TRAZIDA PELO SAMU, ALCOOLIZADA, SEM USO DE CAPACETE.

NÃO SABE INFORMAR SE PERDEU A CONSCIÊNCIA OU VOMITOU.

QUEIXA-SE DE DOR INTENSA EM COXA D, E COTOVELO D.

AO EXAME:

PACIENTE COM FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL.

DEFORMIDADE EM COXA DIREITA( ROTAÇÃO EXTERNA)

GLASGOW 15, PUPILAS ISOFOTORREAGENTES

AR : MV + EM AHT , SEM RRA

ABD: FLÁCIDO , INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA.

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

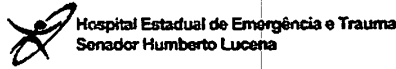
TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1037557</b>	Data/Hora Entrada <b>28/10/2017 00:51:35</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>29/10/1991</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>FRANCISCA SOUZA DE QUEIROZ</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988046829</b>
Endereço <b>MONTE CASTELO, 236</b>	Bairro <b>MANDACARU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDERSON MAIKON DE SOUZA SANTOS</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>28/10/2017 00:51:35</b>	Data/Hora Prescrição <b>28/10/2017 05:24:18</b>		Nº Cons. Regional <b>5644/PB</b>
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, HÁ +- 5H. NEGA VÔMITO, NAO SABE INFORMAR QUANTO A DESMAIO. NO MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICA, NORMOCORADA. AO EXAME FÍSICO, FCC EM REGIÃO FRONTAL E SUPERCÍLIO DIREITO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO E MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS. SEM SINAIS CLÍNICOS E TOMOGRÁFICOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.  
CD: 1. SUTURA 2. ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÃO PARA CASA 3. AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES *4. Alta da B.U.F.*

### CID10

Código	Descrição
S01.8	Ferimento na cabeça, de outras localizações

### Conduta

Em observação

*Dr. Anderson M. Santos*  
Cirurgião Buco Maxilo Facial  
Residente CR 5644

ANDERSON MAIKON DE SOUZA SANTOS  
(5644/PB)

LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA



**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SI/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO


ULTRASSONOGRRAFIA - FAST

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

  
BRUNO DO NASCIMENTO ANDRADE  
Médico (R. 10635/PB)

LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA

\* Cin. Geral 8h.


\* Exe clinicamente estável.

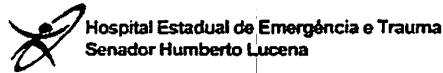
FRD - SI dor e polifosia.

SG FAST - SI alteração.

Rx de tórax - SI alteração.

sg: ① Alto de Geral.

Victor L. F. Cunha  
Téc. Residente Cirurgia Geral  
R. 10635 - PB 11045  




HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA</b>		BAE <b>1037557</b>	Data/Hora Entrada <b>28/10/2017 00:51:35</b>	Data Babça
Data de nascimento <b>29/10/1991</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 988046829</b>
Mãe <b>FRANCISCA SOUZA DE QUEIROZ</b>				Prontuário
Endereço <b>MONTE CASTELO, 236</b>		Bairro <b>MANDACARU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6018/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>28/10/2017 00:51:35</b>			Data/Hora Prescrição <b>28/10/2017 06:23:51</b>	
Nº Matricula		Senha		

**Anamnese**

acidente motociclistico sem capacete com trauma do segmento cefalico; refere dor no msd e mid.  
 ao exame: glasgow 15, asia-e, fcc suturado na face (região frontal), eupneica, hemodinamicamente estavel  
 tc de crânio: n.d.n.  
 cd: observação

**CID10**

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

**Conduta**

em observação *liberado para o curativo ortopédico*

*Dr. Mauro Guerra*  
 MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA  
 (CRM-PB 6018)

LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA

*28-10-17  
 f 15  
 ASSA-C  
 PC - fratura do fêmur D + MSN  
 cd. Alta de NR*

*Dr. Mauro Guerra*  
 Neurocirurgia  
 CRM-PB 6018



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) paciente em D

2) higiene - antisséptica

Incisão:

3) vertical de corpo

4) marca lateral em linha @

5) desce para plano

Achados:

6) tumor

7) pedículo de tumor

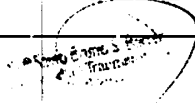
Conduta:

8) estabilização com placa de P

9) fechamento de FO

10) P de P

Fechamento:



Observação:

João Pessoa, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

F(NG).ASCIR.009-1

PROBLEMAS GRAVES

CRM: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

MFA de registros

Nome do paciente: João de Sousa Brito de Sousa  
 Endereço: Rua ... nº ...  
 Data: 25/08/2017  
 Hora: 08:01  
 Hospital: HTP

Indice de risco de cirurgia - ASA (American Society of Anesthesiologists):  
 Grau de contaminação (limpa) (contaminada) (infetada) (potencialmente contaminada)  
 (1) (2) (3) (4) (5)

