



Número: **0810506-78.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **29/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA (AUTOR)		AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)		

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
15086 827	29/06/2018 15:27	Petição Inicial
15088 206	29/06/2018 15:27	1. Petição Inicial - Luciano Francisco Santos Sousa
15088 227	29/06/2018 15:27	2. Procuração
15088 248	29/06/2018 15:27	3. Declaração de Hipossuficiência
15088 261	29/06/2018 15:27	4. Documentos Pessoais
15088 277	29/06/2018 15:27	5. Comprovante de Residência
15088 311	29/06/2018 15:27	6. Documento do Veículo
15088 335	29/06/2018 15:27	7. Declaração de Proprietário do Veículo
15088 380	29/06/2018 15:27	8. Documento do Acidente
15088 409	29/06/2018 15:27	9. Boletim de Ocorrência
15088 445	29/06/2018 15:27	10. Documentação Seguradora
15088 466	29/06/2018 15:27	11. Atestado Médico
15088 479	29/06/2018 15:27	12. Prontuário Médico-1
15088 508	29/06/2018 15:27	12. Prontuário Médico-2
15088 528	29/06/2018 15:27	12. Prontuário Médico-3
15088 548	29/06/2018 15:27	12. Prontuário Médico-4
15088 573	29/06/2018 15:27	12. Prontuário Médico-5
15088 609	29/06/2018 15:27	12. Prontuário Médico-6
15088 646	29/06/2018 15:27	12. Prontuário Médico-7
15088 675	29/06/2018 15:27	12. Prontuário Médico-8

15088 714	29/06/2018 15:27	<u>12. Prontuário Médico-9</u>	Documento de Comprovação
15088 736	29/06/2018 15:27	<u>12. Prontuário Médico-10</u>	Documento de Comprovação
15223 777	09/07/2018 15:04	<u>Despacho</u>	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 11:38:31, AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 11:35:36, AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 11:35:36, Num. 15086827 Pag. 1
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062915260221600000014716738>

Número do documento: 18062915260221600000014716738



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _ VARA CIVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE- PARAIBA.

LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA, brasileiro, casado, motorista, portador do CPF nº 055.799.474-88, RG nº 307.6606 SSP/PB, o autor não possui endereço eletrônico por motivo de carência, residente e domiciliado na Rua Tucuruí, nº 132, casa “A”, Catingueira, Campina Grande - PB, por intermédio de sua advogada que a esta subscreve, procuração anexa (Doc. 01), com endereço profissional na Rua Antônio de Carvalho Sousa, 450, sala 1105, 11º Andar -Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima, Estação Velha – Campina Grande – Pb, com fulcro na Lei nº 6.194/74, ajuizar a presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua: da Assembleia nº 100, 23º andar, centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP 200.119-04, pelos motivos de fato e direito a seguir expostos:

DA JUSTIÇA GRATUITA

AB INITIO, diante da situação em que se encontra o promovente, requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso à Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590





MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

O promovente declara que não possui condições momentâneas de suportar com as despesas processuais decorrentes desta demanda, sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família. Portanto, pleiteia a concessão do benefício da Gratuidade de Justiça, nos termos do art. 98 do Código de Processo Civil, e do art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, com a dispensa do pagamento de quaisquer custas processuais e/ou depósito, anexando o Atestado de Pobreza.

Assim, procura-se evitar que alguém tenha frustrada a busca ou a defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios econômicos. Em resumo, a prestação de assistência judiciária visa a assegurar duas garantias fundamentais: a igualdade de todos e o acesso a Justiça.

DOS FATOS

Em, **05/02/2018**, o autor foi vítima de acidente de trânsito, sendo socorrido para o Hospital Municipal de Andaraí/BA e em seguida foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes no dia **08/02/2018**, apresentando fratura do maxilar e fratura do um dos dedos da mão direita, conforme se faz prova com a boletim de ocorrência policial de Nº **00128.01.2018.2.00.420** e prontuário médico, em anexo.

O requerente foi submetido a intervenção em MEMBRO LESIONADO, cujo acidente compromete as funções do membro em comento, dentre outras complicações físicas, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO, em anexo.

Devido ao fato do sinistro em tela, decorrer de acidente de transito requereu administrativamente, seguro – DPVAT, diante de tal fato, seria devido que o pagamento do seguro pela seguradora conforme previsto na Lei nº 6.194/74, o que foi negado administrativamente pelo seguinte motivo: **“Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro nº 3180235121), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em 05/02/2018. Por esse motivo o seu pedido de indenização foi negado”**.

A graduação da invalidez, não foi quantificada pela requerida, sendo que, inexiste no processo administrativo qualquer dado que informa ao beneficiário quais os critérios médicos, científicos que justifique a forma clara como a seguradora chegou a decisão de que o autor não sofreu sequelas devido ao acidente em comento.

Devido à injusta negativa, não resta alternativa a não ser socorrer-se pela via judicial.

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590





MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

DO DIREITO:

Nos termos do art. 3º da lei nº 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar:

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:

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

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

A Lei n. 8.841, de 13 de julho de 1992, estabelece disciplina e regulamentou o seguro DPVAT, em nosso país, preceitua dentre vários critérios que após a entrega dos documentos da vítima e do beneficiário a seguradora terá 15 (quinze) dias para pagar o seguro aos que dela fazem "jus".

Conforme documentação probatória, o conexão de causalidade entre o fato ocorrido (acidente) e o dano dele decorrente são inequívocos, fazendo jus o Autor ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do Art. 5º da Lei nº 6.194/74:

"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.

Assim, tem-se evidenciado:

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590





MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

- A) Prova do acidente, conforme boletim de ocorrência nº **0041.01.2018.200.420**;
- B) Prova do dano decorrente da quebra de seus dentes, bem como fratura coronária e severa perda óssea vestibular, tendo a necessidade de procedimento cirúrgico. Razão pela qual se faz necessário a designação de perícia, por médico especialista, por este juízo;
- C) Prova de despesas médicas;
- D) Prova do esgotamento pela via administrativa conforme anexo.

Portanto, é dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo **art. 373 do CPC, que diz que o réu incumbe o ônus da prova, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.**

No caso em tela tem-se um ato ilícito pelo descumprimento de obrigação contratual por parte do Réu, o que se enquadra no Código Civil nos seguintes termos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Ou seja, pela omissão voluntária do réu, que reflete diretamente num prejuízo ao Autor tem-se configurado ato ilícito.

Infere-se no dispositivo legal infra citado que a indenização será devida mediante a “SIMPLES” ocorrência do acidente e do “DANO” por ele provocado.