Tempo cirúrgico - Anestesia: Início - Fim: 08:30 - 11:20

Quantidade	Descrição	Quantidade	Descrição
01	JELCO Nº20	01	JELCO Nº20
01	JELCO Nº22	01	JELCO Nº22
01	JELCO Nº18	01	JELCO Nº18
01	JELCO Nº16	01	JELCO Nº16
01	JELCO Nº14	01	JELCO Nº14
01	JELCO Nº12	01	JELCO Nº12
01	JELCO Nº10	01	JELCO Nº10
01	JELCO Nº8	01	JELCO Nº8
01	JELCO Nº6	01	JELCO Nº6
01	JELCO Nº4	01	JELCO Nº4
01	JELCO Nº2	01	JELCO Nº2
01	JELCO Nº1	01	JELCO Nº1
01	JELCO Nº0	01	JELCO Nº0
01	JELCO Nº-1	01	JELCO Nº-1
01	JELCO Nº-2	01	JELCO Nº-2
01	JELCO Nº-3	01	JELCO Nº-3
01	JELCO Nº-4	01	JELCO Nº-4
01	JELCO Nº-5	01	JELCO Nº-5
01	JELCO Nº-6	01	JELCO Nº-6
01	JELCO Nº-7	01	JELCO Nº-7
01	JELCO Nº-8	01	JELCO Nº-8
01	JELCO Nº-9	01	JELCO Nº-9
01	JELCO Nº-10	01	JELCO Nº-10
01	JELCO Nº-11	01	JELCO Nº-11
01	JELCO Nº-12	01	JELCO Nº-12
01	JELCO Nº-13	01	JELCO Nº-13
01	JELCO Nº-14	01	JELCO Nº-14
01	JELCO Nº-15	01	JELCO Nº-15
01	JELCO Nº-16	01	JELCO Nº-16
01	JELCO Nº-17	01	JELCO Nº-17
01	JELCO Nº-18	01	JELCO Nº-18
01	JELCO Nº-19	01	JELCO Nº-19
01	JELCO Nº-20	01	JELCO Nº-20
01	JELCO Nº-21	01	JELCO Nº-21
01	JELCO Nº-22	01	JELCO Nº-22
01	JELCO Nº-23	01	JELCO Nº-23
01	JELCO Nº-24	01	JELCO Nº-24
01	JELCO Nº-25	01	JELCO Nº-25
01	JELCO Nº-26	01	JELCO Nº-26
01	JELCO Nº-27	01	JELCO Nº-27
01	JELCO Nº-28	01	JELCO Nº-28
01	JELCO Nº-29	01	JELCO Nº-29
01	JELCO Nº-30	01	JELCO Nº-30
01	JELCO Nº-31	01	JELCO Nº-31
01	JELCO Nº-32	01	JELCO Nº-32
01	JELCO Nº-33	01	JELCO Nº-33
01	JELCO Nº-34	01	JELCO Nº-34
01	JELCO Nº-35	01	JELCO Nº-35
01	JELCO Nº-36	01	JELCO Nº-36
01	JELCO Nº-37	01	JELCO Nº-37
01	JELCO Nº-38	01	JELCO Nº-38
01	JELCO Nº-39	01	JELCO Nº-39
01	JELCO Nº-40	01	JELCO Nº-40
01	JELCO Nº-41	01	JELCO Nº-41
01	JELCO Nº-42	01	JELCO Nº-42
01	JELCO Nº-43	01	JELCO Nº-43
01	JELCO Nº-44	01	JELCO Nº-44
01	JELCO Nº-45	01	JELCO Nº-45
01	JELCO Nº-46	01	JELCO Nº-46
01	JELCO Nº-47	01	JELCO Nº-47
01	JELCO Nº-48	01	JELCO Nº-48
01	JELCO Nº-49	01	JELCO Nº-49
01	JELCO Nº-50	01	JELCO Nº-50
01	JELCO Nº-51	01	JELCO Nº-51
01	JELCO Nº-52	01	JELCO Nº-52
01	JELCO Nº-53	01	JELCO Nº-53
01	JELCO Nº-54	01	JELCO Nº-54
01	JELCO Nº-55	01	JELCO Nº-55
01	JELCO Nº-56	01	JELCO Nº-56
01	JELCO Nº-57	01	JELCO Nº-57
01	JELCO Nº-58	01	JELCO Nº-58
01	JELCO Nº-59	01	JELCO Nº-59
01	JELCO Nº-60	01	JELCO Nº-60
01	JELCO Nº-61	01	JELCO Nº-61
01	JELCO Nº-62	01	JELCO Nº-62
01	JELCO Nº-63	01	JELCO Nº-63
01	JELCO Nº-64	01	JELCO Nº-64
01	JELCO Nº-65	01	JELCO Nº-65
01	JELCO Nº-66	01	JELCO Nº-66
01	JELCO Nº-67	01	JELCO Nº-67
01	JELCO Nº-68	01	JELCO Nº-68
01	JELCO Nº-69	01	JELCO Nº-69
01	JELCO Nº-70	01	JELCO Nº-70
01	JELCO Nº-71	01	JELCO Nº-71
01	JELCO Nº-72	01	JELCO Nº-72
01	JELCO Nº-73	01	JELCO Nº-73
01	JELCO Nº-74	01	JELCO Nº-74
01	JELCO Nº-75	01	JELCO Nº-75
01	JELCO Nº-76	01	JELCO Nº-76
01	JELCO Nº-77	01	JELCO Nº-77
01	JELCO Nº-78	01	JELCO Nº-78
01	JELCO Nº-79	01	JELCO Nº-79
01	JELCO Nº-80	01	JELCO Nº-80
01	JELCO Nº-81	01	JELCO Nº-81
01	JELCO Nº-82	01	JELCO Nº-82
01	JELCO Nº-83	01	JELCO Nº-83
01	JELCO Nº-84	01	JELCO Nº-84
01	JELCO Nº-85	01	JELCO Nº-85
01	JELCO Nº-86	01	JELCO Nº-86
01	JELCO Nº-87	01	JELCO Nº-87
01	JELCO Nº-88	01	JELCO Nº-88
01	JELCO Nº-89	01	JELCO Nº-89
01	JELCO Nº-90	01	JELCO Nº-90
01	JELCO Nº-91	01	JELCO Nº-91
01	JELCO Nº-92	01	JELCO Nº-92
01	JELCO Nº-93	01	JELCO Nº-93
01	JELCO Nº-94	01	JELCO Nº-94
01	JELCO Nº-95	01	JELCO Nº-95
01	JELCO Nº-96	01	JELCO Nº-96
01	JELCO Nº-97	01	JELCO Nº-97
01	JELCO Nº-98	01	JELCO Nº-98
01	JELCO Nº-99	01	JELCO Nº-99
01	JELCO Nº-100	01	JELCO Nº-100