A Lei N.8.441/92, que alterou alguns dispositivos da norma anterior, foi ainda mais genérica e no Art.7º, afirma:

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

Portanto, trata-se de necessária indenização proporcional ao dano sofrido pelo Autor, conforme decisões sobre o tema:

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590





MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA.BOLTERIM DE OCORRÊNCIA REVELA A DINÂMICA DO ACIDENTE. Carro desgovernado que o braço do Autor. Acidente coberto pelo seguro obrigatório. Sentença confirmada. Recurso desprovido. (TJ-SP 10172507820168260451 SP 101725078.2016.8.26.04151, Relator: Pedro Baccarat, 36ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 04/05/2018)

DO VALOR DEVIDO SEGUNDO DETERMINAÇÃO LEGAL:

A Lei nº. 6.194/74, que disciplina e rege o seguro obrigatório DPVAT, determina o pagamento da indenização às vítimas de acidente de trânsito, em casos de invalidez permanente total ou parcial, e por despesas de assistência médica ou suplementares, conforme dispõe o art. 3º alínea b, determina que os danos pessoais cobertos pelo seguro 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 abaixo se seguem, por pessoa vitimada:

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

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

Além do mais, na Lei 11.945 de 2009, que alterou a Lei do DPVAT de nº 6.194/74, trouxe consigo uma tabela onde delimita já o percentual a ser pago, independente de percentual pericial, exigindo apenas a comprovação da lesão sofrida por profissional competente, tanto o é, que a Unidade de Medicina Legal não mais delimita tal percentual nos seus laudos, tomando como parâmetro a referida Lei.

Notadamente, a indenização coberta pelo Seguro DPVAT tem como fato gerador os danos pessoais advindos de acidente de trânsito ou daquele decorrente da carga transportada por veículo automotor terrestre, não ostentando, portanto, vinculação exclusiva com a incapacidade laborativa, a qual encontra sua reparação no âmbito

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590





MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

previdenciário. Recentemente, o SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, através da publicação do Recurso Especial 876.102 DF, PUBLICADO EM 01/02/2012, tem entendido:

RESPONSABILIDADE CIVIL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO DPVAT. LEI 6.194/74. INCAPACIDADE PERMANENTE. CONCEITO E EXTENSÃO. DEFORMIDADE FÍSICA PERMANENTE LIMITADORA DA PRÁTICA DE ATIVIDADES COSTUMEIRAS.

1. O Seguro DPVAT tem a finalidade de amparar as vítimas de acidentes causados por veículos automotores terrestres ou pela carga transportada, ostentando a natureza de seguro de danos pessoais, cujo escopo é eminentemente social, porquanto transfere para o segurador os efeitos econômicos do risco da responsabilidade civil do proprietário em reparar danos a vítimas de trânsito, independentemente da existência de culpa no sinistro.
2. Em interpretação sistemática da legislação securitária (Lei 6.194/74), a "incapacidade permanente" é a deformidade física decorrente de lesões corporais graves, que não desaparecem nem se modificam para melhor com as medidas terapêuticas comuns, habituais e aceitas pela ciência da época.
3. A "incapacidade" pressupõe qualquer atividade desempenhada pela vítima - a prática de atos do cotidiano, o trabalho ou o esporte, indistintamente - e, por óbvio, implica mudança compulsória e indesejada de vida do indivíduo, ocasionando-lhe dissabor, dor e sofrimento.
4. No caso em exame, a sentença, com ampla cognição fático-probatória, consignou a deformidade física parcial e permanente do recorrente em virtude do acidente de trânsito, encontrando-se satisfeitos os requisitos exigidos pelo art. 5º da Lei 6.194/74 para configuração da obrigação de indenizar.
5. Recurso especial provido para reconhecer o direito do recorrente à indenização, restabelecendo a sentença inclusive quanto aos ônus sucumbenciais.

(REsp 876102/DF, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 22/11/2011, DJe 01/02/2012)

Destarte, em interpretação sistemática da legislação securitária de danos pessoais, a "incapacidade permanente" é a deformidade ou debilidade física decorrente de lesões corporais graves, que não desaparecem nem se modificam para melhor com as medidas terapêuticas comuns, habituais e aceitas pela ciência da época. É o que se infere das definições encontradas em consultas realizadas nos seguintes sítios oficiais:

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590





MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

- a) da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP: "perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão decorrente de acidente pessoal" (www.susep.gov.br);
- b) do Seguro DPVAT: "a perda ou redução, em caráter definitivo, das funções de um membro ou órgão, em decorrência de acidente provocado por veículo automotor" (www.dpvatseguro.com.br).

"Ação de Cobrança - Preliminar - Carência de Ação - Rejeitada - Preliminar - Indeferimento da Inicial - Rejeitada - DPVAT - Invalidez Permanente - Comprovação - Indenização - Devida - Litigância De Má-Fé - Condenação Indevida - Honorários Advocatícios - Valor - Manutenção - Reforma Parcial Da R. Sentença. A cobrança judicial da indenização do seguro DPVAT não depende do prévio esgotamento da via administrativa pelo beneficiário, já que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XXXV dispõe que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito. Devido o pagamento do seguro obrigatório garantido pela Lei n. 6.194/74, já que restou provado que a debilidade permanente do membro superior direito da parte apelada foi causada por acidente com veículo automotor terrestre. Inteligência do artigo 5º da Lei n. 6.194/74. Uma lesão permanente na vítima não pode ser quantificada de forma matemática, como se cada parte do corpo tivesse um determinado percentual de utilidade. Tal assertiva se mostra até mesmo imoral, porque afronta o fim social da imposição do seguro. Conforme já esposado, o corpo humano é como se fosse uma máquina na qual cada peça desempenhasse um papel vital e fundamental. Se uma destas peças se perde, o desempenho do corpo como um todo, resta fatalmente prejudicado. Daí porque não há como se quantificar a extensão da invalidez no caso de indenização devida em função do seguro obrigatório DPVAT. (...)" (Grifos nossos)

Ação de Cobrança - Seguro Obrigatório - DPVAT - Invalidez Permanente - Comprovação - Valor da Indenização - Patamar Máximo - 40 Salários Mínimos - Previsão na Lei 6.194/74. Em se tratando de pedido relativo a seguro obrigatório, tendo a lesão sofrida em função de acidente automobilístico causado debilidade permanente, a indenização dever ser arbitrada no grau máximo disposto na legislação. O Conselho Nacional de Seguros Privados não detém competência para estabelecer o quantum indenizável, sendo certo que

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 11:40:15, AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062915260453900000014718057>

Núm.: 130882006 Pág. 7

Número do documento: 18062915260453900000014718057



MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

as portarias ou resoluções por ele editadas não podem alterar ou prevalecer sobre a lei federal que rege a matéria". (Grifos nossos)

Resta provado que a demandada deve pagar ao promovente a importância acima declinada, cujo valor deve ser devidamente corrigido monetariamente e acrescido de juros, desde a data do evento danoso, tomando-se como base a SÚMULA 54 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, in verbis:

"Os juros moratórios fluem a partir do evento danoso em casos de responsabilidade extra contratual".

O direito do promovente é LIQUIDO E CERTO, basta uma simples interpretação macroscópica para se vislumbrar com a concretividade do caso em tela.

Apesar do art. 7º da Lei nº 6.194/74 exigir a identificação entre seguro e seguradora como requisito para pagamento de indenização, o STJ, por outro lado, na Súmula 257 firmou o seguinte entendimento:

"Falta de pagamento do Prêmio do Seguro Obrigatório – Recusa do Pagamento da Indenização. A falta do pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículo Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização".

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

DO PEDIDO

Pelo exposto requer:

- 1) O deferimento dos benefícios da **Justiça Gratuita**, nos termos do art. 98 e seguintes do CPC/2015;

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590





MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

- 2) Com fulcro no art. 319, VII, do NCPC, dispensar a designação de audiência de conciliação;
- 3) A citação do requerido por meio postal, nos termos do art. 246, inciso I, do CPC/2015;
- 4) A condenação da Ré no valor de **R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)** como indenização pela **INVALIDEZ PERMANENTE** ou o valor correspondente ao nível de lesão constatado em Laudo Pericial Oficial, sendo os valores devidamente corrigidos, bem como honorários advocatícios e as custas processuais, nos termos da legislação vigente.
- 5) A produção de **PROVA PERICIAL** a ser realizada por médico perito, tendo os seguintes quesitos para serem respondidos pelo perito:
 - a) Qual o tipo de lesão sofrida pelo Autor em decorrência do acidente mencionado na Petição Inicial?
 - b) As lesões sofridas são compatíveis com os fatos narrados na inicial?
 - c) Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporária ou permanente e o percentual)?
 - d) Resultou debilidade permanente de membro? Resultou deformidade permanente?
- 6) A produção de todos os meios de prova admitidos em direito e necessários à solução de controvérsia, inclusive a juntada de todos os documentos anexos;
- 7) Intime-se a Seguradora Líder para a juntada de todos os documentos do processo administrativo, **inclusive LAUDO PERICIAL realizado por peritos da própria seguradora na via administrativa.**

Dá-se a causa o valor de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), para efeitos meramente fiscais.

Termos em que pede e espera deferimento.

Campina Grande, 28 de junho de 2018.

AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
Advogada – OAB/PB nº 24.386

Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima
Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Sousa, 450, 11º andar, Sala 1105, Estação Velha
CEP:58.410-050 Campina Grande-PB
Telefone: (83) 3322-7590



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 11:40:15, AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062915260453900000014718057>
Número do documento: 18062915260453900000014718057

Nº: 13088206 Pág. 9

Outorgante

~~Alucinante e Sinteticos~~

Campina Grande-PB, 9 de abril de 2018.

PODERES: Para o fóro em geral, com o fim especial de interpretar Agáio perante a JUSTIÇA, podendo praticar todos os atos judiciais imerentes ao bom cumprimento desse mandado, inclusive, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, impetrar recurso e subsabellar, com ou sem reserva de poderes, até final decisão.

OUTORGADO: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO, BRASILIERA,
SOLTEIRA, CPF 094.614.824-42, ADVOGADA OAB/PB 24.386,
COM ENDERECO PROFISSIONAL, LOCALIZADO NA RUA
JOSE AMANCIO BARBOSA, 77, SALA 102, SAO JOSE, CAMPINA
GRANDE - PB, E-MAIL: amandamontenegro@gmail.com.

OUTORGANTE: Décimo quinto Juiz de Juiz de
Justiça, Marcelo Ribeiro, RG: 303.6606, CPF:
055.474-887 Matriu, PB, Localizada na
rua da Maternidade, nº 132 Centro, PB.

PROCURACAO



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Jucíno Francisco Souto, Brasileiro,
casado, Motorista, RG: 307.6606, CPF: 055.799-
474-88, Rua Tucuruvi, nº 132 Casa A,
Latinóquera, Campina Grande / PB.

declaro para os devidos fins de direito que não possuo condições de arcar com as custas processuais e despesas judiciais sem causar prejuízos ao meu próprio sustento e de minha família, haja vista ser pobre na forma dos artigos 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Campina Grande - PB, 11 de janeiro de 2018_____.

X Jucíno Souto Souto

DECLARANTE





Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:30
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911271486200000014718109
Número do documento: 18062911271486200000014718109

Num. 15088261 - Pág. 1

JOSE ADRIANO SANTOS
RUA TUCURUI, 132 / CASA A - CATINGUEIRA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100500 (AG: 401)
Emissão: 23/01/2018 Referência Jan / 2018
Classe/Suporte: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL, Bloco/Residencial/Bairro: Centro
Roteiro: 13 - 401 - 733 - 4850
IP medidor: 00000003345

ENERGISA BORGESMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Presidente Vargas, Centro - Centro Grande / PB - CEP 58420-700
CNPJ: 05.108.596/0001-65 Ins. Est: 16.003.026-1
Nota Fiscal/Comprovante de Energia Elétrica N°000164778
Cód. para Gás Automóvel: 00002529428

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da
Jan / 2018 22/01/2018 próxima leitura
CPF/ CNPJ/ RANI
Insc. Est:

2139915437
Insc. Est:

4/252942-8

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Compartilhe sua energia conosco, também, nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/brennergisa e no Twitter (@brennergisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre à disposição!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura	
Demonstrativo				
CGI	Descrição	Quantidade Total (L) Valor Base Calc. Alm. Ioma(R\$) Base Calc. Pto(R\$) Cálculo(R\$)		
		Totais Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS		
0601	Consumo em kWh	75.000 0.507530 46,56 45,56 25 11,88 46,56 0,39 1,78		
0601	Adic. B. Vermelha	0,80 0,96 25 0,24 0,38 0,01 0,00		
0607	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	8,89 0,00 2 0,00 0,00 0,00 0,00		
0607	CONTRIBUIC. PÚBLICA	0,18 0,02 2 0,00 0,00 0,00 0,00		
0604	EUROS MEMORIA 12/2017	0,02 0,07 0 0,01 0,01 0,00 0,00		
0606	MULTA 12/2017			

CCO: Código de Classificação do item TOTAL 62,30 48,54 11,88 40,54 0,39 1,78
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 29/01/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 53,30

63 Histórico de Consumo (kWh)

53	1	05	1	44	1	70	1	81	1	59	1	68	1	75	1	86	1	81	1	54		
Jan/17		Fev/17		Mar/17		Abri/17		Maio/17		Jun/17		Jul/17		Ago/17		Sep/17		Out/17		Nov/17		Dez/17

RESERVADO AO FISCO
4c82.e437.bc86.7001.Oda0.6aa7.4b92.1af3.