Equipamentos: ...

Medicações: ...

Outros materiais: ...

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 31/10/17

PRONTUÁRIO: 1037557

PACIENTE: LEITE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA SEXO: F COR: IDADE: 25

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 90 RESPIRAÇÃO Eupneica TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRURGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO Eupneica 96% em AA AP. CIRCULATÓRIO Estável

AP. DIGESTIVO JEJUM ESTADO MENTAL L.O.P.E. DROGAS EM USO VPM

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA M22 + FN ESTADO FÍSICO (ASA) II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura da diáfise da tíbia (D)

CIRURGIA REALIZADA Fractura da diáfise da tíbia da tíbia da tíbia

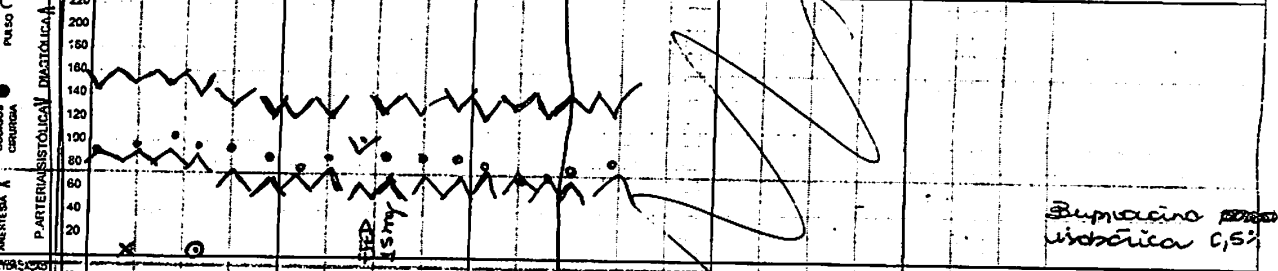
CIRURGIÃO Dr. Carlos + Sôco AUXILIARES (R) Nery

INÍCIO DA ANESTESIA 8:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:20 DURAÇÃO DA ANESTESIA 170 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. 02 VALORES RS Rousane de Lourdes Melo Ferreira do Vale

ANESTESISTA Dr. Rousane + Elissa CPF 690.882.174-91 CRM-PB 4229 Anestesiologista CRM 4229

8:30 9 112 10 12 11 11:20



INDICAÇÕES	RS RS RS RS RS RS RS RS RS RS RS
VALORES	96 100 100 100 100 100 100 100 100 100

ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQ. PLEXO  BLOQ. NERVOS  OUTROS SCALOGOS

Paciente monitorizada, ventilação própria em MSE; paciente sentada, realiza

LÍQUIDOS	VOLUME em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLUCOSE (U)	1	Cefazolin 2g
MCL	2	Dexametasona 10mg
SALV	3	Naumolou 8mg
ROQUE	4	Pentonil 50mg + 50mg
TOTAL	5	Midazolam 2mg + 1mg
DESTINO DO PACIENTE	6	Bupivacaína isotônica 0,5% (18mg)
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7	Mepivacaína 80mg
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8	Clonidina 4,5mg
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS URPA	9	Cetorolaco 100mg
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10	Dipirona 3g

da amputação + anestesia com álcool a 70%. Função mediana única, com omeprazol 20mg, líquido limpo e normotermia. Infundido de Bupivacaína isotônica 0,5% + 80mg Mepivacaína + 4,5mg de Clonidina. Sem incontinência.

Hb inicial → 9,4; KCCO HCF.