Indicadores de Qualidade			Consumo de Consumidor		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminações	Valor (R\$)	%
DIS-MENSAL	5,19	1,17	NOMINAL	11,91	27,35
DIS-TRIMESTRAL	11,69		Compra de Energia	13,45	29,17
DIS-ANUAL	28,45		Serviço de Transmissão	1,76	3,80
FIC-MENSAL	0,42	1,00	Encargo Sistêmico	4,81	10,53
FIC-TRIMESTRAL	0,05		Impostos Diretos e Encargos	20,57	39,59
FIC-ANUAL	13,70		Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,37		Total	63,30	100,00
DIOR	12,22				

Valor em EURD (Ref. 11/2017) R\$ 13,02

ATENÇÃO

Faturas em atraso



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB	Nº 012030115370
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
TAB:	0042945-181-3
DATA REGISTRAÇÃO	00/000000010
EXERCÍCIO	2013

NAME

FLÁVIO QUINTINO DA COSTA

CPF / CNPJ	85435910404	PLACA	OPINB68/16
PLACA ANT / UF	98F/PEA XXXX/B/S/62/56	QIASI	
CAR / AMPLIAÇÃO / CAR.	ABERTO	COMBUSTÍVEL	DIESEL
MARCA / MODELO	MAZDA 2428S MASTERS	ANO FAB.	2012
Cap / Port / cor	16.347/225 / CV	CATEGORIA	A (LIGUE)
I - TIP/A VACO EM	VENC. COTA MÍNIMA 1/1/08/2013	COR PREDOMINANTE	BRANCA
P - FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS 2 ^a 3 ^a	VENC. / COTAS	1 ^a
V A			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	1.495,00	PRÉMIO TOTAL (R\$)	1.495,00
DATA DE PAGAMENTO	1/08/2013	PAGO	1/08/2013
OBSERVAÇÕES		PAGAMENTO	
A.F. BANCO BRADESCO FINANC. S.A		COTA UNICA	
CONTRIBUÍDOS COM BEMESTRE		PARCELA	
VALOR DA COTA MÍNIMA (R\$)	4,00	DATA PAG.	13/08/2013
VALOR DA COTA MÍNIMA (R\$)	4,00	VALOR PAGO (R\$)	4,00

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA ARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. - SEGURO DPVAT

PB Nº 012030115390 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatssegurotransitivo.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

EXIBIDO

2015 13/08/2015

DATA EMISSÃO

2015 13/08/2015

PLACA

0KFJ3068/P3

RENAVAM

0122945683

MARCA / MODELO

FORD/CARGO 2428E MASTER

Nº CHASSI

9B7YEAUCCBS95266

Nº FAB.

2011 10

ANO FAB.

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

1.495,00

DATA PAG.

PAGAMENTO

COTA UNICA

PARCELA

DATA PAG.

13/08/2013

13/08/2013

DATA PAG.

13/08/2013

DATA PAG.

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPNU 06-248-000001-04
www.seguradoralider.com.br

13749-1620249-20-150813

DETRAN

CONTROLE

Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911281445400000014718154>
Número do documento: 18062911281445400000014718154

Num. 15088311 - Pág. 1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FLAVIO QUINTINO DA COSTA,
RG nº 1432381-PB data de expedição 31/03/1992
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 854359104-04, com
domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ADICEMAR MARIA PAIVA, nº 148,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Luciano Francisco S. Souza cujo o condutor era
Luciano Francisco Santos Souza

Veículo: CAMINHÃO FORD
Modelo: CARGO 2428e MASTER
Ano: 2011/2012
Placa: OFD 3068
Chassi: 9BFYGGAYXXCBS 86266
Data do Acidente: 06/FEVEREIRO/2018
Local e Data: CAMPINA GRANDE, 03/ABRIL/2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Assinatura do Condutor

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
FLAVIO QUINTINO DA COSTA
Ela testemunha, Campina Grande-PB 13/04/2018 16:43:21
Shirlaine de Souza Melo - Escrivente
[2018-000451]ENOL-R\$ 19,48 FAPENAS R\$ 0,28 FERJ-R\$ 1,90 ISS-R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AG634638-M10Y
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

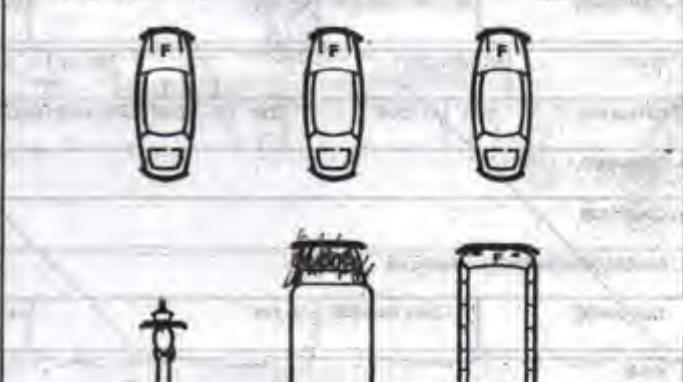


SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DETRAN - POLÍCIA MILITAR - POLÍCIA CIVIL

DE TRÂNSITO

02 - LOCAL DO ACIDENTE <i>BP 142</i>	03 - PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo da Praça de Salvarinho</i>	04 - MUNICÍPIO <i>Andrade</i>	05 - DATA <i>05/06/2018</i>	06 - HORÁRIO <i>17:00</i>	07 - TIPO DE ACIDENTES <input type="checkbox"/> 1 - ABALOAMENTO <input type="checkbox"/> 4 - CHOQUE <input type="checkbox"/> 2 - ATROPELAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> 5 - COLISÃO <input type="checkbox"/> 3 - CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> 6 -	08 - CLASSIFICAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1 - COM VÍTIMA <input type="checkbox"/> 2 - SEM VÍTIMAS			
09 - PLACA <i>DFD-3068</i>	10 - MUNICÍPIO <i>Campina Grande</i>	11 - UF <i>PB</i>	12 - MARCA / MODELO <i>Ford/2409</i>	13 - TIPO <i>Automóvel</i>	14 - CATEGORIA <i>CD</i>	15 - COR <i>Verde</i>	16 - NOME DO PROPRIETÁRIO <i>Praticula Branca</i>	17 - ENDEREÇO <i>Rua Dr. Vasconcelos, 560 Box 05 Bloco A, Alta Branca</i>	18 - TELEFONE <i>(83) 9916-6609</i>
19 - CONDUTOR <i>Jucimmo Francisco Santos Silveira</i>	20 - IDADE <i>32</i>	21 - SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	22 - ENDEREÇO RESIDENCIAL / TRABALHO <i>Rua Dr. Vasconcelos, 560 Box 05 Bloco A, Alta Branca</i>	23 - MUNICÍPIO <i>Campina Grande</i>	24 - TELEFONE				
25 - IDENTIDADE <i>3076606</i>	26 - ÓRG. EMISSOR <i>SSP</i>	27 - CPF <i>05579942488</i>	28 - Nº DE REGISTRO CNH <i>035335909</i>	29 - UF <i>PB</i>	30 - CATEG. <i>AE</i>	31 - DATA 1ª HAB. <i>11/03/2005</i>			
32 - PLACA	33 - MUNICÍPIO	34 - UF	35 - MARCA / MODELO	36 - TIPO	37 - COR	38 - NOME DO PROPRIETÁRIO	39 - IDADE	40 - ENDEREÇO	41 - TELEFONE
42 - CONDUTOR	43 - IDADE	44 - SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	45 - ENDEREÇO RESIDENCIAL / TRABALHO	46 - MUNICÍPIO	47 - TELEFONE				
48 - IDENTIDADE	49 - ÓRG. EMISSOR	50 - CPF	51 - Nº DE REGISTRO CNH	52 - UF	53 - CATEG.	54 - DATA 1ª HAB.			
55 - PLACA	56 - MUNICÍPIO	57 - UF	58 - MARCA / MODELO	59 - TIPO	60 - COR	61 - NOME DO PROPRIETÁRIO	62 - IDADE	63 - ENDEREÇO	64 - TELEFONE
65 - CONDUTOR	66 - IDADE	67 - SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	68 - ENDEREÇO RESIDENCIAL / TRABALHO	69 - MUNICÍPIO	70 - TELEFONE				
71 - IDENTIDADE	72 - ÓRG. EMISSOR	73 - CPF	74 - Nº DE REGISTRO CNH	75 - UF	76 - CATEG.	77 - DATA 1ª HAB.			
78 - NOME <i>Jucimmo Francisco Santos Silveira</i>	79 - IDADE <i>32</i>	80 - SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	81 - ENDEREÇO <i>Rua Dr. Vasconcelos, 560 Box 05 Bloco A, Alta Branca</i>	82 - TELEFONE					
83 - CONDIÇÃO DA VÍTIMA	84 - CONDUZIDO PARA	85 - LESÕES APARENTEIS <input checked="" type="checkbox"/> 1 - LEVE <input type="checkbox"/> 2 - GRAVE <input type="checkbox"/> 3 - FATAL							
<input type="checkbox"/> 1 - PEDESTRE <input checked="" type="checkbox"/> 2 - CONDUTOR <input type="checkbox"/> 3 - PASSAGEIRO VEÍCULO PLACA: <i>DFD-3068 Hospital</i>									
86 - NOME	87 - IDADE	88 - SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M							
89 - ENDEREÇO	90 - TELEFONE								
91 - CONDIÇÃO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> 1 - PEDESTRE <input type="checkbox"/> 2 - CONDUTOR <input type="checkbox"/> 3 - PASSAGEIRO VEÍCULO PLACA:	92 - CONDUZIDO PARA	93 - LESÕES APARENTEIS <input checked="" type="checkbox"/> 1 - LEVE <input type="checkbox"/> 2 - GRAVE <input type="checkbox"/> 3 - FATAL							
94 - NOME	95 - IDADE	96 - SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M							
97 - ENDEREÇO	98 - TELEFONE								
99 - CONDIÇÃO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> 1 - PEDESTRE <input type="checkbox"/> 2 - CONDUTOR <input type="checkbox"/> 3 - PASSAGEIRO VEÍCULO PLACA:	100 - CONDUZIDO PARA	101 - LESÕES APARENTEIS <input type="checkbox"/> 1 - LEVE <input type="checkbox"/> 2 - GRAVE <input type="checkbox"/> 3 - FATAL							