Sonda vesical → início: ± 85ml → fim: ± 100ml

ASSINATURA DO ANESTESISTA Rousane de Lourdes Melo Ferreira do Vale F. (ING) ASCIR 026-1 CRM 4229



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: 1037557  
 Paciente: Idéide Dayane Queiroz de Oliveira  
 Procedimento: 1037557  
 SUS:  Não SUS ( )  
 Médico: Tracção esopelética

Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Data: 28, 10, 17  
 Reposição: \_\_\_\_\_

Data: 28, 10, 17  
 Caixa Pronta: \_\_\_\_\_

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Fio de Kambomer 05	01		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSIL

Nome: Leide Dayane Queiroz de Azevedo BEB contínuo

Idade: 25 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 28/10/17

Clinica/Setor: Médica EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Traci trausfracturas ao nível de 8<sup>o</sup> e 9<sup>o</sup>

Cirurgião: Roberto Saeed 1<sup>o</sup> Assistente: \_\_\_\_\_ V1520

2<sup>o</sup> Assistente: \_\_\_\_\_ 3<sup>o</sup> Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Luísa

Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura proximal direita.</u>	
<u>(diáfise).</u>	
<u>Fratura cefala no dia 8<sup>o</sup></u>	
<u>sem desvio.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Traci trausfracturas</u>	
<u>ao nível de 8<sup>o</sup> e 9<sup>o</sup></u>	
<u>traci.</u>	
<u>da genoa direita</u>	
<u>palmar.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Roberto A. Santos  
Orto - Traumatologia  
CRM - 15820

João Pessoa, 28/10/17

F(NG).ASCIR.009-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
	<i>Prone e anestesia g.</i>
Incisão:	<i>pe corpo operatório</i> <i>Instalação de Fração</i>
Achados:	<i>Fratura fechada com fio</i> <i>de Kirschner no 5.</i>
Conduta:	<i>curado.</i> <i>pe de 10 Kgs.</i> <i>Qale jeans de uso</i> <i>pelmar, D.</i>
Fechamento:	
Observação:	<i>Fratura curada no dia D. sem</i> <i>deuio.</i>

Médico/CRM: *[assinatura]* *Dr. Roberto A. Santos*  
*CRM - Traumatologia*  
*CRM PB 1550*

João Pessoa, 28/10/17

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

001

NOME DO PACIENTE: Isabelly Dayane Soares de Oliveira  
 IDADE: 25 BE 7037 5511 ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO: Roberto Soares Z.AUX.: \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA: Sedação  
 ANESTESISTA: Dr. Eduardo  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 DATA: 28/10/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 9:00 FIM: \_\_\_\_\_ : CIRURGIA: INÍCIO: 9:30 FIM: \_\_\_\_\_  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  
 ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
 CLAUDE DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		SORO FISIOL	1	JELCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA				JELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
CLORAMFENICOL	1			JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
DIÓXIDO DE NITRÓGENO				KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	1	PVPI DEOERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
ISÓFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENKERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	5
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	L	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº
MORFINA		AGULHA 40X12	L	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDÍACA
NIÓBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
PARACURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
PROPÓFOL	L	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº5
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUCRAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
TICPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	FIO STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	PRÓTESE VASCULAR
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	KIT. PAM
CETAZOLINA	L	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	FIXADOR EXTERNO
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	EMPRESA
DIPRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS CORTICAIS
GILLOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONIOSO
GILCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS ESPONIOSO
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			PLACA
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONIA DE PVPI			EQUIPAMENTOS
TENOXCAN		ESPARADRAPO			
		GAZES	1	FIO ALGODÃO S/A Nº	( ) ASPIRADOR
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO S/A Nº	( ) BISTURI ELÉTRICO
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	( ) CAPNÓGRAFO
		JELCO Nº14		FIO ALGODÃO C/A Nº	( ) CÁRDIOMONITOR
		JELCO Nº16			( ) DESFIBRILADOR
					( ) FOCO AUXILIAR
					( ) FOCO CENTRAL
					( ) MICROSCOPIO
					( ) OXÍMETRO DE PULSO
					( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
					( ) PERFURADOR ELÉTRICO
					( ) SERRA

CIRCULANTE: \_\_\_\_\_  
 José Inácio da Silva  
 Tc. Enfermagem  
 COREN-BA 1308.021-2



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# FICHA DE ANESTESIA



DATA: 28/10/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Maide Jayane Guimaraes</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>P</u>	IDADE: <u>1037557</u>
---	----------------	---------------	-----------------------

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: <u>104</u>	RESPIRAÇÃO: <u>ampulose</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>	PESO: <u>7</u>	GRUPO SANGUÍNEO
------------------	-------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------	-----------------

ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO
--	---

EXAMES COMPLEMENTARES U.D.M

AP. RESPIRATÓRIO <u>MUCO em DITA 24 RA</u>	AP. CIRCULATÓRIO <u>Normal</u>
--	--------------------------------

AP. DIGESTIVO <u>com jejum</u>	ESTADO MENTAL <u>lúcido</u>	DROGAS EM USO <u>V.P.M</u>
--------------------------------	-----------------------------	----------------------------

PRÉ-ANESTÉSICO	DOSE/HORA <u>-</u>	ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I C</u>
----------------	--------------------	--------------------------------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura fêmur

CIRURGIA REALIZADA Taxo Trazesquelética fêmur D.

CIRURGIÃO <u>D. Roberto</u>	AUXILIARES
-----------------------------	------------

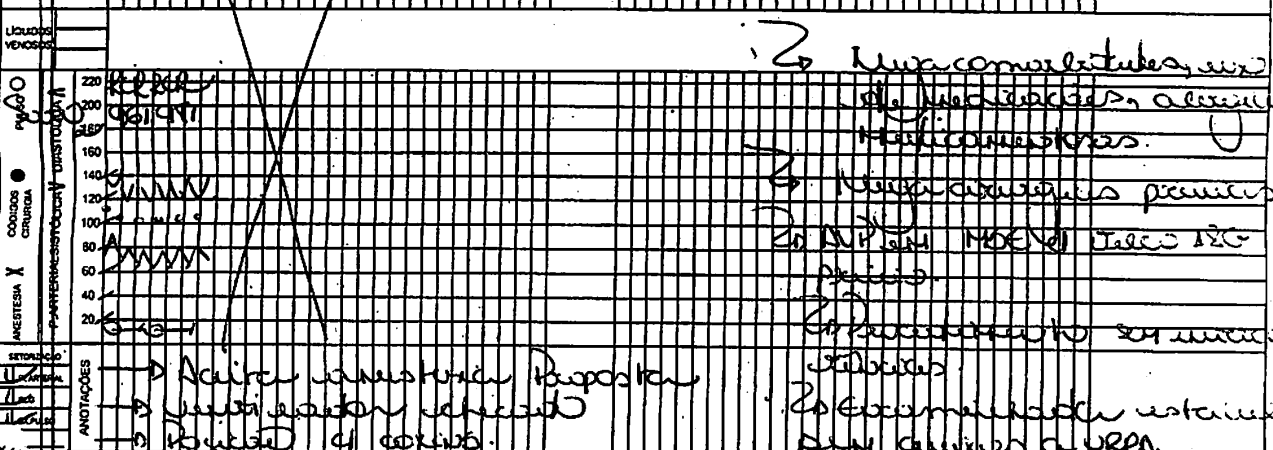
INÍCIO DA ANESTESIA <u>9:00</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>9:30</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>30'</u>
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS
------------------------	---------------	------------

*ANESTÉSISTA <u>Rafaela W. A. Pereira</u>	CRM-PB <u>046.074.774-6</u>
---	-----------------------------

AGENTES HORA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----



ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQ.PLEXO  BLOQ.NERVOS  OUTROS sedação + bloqueio

TÉCNICA Paciente d.H, M.R, Pa O2, sedação em (1)+(2)+(3)+(4) + A. bloqueio

LIQUIDO	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE		(1) Dexorom 2NG	11
INCL	<u>1 x 500 ml</u>	(2) Fentanil 50mcg	12
SANGUE		(3) Ketarol 5 - 10NG	13
RINGER		(4) Propofol 200MG + 100MG	14
TOTAL		(5) Midazolam 40MG	15
DESTINO DO PACIENTE		(6) AD-2	16
<input type="checkbox"/> APPT	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	(7) Alfaprina 2mg	17
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA		18
<input type="checkbox"/> OUTROS			19
			20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

*Dr. Rafaela W. A. Pereira*  
ANESTESISTA  
CRM-PB 046.074.774-6

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (ING) ASCR 026-1

Anes

DATA 10/07/57 PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Leide Dayane Quinoz de Oliveira

Idade: 25 Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Patologia principal: Fract de clavícula de direita

Cirurgia: HOC Anestesia proposta: Raqui + bloqueio regional

Dor no peito, angina? <input type="checkbox"/>	Diabetes? <input type="checkbox"/>	Alergia a drogas? <input type="checkbox"/>
infarto? <input type="checkbox"/> <3M <input type="checkbox"/> 3-6M <input type="checkbox"/> >6M <input type="checkbox"/>	Doença da tireóide? <input type="checkbox"/>	Quadro clínico? <input type="checkbox"/>
Pressão alta? <input type="checkbox"/>	Mudança no hábito miccional? <input type="checkbox"/>	Tratamento? <input type="checkbox"/>
Suor, febre reumática? <input type="checkbox"/>	Modificação no apetite? <input type="checkbox"/>	Alergia a pó, lã, odores, alimentos? <input type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia: <input type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/>	Queimação, azia, H.de hiato, dor? <input type="checkbox"/>	Quadro clínico? <input type="checkbox"/>
sem esforços: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médios <input type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor: _____) <input type="checkbox"/>	Tratamento? <input type="checkbox"/>
Edema de MMII: <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Verão <input type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal? <input type="checkbox"/>	Alergia a derivado de borracha? <input type="checkbox"/>
Diplopia de decúbito <input type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes? <input type="checkbox"/>	Quadro clínico? <input type="checkbox"/>
sem esforços: <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> médios <input type="checkbox"/>	Perda de peso s/dieta? <input type="checkbox"/>	Tratamento? <input type="checkbox"/>
Asma/bronquite: <input type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, malária, Chagas? <input type="checkbox"/>	PARA CRIANÇAS (0 14 anos)
Tosse/catarro? (cor: _____) <input type="checkbox"/>	Anemia? <input type="checkbox"/>	A criança é prematura? <input type="checkbox"/>
Fumante: há _____ anos. Parou há _____	Sangramento? (onde? _____) <input type="checkbox"/>	A criança tem   de desenvolvimento? <input type="checkbox"/>
Dermatites, tonturas? <input type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas? <input type="checkbox"/>	A criança está gripada, c/tosse, febre? <input type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores? <input type="checkbox"/>	Gripe, febre, recente? <input type="checkbox"/>	A criança tem outra doença? <input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia? <input type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (DUM: / ) <input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES FAMILIARES DE:
Dor nas juntas, artrite, colagenose? <input type="checkbox"/>	Tem problema de surdez, visão? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> doença cvasc. <input type="checkbox"/> miopatia
Problema de coluna? <input type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia?
Etilista social <input type="checkbox"/>	Recebeu Transf.sangue? Há <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia?
Alcoolatra: há _____ anos. Parou há _____	Aceita transf.sangue numa emergência? <input checked="" type="checkbox"/>	Qual?