BRF-181-2

E	01	105 - ENDEREÇO OPTIMART 86	106 - TELEFONE	
S	02	107 - NOME	108 - IDENTIDADE	109 - ÓRG. EMISSOR
T		110 - ENDEREÇO		111 - TELEFONE
M	03	112 - NOME	113 - IDENTIDADE	114 - ÓRG. EMISSOR
U		115 - ENDEREÇO		116 - TELEFONE
N				
I	117 - CONDIÇÕES DA VIA	118 - TIPO DE PAVIMENTO	119 - SEMÁFORO	120 - TEMPO
F	<input type="checkbox"/> 1 - SECA <input type="checkbox"/> 4 - DANIFICADA <input checked="" type="checkbox"/> 2 - MOLHADA <input type="checkbox"/> 5 - EM OBRA <input type="checkbox"/> 3 - OLEOSA <input type="checkbox"/> 6 -	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - ASFALTO <input type="checkbox"/> 4 - PAVALEPENHO <input type="checkbox"/> 2 - CONCRETO <input type="checkbox"/> 5 - CASCALHO <input type="checkbox"/> 3 - TERRA <input type="checkbox"/> 6 -	<input type="checkbox"/> 1 - FUNCIONANDO <input type="checkbox"/> 2 - DESLIGADO <input type="checkbox"/> 3 - DEFICIENTE <input checked="" type="checkbox"/> 4 - INEXISTENTE	<input type="checkbox"/> 1 - BOM <input type="checkbox"/> 2 - NEBLINA <input type="checkbox"/> 3 - CHUVA <input type="checkbox"/> 4 -
O	121 - CONDUTOR	122 - AÇÃO DO CONDUTOR - NA VERSÃO DO		
R	PLACA	PLACA	PLACA	PLACA
M	PERMANECIU NO LOCAL	DESRESPEITO À SINALIZAÇÃO		
A	EVADIU-SE	ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA		
C	USAVA CINTO	CONTRAMÃO DE DIREÇÃO		
Ó	USAVA CAPACETE	EXCESSO DE VELOCIDADE		
E	APARENTE ESTADO DE EMBRIAGUEZ	NÃO MANTEVE DISTÂNCIA DE SEGURANÇA		
S	OUTROS	OUTROS		
A				
D				
I	123 - DIAGRAMA DO ACIDENTE	124 - PONTO DO IMPACTO		
C	 <input type="checkbox"/> PESSOA <input type="checkbox"/> VISTORIA <input type="checkbox"/> N° DE GUM.			
I				
O	125 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	<p>Um caminhão Ford 14.78 cerge B-Truck perdeu o controle do veículo quando o motorer a embreagem e colidiu de frente com uma moto no acostamento da via. A fiscalização foi aplicada, constatamos a veracidade de que fato que ocorreu medidas cabíveis.</p>		
N				
A				
I				
S				
I	126 - NOME <i>Almenara Vitor Santos Braga de Barcelos</i>	127 - IDENTIDADE / RGPM <i>305168133</i>	128 - UD <i>328 CIPM</i>	
N	129 - ASSINATURA <i>Almenara Vitor Santos Braga de Barcelos</i>	130 - DATA <i>05/06/2018</i>	131 - HORÁRIO <i>23:00</i>	
A				
S				

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00128.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 05/02/2018

Hora: 22:00:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Br 142, Próximo do Assentamento Salabrinho, indeterminado, Andarai, BA.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Luciano Francisco Santos Sousa

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria José dos Santos Sousa e Antonio Francisco de Sousa

Idade: 32

Data de Nascimento: 01/09/1985

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Motorista

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 055.799.474-88

Endereço: Rua Tucurui, 132-A, Três Irmãs, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 99197-0614

TESTEMUNHA

Nome: Hérica Simone de Almeida Santos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Sônia Maria de Almeida Silva e Roberto Venâncio dos Santos

Idade: 33

Data de Nascimento: 09/03/1985

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Técnica de Enfermagem

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 053.653.474-80

Endereço: Rua Terezinha Karla Agra de Medeiros, 82, Três Irmãs, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98674-4403

Procedimento Policial: 00128.01.2018.2.00.420

1/2



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:23
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911294069900000014718247
Número do documento: 18062911294069900000014718247

Num. 15088409 - Pág. 1

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



TESTEMUNHA

Nome: Luciene Cardoso de Aguiar
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ana Francisca da Silva e Não Declarado
Idade: 42 Data de Nascimento: 17/11/1975 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Cabelereira
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 032.505.814-88
Endereço: Rua Querubina Pereira dos Santos, 196, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98715-5178

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Automóvel, marca FORD , modelo Cargo 2428E Master, tipo de veículo Caminhão, cor branca, ano 2012, placa OFD-3068, chassi 9BFYEAYXXCBS96266, renavam 0042945688-3

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o caminhão FORD CARGO 2428E MASTER, Ano/Modelo 2011/2012, cor branca, Placa OFD-3068/PB, Chassi de Nº 9BFYEAYXXCBS96266, licenciada em nome de Flávio Quintino da Costa, quando trafegava na BR 142 na cidade de Andaraí Estado da Bahia, momento em que o citado caminhão faltou freio, tendo o caminhão descido no acostamento e colidido contra umas árvores, logo sofreu fratura do maxilar e fratura do um dos dedos da mão direita, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital Municipal de Andaraí/BA, e em seguida foi transferida para o Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 20 de abril de 2018.