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações: nenhuma

Medicamentos (Dietas): nenhuma

Estimulado em fase de recuperação → curativo em 20/07/57

2 curativos → US + FW

2 curativos → cefalotima

EXAME FÍSICO		Anotar de preferência exames com <01 ano	
Peso: _____	Altura: _____ PA: _____ F: _____	Exames Subsidiários DATA: / /	
Corado/dec. oupan/taquip. cianótico/acianótico. tórax/abdominal		Hb= _____	Ht= _____
Abcdo: _____		Glic= _____	Cr= _____
Dentidm/prótese (in/sup) (móvel/fixa)		Na= _____	K= _____
Dentid: _____		TC= _____	TS= _____
Abertura da boca Normal/		Plaq= _____	
Percepção normal/purto		Coagul. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	TT= _____
Flexão/estensão do pescoço		RX tórax ( / / )	TP= _____
Normal/limitada		ECG ( / / )	TTPA= _____
Malhalçado   2 3 4 distância externo/mento < 12.5 cm > 12.5			

Retornos:  NÃO  SIM Motivos:  Exames complementares  Encaminhado p/Clinica. Qual:

(VIDE VERSO)

ASA: II

MÉDICO: [Assinatura] CRM: 106978

Dr. Eliana Coutinho  
CRM - PE 21.571  
CRM - RJ 10.378

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:  Liberado para cirurgia  
 Reavaliar na internação motivo(s):  
DATA: / /  Reavaliar na SO motivo(s):  
 NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES

MPA drogas/dose

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00335.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00335.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:07 horas do dia 22 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Leide Dayane Queiroz de Oliveira**, CPF nº 097.156.404-35, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Francisca Souza de Queiroz e Elenildo Martins de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/10/1991 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Três Lagoas, Nº 37, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Posto de Polícia do Bela Vista, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98740-6160.

**Dados do(s) Fatos:**

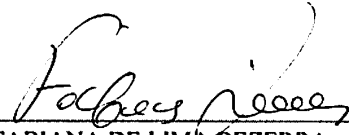
Local: Av. Airton Sena, Perto do Posto de Gasolina, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/17 23:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

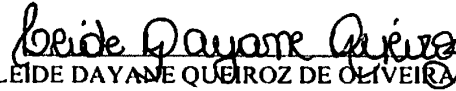
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/CG 160 START, PRETA, 2016/2017, PLACA QFV4636/PB, CHASSI 9C2KC2500HR020549, registrada em nome de JESUS BATISTA DOS SANTOS, e sendo conduzida por JOHN VICTOR DA SILVA SANTOS, quando colidiram na lateral de outra MOTO NÃO IDENTIFICADA que cruzou na sua frente; Que devido ao fato a noticiante veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelo SAMU; Que o condutor da moto não machucou-se no ocorrido; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

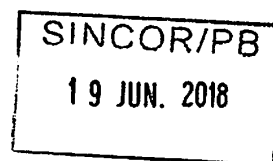
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de fevereiro de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA  
Noticiante  
*de Oliveira*

CONFERIDO COM O ORIGINAL



Procedimento Policial: 00335.01.2018.1.00.420



**SAMU  
192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**SAMU  
192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

**CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB**

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 711/083, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1865391, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA** idade 26 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 27/10/2017, na Av. Airton Sena, Bairro: Mandacaru - João Pessoa - aproximadamente às 23:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Estadístico

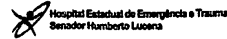
CRE15º Região (10/17)

**SAMU 192 JP**

SINCOR/PB  
19 JUN. 2018

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone: (51) 3218.9242; 3218.9125



### Receituário

Paciente: LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA Idade: 26  
Data: 26/07/2018 15:49:18 Sexo: Feminino CPF: Não Informado BAE: 1097133

#### LAUDO MÉDICO

PACIENTE, 26 ANOS, EVOLUI COM 9º MÊS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA DIREITA, DEAMBULA COM CARGA PARCIAL COM AJUDA DE MULETAS. RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA CONSOLIDADA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