Lúcio Bezerra Serra Seca
Lucio Bezerra Serra Seca
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 133.191-4

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Luciano Francisco Santos Souza
LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Policia

Procedimento Policial: 00128.01.2018.2.00.420

2/2





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Bruno Francisco Santos Sousa** CPF da Vítima **055.799.479-88** Data do Acidente **08/10/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

F. grande 23 de **abril** de **2018**

Local e Data

rubens Santos sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu François Marques Amorim inscrito (a) no CPF/CNPJ 119.840.458 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Duciano Francisco Santos Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.799.474 / 88, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Duciano Francisco Santos Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.799.474 / 89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Dom Pedro I	Número	173	Complemento	SL: 102
Bairro	São José	Cidade	Lampião Grande	Estado	PE
Email:		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(83)99928-9493

L.grande .23 de Abril de 2018
Local e Data

François Marques Amorim
Assinatura do declarante

BLDRL.001 V001/2017





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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 (Pal, 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" (Pal, Mãe, Tutor). O 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 ASL. CPF da Vítima. Nome completo da vítima.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	<input type="text"/> Buciano Francisco Santos Sousa	CPF titular da conta	<input type="text"/> 055-799-474-88
Endereço	<input type="text"/> Rua Tucumã	Número	<input type="text"/> 132
Bairro	<input type="text"/> Vendegante	Cidade	<input type="text"/> Campina Grande
Email			
Profissão	<input type="text"/> Caminhoneiro		
Complemento			
Estado	<input type="text"/> PB	CEP	<input type="text"/> 58.400-000
Telefone (DDD)			

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 ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

AGÊNCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V.
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name NRO.
Bradesco 813
AGÊNCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V.
0493 6 **0016067** 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

L. grande 23 de *abril* de *2018*

Local e Data

Xto: L. grande Santos Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180235121 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA

CPF/CNPJ: 05579947488

Posição em 27-06-2018 09:00:01

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta Referência

Ver Carta



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1806291130191000000014718282>
Número do documento: 1806291130191000000014718282

Num. 15088445 - Pág. 4



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA

Nº Sinistro: 3180235121
Vitima: LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA
Data do Acidente: 05/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCOIS MARQUES AMORIM

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180235121**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00631/00632 - carta_04 - INVALIDEZ



00070316

Carta nº 12928630



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911301910000000014718282>
Número do documento: 1806291130191000000014718282

Num. 15088445 - Pág. 5



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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINOS QUE O(A) SR. (A): Santos Souza Luciana França PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 5526 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 08/12/18 A 16/02/19 NECESSITANDO DE 30 (Trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 16/12/2018

Dr. Josué R. Cavalcante
CIRURGÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCOMAXILOFACIAL - CRM - 669

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINOS QUE O(A) SR. (A): Santos Souza PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°.

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°: 5526 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 08/12/18 A 16/12/18 NECESSITANDO DE
30 (Trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 16/12/2018

Dr. Josué R. Cavalcante
CIRURGIANO E TRAUMATOLOGISTA
BUCHO MAXILO FACIAL - CRM - 669

Ass. do Médico - N°. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



Data da internação: 08/02/2018 Hora: 23:08:38

SUSSistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856**Identificação do Paciente**5 - NOME DO PACIENTE
LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA6 - N° DO PRONTUÁRIO
15950807 - CARTÃO DO SUS
7090088228457128 - DATA DE NASCIMENTO
01/09/19859 - SEXO
Masc Fem 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JOSE DOS SANTOS SOUSA11 - TELEFONE DE CONTAPO
DDD **83** N° DE TELEFONE **987274123**12 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)
TURURU , 132 , VERDEJANTE13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
25040015 - UF
PB16 - CEP
58400002**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

-> Fratura de mandíbula

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

-> Fratura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura de mandíbula
Fratura dupla de mandíbula

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
0228 - DOCUMENTO
(CNS) (CPF)29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001628283728130 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
GUSTAVO JOSE DE LUNA CAMPOS31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/02/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
(CNS) (CPF)

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /



*AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
Tribunal de Justiça do Piauí
Assinado em 29/06/2018 às 15:26:17
Assinante: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO*



Data da internação: 08/02/2018 Hora: 23:08:38

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1595080		
7 - CARTÃO DO SUS 709008822845712			8 - DATA DE NASCIMENTO 01/09/1985		
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE DOS SANTOS SOUSA		
11 - TELEFONE DE CONTATO 83 987274123			12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) TUCURUI , 132 , VERDEJANTE		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
			250400	PB	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>-> Fratura de mandíbula</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>-> Fratura</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Fratura de mandíbula</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de mandíbula</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intervenção</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>J11</i>			
26 - CLÍNICA <i>ETI</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016282837281		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE GUSTAVO JOSE DE LUNA CAMPOS		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/02/2018			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE			38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA			41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DOCUMENTO (X) CNS	48 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CPF				
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Red. Ent. Até Mort.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Luciano Fe Santos Souza Alojamento 4 Leito 3 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15	① Drenagem conforme toldo -		Paciente subjetivamente melhorado. Crise de tensão arterial maciça e pressões de 240 mmHg. e 180 mmHg cíclicas. Intubado e monitorado por horas no cirúrgico.
16	② Selo Saburado	05	Sobre todo flexível estável por período
16	③ Drenagem Tym EV	10	
16	④ Drenagem Tym EV	14	
16	⑤ Drenagem Tym EV	21	
16	⑥ Cuidados gerais	00	
	Dr. José R. Cavalcante CIRURGÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCO-MAXILOFACIAL - CRO - 163		Dr. José R. Cavalcante CIRURGÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCO-MAXILOFACIAL - CRO - 163
16	Alta hospitalar, esperado		
01	máscaras		
10			

MOD. 385



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/02/18	12:00	-	-	-	120 x 80		Paciente consciente orientado desambigua sem queixas no momento medicado conforme Prescrição mídica eupneico aceita dieta,	
15/02/18	20:00	-	-	-	130/80		Paciente segue aos enunciados de enfer- mejorando sem queixas	Dra. Alice Mendes COREN-PB 1122522-TEC