CID: S72.3 T93.1

JOÃO PESSOA, 26/07/2018

  
\_\_\_\_\_  
Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
6902/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

### Receituário

Paciente: LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA Idade: 26  
Data: 26/07/2018 15:49:18 Sexo: Feminino CPF: Não Informado BAE: 1097133

#### LAUDO MÉDICO

PACIENTE, 26 ANOS, EVOLUI COM 9º MÊS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA DIREITA, DEAMBULA COM CARGA PARCIAL COM AJUDA DE MULETAS. RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA CONSOLIDADA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

CID: S72.3 T93.1

JOÃO PESSOA, 26/07/2018

  
\_\_\_\_\_  
Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
6902/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA

DADOS DE NASCIMENTO 29/10/91

NOME DA MÃE FRANCISCA SOUZA DE QUEIROZ

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.037.557

Nº PRONTUÁRIO 105.075

DATA DO ATENDIMENTO 28/10/17

HORA DO ATENDIMENTO 00:51

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR (CABEÇA) DO RÁDIO D +  
FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D

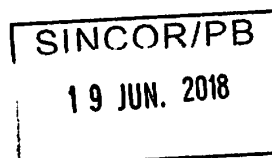
CID 10 S 52.1 + S 72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta dá, trazida pelo SAMU, apresentando dor intensa em coxa D e deformidade + rotação externa e dor cotovelo D, além de ferimento corto-contuso em região frontal. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC da coluna cervical  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
RX da coxa D - AP e P  
RX do cotovelo D - AP e P  
USG do abdome total - FAST



CONFERIDO COM O ORIGINAL

### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior (cabeça) da rádio D + fratura da diáfise do femur D aos RX. Sem alteração às TC's, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Santos no 1º tempo e pelo Dr. Carlos Alberto e Dr. Sávio Bruno no 2º tempo. Tratamento conservador da fratura do rádio pela equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 04/11/17

DATA DA EMISSÃO: 08/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: LEIDE DAYONE QUEIROZ DE OLIVEIRA  
Qualificação: Jurista, do lar  
CPF/MF: 097156404-35 RG: 3570778 SSP/PB  
Endereço: Tau Frii Joazeiro nº 134 Mandacaru  
CEP. 58000000 João Pessoa - PB

**OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA**, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e **ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO**, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

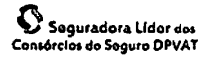
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Leide Dayone Queiroz de Oliveira  
Outorgante



**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**



**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0218022/18  
Vítima: LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA Data do Acidente: 27/10/2017  
CPF: 097.156.404-35 CPF de: Próprio Titular do CPF: LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA

**DOCUMENTOS ENTREGUES**

<p><b>Sinistro</b> Boletim de ocorrência Comprovação de ato declaratório Declaração de Inexistência de IML Documentação médico-hospitalar Documentos de identificação</p> <p><b>LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA : 097.156.404-35</b> Autorização de pagamento Comprovante de residência</p>	
--	--

<p><b>ATENÇÃO:</b></p> <p>- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse <a href="http://www.dpvatseguro.com.br">www.dpvatseguro.com.br</a> ou ligue 0800-0221204.</p> <p>- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.</p> <p>Documentação recebida sem conferência.</p>
--

<p>A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.</p> <p>A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.</p>
---

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/06/2018 Nome: LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA CPF/CNPJ: 097.156.404-35	Data do cadastramento: 19/06/2018 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa CPF: 423.820.764-53
LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA	Sandra Maria Accioly Pedrosa

Anterior	Atual	Consumo	Consumo	Dias
00017	00017	00017	00017	30
12685	081017	13701	138	
<p><b>Atualização</b></p> <p>Consumo em kWh: 00017</p> <p>Adc. B. Armada: 00017</p> <p>Adc. B. Vermeir: 00017</p>				

0810/2017	09/10/2017	08/11/2017	20279850425	911177187
Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista de:	CPI/CNPJ/RAM:	Próxima leitura:
<p><b>0800 083 0196</b></p> <p>Atendimento ao Cliente ENERGISA</p> <p>Endereço: Rua Francisco de Assis, 100 - Jd. Santa Helena, São Paulo - SP, CEP: 05015-000</p>				

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
19 JUN. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 3.570.778 - 2 VIA Expedido em 17/07/2013

NOME: LEIDE DAYANE QUEIROZ DE OLIVEIRA

PLACAO: ELENILDO MARTINS DE OLIVEIRA

NATURALIDADE: FRANCISCA SOUZA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFICAD.: JOAO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1991

NASC. N. 17035 ELS. 178: LTV. A-16

CARTORIO S. JOAO PESSOA-PB

097.456.404-35

ASSINATURA DO DIRETOR

LEM Nº 7.116 DE 29/08/83

827

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

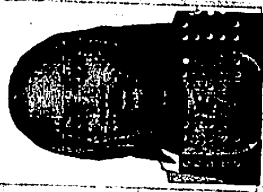
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 2-005

João Cury de Oliveira




CARTeira DE IDENTIDADE



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor) ) formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:  CPF da Vitima: **097156404-35** Nome completo da vitima: **Maide Dayane R. de Oliveira**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: **Maide Dayane R. de Oliveira** CPF titular da conta: **097156404-35** Profissão: **do lar**  
 Endereço: **Trav. Frei Joaquim** Número: **134** Complemento:  
 Bairro: **Maudacaru** Cidade: **João Pessoa** Estado: **Paraíba** CEP: **58027027**  
 Telefone: (DDD) **987606160**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO INFORMAR  SEM RENDA   
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

**SINCOR/PB**  
 ATÉ R\$ 1.000,00 **9 JUN, 2018** R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAU (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos):  
 BANCO:  Agência:  Conta:

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **42871 8**  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

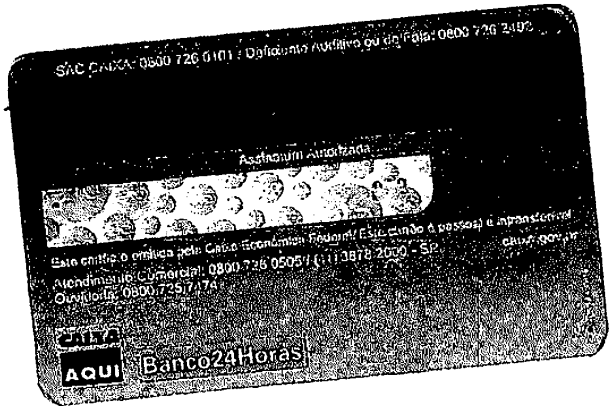
**João Pessoa, 25 de março de 2018**  
 Local e Data

**Maide Dayane R. de Oliveira**  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINCOR/PB  
19 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leide Dayane B. de Oliveira

RG nº 3570778, data de expedição 17/07/13 Órgão SSP/PB.

CPF nº 097156404-35 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Trav. Frei Joaquim</u>
Número	<u>Nº 124</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Maudacum</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58027-027</u>
Telefone de Contato	<u>987406160</u>
E-mail	

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

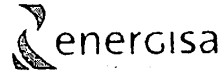
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/03/2018

Assinatura do Declarante

Leide Dayane B. de Oliveira

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento em PDF  
Direção: João Pessoa - PB

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 210 Km 25 Cristo Redentor João Pessoa - PB CEP 58011-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nº 006 111 108

<b>DADOS DO CLIENTE</b>				<b>CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR</b>	
AMELIA FRANCISCA TAVARES TRAV FREI JOAQUIM 124 JOAO PESSOA				5/117718-7	
<b>REFERENCIA</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	
MAI/2018	09/05/2018	216	16/05/2018	R\$ 127,22	

124

Assine: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



AMELIA FRANCISCA TAVARES  
Rotelro: 03-001-030-3100  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/05/2018

<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>MATRÍCULA</b>
16/05/2018	R\$ 127,22	117718-2018-05-6

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
19 JUN. 2018



**Poder Judiciário da Paraíba  
6ª Vara Cível da Capital**

[SEGURO] 0846962-41.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

**Defiro** o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A experiência prática demonstra que nas ações em que se busca o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, como é o caso, tentativas de acordo somente são viabilizadas em momento processual posterior a realização de prova pericial para apuração da debilidade alegada pelo Autor, razão pela qual torna-se infrutífera a designação de sessão para tentativa conciliatória.

Dessa forma, **deixo de agendar audiência de conciliação** nesta fase processual, eis que a presente ação demanda dilação probatória, com requerimento de prova pericial pela parte autora.

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Promovente para, em 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Por fim, **intimem-se** as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias, informarem as provas que pretendem produzir, especificando-as e justificando-as, sob pena de indeferimento.

**Ultimadas as providências anteriores, retornem-me os autos conclusos.**

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

**Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara**

Juíza de Direito



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**6ª Vara Cível da Capital**  
**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**  
**JOÃO PESSOA**

Nº do processo: 0846962-41.2018.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto(s): [SEGURO]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, cite a **BRADESCO SEGUROS S/A**, com endereço no PARQUE SOLON DE LUCENA, no. 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 15 de março de 2019.

De ordem, IZAURA GONCALVES DE LIRA  
Chefe de Cartório

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18082815594425300000015826740

## CERTIDÃO

Certifico, que citei Bradesco Seguros, S/A. na pessoa de Rosimary Soares Costa, conforme ciente exarado, que ficou com a contrafé. Dou fé.

João Pessoa, 20 de março0 de 2019.

Edimilson Pereira Barbosa

**Poder Judiciário da Paraíba  
6ª Vara Cível da Capital**

**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA**

Nº do processo: 0846962-41.2018.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto(s): [SEGURO]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, cite a **BRDESCO SEGUROS S/A**, com endereço no **PARQUE SOLON DE LUCENA**, no. 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 15 de março de 2019.

De ordem, IZAURA GONCALVES DE LIRA  
Chefe de Cartório

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> **NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18082815594425300000015826740**

Assinado eletronicamente por: **IZAURA GONCALVES DE LIRA**  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: **19831573**



**Rosmary Soares Costa**  
Assistente Operacional  
8337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco -80740-009-0714-179620- /  
Bradesco Auto Re Cia de Seguros.