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1150



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:16
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911313514800000014718341>
Número do documento: 18062911313514800000014718341

Núm. 15088508 - Pág. 2





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luciano Souza | Registro: | Leito: 4-3 | Setor Atual: N

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Eupnênia; Taquipnêia Bradipnêia Dispneia Outros:

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

Ruidos adventícios: () Roncos Sibilos Estridor Outros:

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

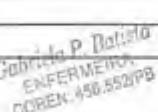
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()			
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>MSC</i> Data da punção <i>14/02/18</i>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo-somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VIVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____ / ____ / ____			
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____ / ____ / ____			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____ / ____ / ____			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<p><i>Vacante em programação encerrada pelo BNUF amanhã, depois da intubação.</i></p>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	 <i>GABRIELA P. BATISTA</i> ENFERMEIRA COREN: 450.552/PB	DATA: <i>14/02/18</i>	HORA: <i>23:29</i> h

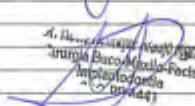
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	LUCIANO FRANCISCO	Alojamento	9	Leito	3	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
18/08	<p>D, 1/10, postos. 5FD, 9, 1000ml EV leite. p. 2100 Cefaz 1000mg EV 12/10hr. p. 2100 Dipiron 500 + Pmc AD EV 6/10hrs SIN Omeprazol 40mg EV 24/12hr. p. 2100</p> <p>SINOS VITAMINAS 2000ml dextros HIGIENE ORAL</p>  <p>Dr. Hugo Francisco Andrade Marques Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial Implantodontia (31) 3211-4441</p>		<p>BNF: 07:00 HURS</p> <p>Paciente no gabinete em funcionamento geral com sangramento para instalação de aparelhos dentários.</p> <p>OD: Agendado amanhã</p>  <p>Dr. Hugo Francisco Andrade Marques Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial Implantodontia (31) 3211-4441</p>			

100.00



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:15
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911320438100000014718361>
Número do documento: 18062911320438100000014718361

Núm. 15088528 - Pág. 2





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *luciano Francisco Soárez* | Registro: | Leito: *4-3* | Setor Atual: *Neuro*

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



* Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: _____	Data da punção ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____	
Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros: _____	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: _____	Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (X) Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (X) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Type: _____	() Praticante () Não praticante. Observações: _____
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>paciente soube consentir, orientado, apesar não refere queixa no momento/</i></p>	
Carrimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: 13/02/18 HORA: 9:05 h	

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/12/18	<p>Diet. restrita- SF 0,9% Bicarbonato Perfusão Lh 33 EV 12/12 hms (4) 20 COT 17 Acetato 140 + AD EV 66 hms SIN 18 Oxigênio 100% EV 24/24 hms.</p> <p>SENAIS VITais ELDOSSUS AEROIS HIGIENE OKS</p> <p><i>(Handwritten signature of Dr. Henrique Braga Mello-Filho, Crm 1044, Implanteodontista)</i></p> <p>BRT. 08.30 HORAS P. cycle no 5º Q.S.H. an com 20.5.00 g/d, Estacionar gástrico, cúrculo, óptico, cúrculo, óptico.</p> <p>CO: Aguardando</p>		

Diagnóstico

Diagnostics

13

Evolução Médica

BMT. 08.30 Hrs
F. cycle no 5^o Q.F.H.
on com 100% of std.
2nd stage survival:
Pesticide, 100%,
copper w/ oil, 100%.

co: Agustín

Dr. Hugo Henrique Almeida
Cirurgia Busto-Maxilo-Facial

Dr. Hervé-Andréas Andriananjara
Chirurgie Bucco-Maxillo-Faciale
Implantologie



19/3/08

~~2~~

9479
100
100

①





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente SUCIANI HEWELE Alojamento 4 Leito 3 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/18	<p>DAN- folicos- SF, 2f. 500mg EV 04g.</p> <p>Refazenda 1f EV 500mg 1x/dia</p> <p>Paracetamol 1g EV 800mg 500mg</p> <p>Permitido 1g EV 800mg hor. 24h 100%</p>	<p>12 21 14 21 06</p>	<p>B.A.F:</p> <p>Praga NY 4:9-11 operação limpa Bacterias de alveolar curtida, exaltação expansão / apertado,</p> <p>Sociedade P.R. pt. ed. grande linguiça</p> <p>Dr. Henrique Ribeiro Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial Implantes dentários Cirurgia de Fadiga</p>

Diagnóstico

Diagnóstico

F:

angola n. 11-07-19
Lameira, Lameira, 00000-000
cont. 00000-00000
n. 11-07-19
Sociedade, 00000-00000
D. Fernando Lameira

Dr. Henrique Araújo
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Implantes dentários
Cort. Dr. Henrique







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:11
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911325435200000014718404>
Número do documento: 18062911325435200000014718404

Nº 15088573 - Pág. 2

10/28

2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

3

advertising de *publicidad*

~~Capitula con emboc~~

08:08 81/09/09

	प्राचीन विद्या	विद्या का विवरण
१	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
२	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
३	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
४	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
५	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
६	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
७	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
८	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
९	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या
१०	प्राचीन विद्या	प्राचीन विद्या

100

85

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações	Enfermagem	Assis
------	------	---	---	---	----	---------	-------------	------------	-------





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Ju

Juan Frutier

Alojamiento

Leito

Convênio

4-3

1000



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:11
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1806291132543520000014718404>
Número do documento: 1806291132543520000014718404

Num. 15088573 - Pág. 4

Data	Hora	T	P	R	PA	Dilucente	Observações Enfermagem	Assis
09/02/18	14:00	-	-	-	-	-	descontrole adnularde	na sala nenhuma para coincidencia - 20 emis sustituir acetaminofeno pounds de ambarine no popofuncionar em MSD para informar solo comprometido caso modificações físicas com bolo de goma Camila Alveside Tec. em Enfermagem CORON-PR 3

~~TEG-ENTERMAGEM~~
COMMUNICATIE
~~VERGROENING~~

81
0:51 20/60





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOOME:	Luciano Francisco Soárez Sávio			
IDADE:	32	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DATA DE NASCIMENTO:	/ /	às	:	
SETOR:	Amarela			
LEITO:	26			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTINUA:	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:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL (DIETA)	VO <input 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"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:
PESO:				

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

RISCO DE QUEDA	CD/FR:
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Pile ampiola
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
NÁUSEA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
DEFÍCIT 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:
<i>Alex Gonçalves Martins</i> <i>Eletromedida</i> <i>Conselho 512403</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	OK 20	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
<input type="checkbox"/> AVAIIAR 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 DECUBITO DE 45°.		
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	M.I.T. ✓	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	Sum Pne	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÁS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	Sum Pne	

Mod 123







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

Diagnóstico

Evolução do jejun
parcial

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Nascimento	Admission	Leito	Convênio
062	Luciano Freireto S. Souza	6		
	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
①	Oxita Pastora	11/06		Ent. Oxa 10/06-2500hs
②	SF 091. 100ml OV 10/06			oxita pastora ab
③	ciprofloxacin 500mg 06/06-06	16		oxita ab
④	metamidoxima 100mg 06/06-06	06/06		oxita 19/06
⑤	titatil 100mg 07/06-06	24		ox. O. Sol. JC
⑥	ciprofloxacin 500mg 06/06-06	34		oxitacitab
⑦	200ml sabor	21		

MOD.335



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911332321700000014718437>
Número do documento: 18062911332321700000014718437

Num. 15088609 - Pág. 4



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Luciano Francisco Santos Souza 01-09-85 QI LEITE CONVÉNIO SUS IDADE 32 REGISTRO 1595018					 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
CIRURGIA Red. cíngulo + fixação de ANESTESIA geral Mandibular		CIRURGIÃO Dr. Israel de Wanderley				
INSTRUMENTADORA Rute	DATA 15/02/18	INICIO 8:45	FIM 9:45			
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
Adrenalinamp.		Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix		
Atropinamp.		Cafet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
Diazepamamp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
Dimoréamp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
Dolantinaamp.		Colonoide	01	Catgut Simples Sertix	3-0	
25 Etomidate		Dreno	0	Catgut Simples Sertix		
Fenegamamp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
Mercainha % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
Nubatinamp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
Pavulonamp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
Protiglineamp.		Espasador Largo cm		Fio de Algodão Sutupak		
Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
Queliciti ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca		
Rapifenamp.		H ₂ O ml	02	Mononylon	4-0	
Tracriumamp.		Intracath Adulto		Mononylon		
Tracriumamp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix		
Qtd. MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix		
Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix		
01 Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix		
02 Dipironaamp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix		
Flaxidolamp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix		
Flebotortidamp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix		
Geramicinaamp.		Luvas 8.5				
Glicoseamp.		Oxigênio l/m 2 l				
Glucos de Cálcioamp.		Polflix				
Haemaccel ml		PVPi Degemerante ml				
Heparinamp.		PVPi Típico ml		SOROS		
Kanakinamp.		Sabão Antisséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml	1/Proc	
Lasixamp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml	01	SG Hipertérmico fr 500 ml		
01 Prolamina		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringer fr 500 ml		
Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml		
Revivanamp.		Sonda				
Stuprandoamp.		Sonda folley				
Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica				
02 oxigofina		Sonda Urétral nº				
02 Tracrium		Sterodyn ml	04			
		Torneirinha	18			
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
01 Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
Aguilhas desc. 28 x 28		Latex Sifoneiral				
Aguilhas desc. 3 x 4,5		05 Eletrodo				
Aguilhas p/ raque nº						
015 Álcool de Enfermagem						
Álcool Iodado ml						
Ataduras de Crepon						
Ataduras de Gessada						
Azul metilenoamp.						
Benzina ml						
EQUIPAMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input checked="" type="checkbox"/> Oxícapiógralo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico						
CIRCULANTE RESPONSÁVEL <i>Aleciel E. M. Braga</i>						



28-PO-10 emenda 2018 comissão de ameaças
8102221 58 202
leia 05 de 16 agosto + 1º mês. 16
relatório de 06 novembro 2018
23-P 21.8. 812021 9758

0-2

10
0

20

março - 25

0-2

50

25

80

dezembro 10

50

50

15

25

> 09/11

= 10
= 10
= 10

10

dezembro 10

at - 02 1.6.18

dezembro 50

reunião
XX
XX

X
X

dezembro 10
abril 29

dezembro 10

25

reunião





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Luciano Francisco Santo Souza. Idade: 32
Convênio: SUS Data: 15/02/18
Procedimento: Rid. Erurta + fixação de mandíbula.

Cirurgião: Dr. Jerson Auxiliar: _____ Anestesista: Dr. Wandaley
Início: 08:45 Término: 09:45 Anestesia: geral

Observações:	
--------------	--

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

 NOME: Luciana F S S. Souza IDADE: 32 SEXO: m

 IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 12/10/18
1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | | | |
|--|---|---|----------|
| { <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: | <u>mege</u> | { <input type="checkbox"/> Tabagismo | <u>N</u> |
| { <input type="checkbox"/> Etilismo | <u>N</u> | { <input type="checkbox"/> Sedentarismo | <u>N</u> |
| { <input type="checkbox"/> Dislipidemia | (<input type="checkbox"/> Cirúrgico <u>P/ hister</u>
<u>de férmen</u> | { <input type="checkbox"/> Outros | <u>N</u> |

 Medicamentos em uso N Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

 Ap. Cardiovascular - Comentários: ROR, RT, SN

 FC.: 68 b.p.m P.A.: 150 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

 5 - E.C.G.: normal

 Ex. Laboratoriais: hg 26,4 cr: 10
6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

MOD 043

Ass. do Médico



Sr(a):	LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA	Protocolo:	0000386006	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	11-02-2018 19:23	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	32 anos	Destino:	ENF 04 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 11/02/2018 19:56]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	5.2 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	16,4 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	49 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	94 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	32 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA			
Leucócitos.....	11.400 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)	
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	456	
Segmentados.....	78,0	8.892	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	114	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos			
Tipicos.....	14,0	1.596	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monocitos.....	3,0	342	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	305.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³	

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Soeza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 5469

Emissão : 11/02/2018 20:25 - Página 2 de 2





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA	Protocolo: 0000386006	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data: 11-02-2018 19:23	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 32 anos	Destino:	ENF 04 - L 03

GLICOSE (JEJUM)..... 99 mg/dl

[DATA DA COLETA: 11/02/2018 19:58]

Material: Plasma

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Valores de Referência:

Pré-termo....: 20 a 60 mg/dL - Crianças.....: 60 a 100 mg/dL

Termo.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 109 mg/dL

1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL

NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum....:10 a 125 mg/dL

Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.

NOTA: Estes criterios seguem a nova classificao para Diabetes

Mellitus da Associacao Americana de Diabetes - Boston 1997, e

se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

URÉIA

[DATA DA COLETA: 11/02/2018 19:59]

Resultado..... 34 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 11/02/2018 19:59]

Resultado..... 1,0 mg/dl

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
 Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
 Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
 EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuracao
 da Creatinina
 e Sumario de
 urina.
 NOTA: O uso de medicamentos contendo
 dipirona e
 vitamina C podem alterar o
 resultado deste exame.

Resultados anteriores: 25/01/16: 1,2 |

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão

Biomédico

CRM 5409

Emissão : 11/02/2018 20:25 - Página 1 de 2



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911341459000000014718502>
 Número do documento: 18062911341459000000014718502

Num. 15088675 - Pág. 1



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	NP PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		<i>Jusiano D. Santos</i>			IDADE	SEXO	COR	
DATA <i>16/06/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	HEMOGLOBINA	TEMPERATURA	PESSO	ADYRA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIA	HEMOGLICINA	LEMATÓCITO	GLUCOSE	URÉIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					AZMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO					HYPOTENSÃO HOMOLOGADA			
AP. DIGESTIVO		DENTES	FECOÇÃO	AP. INTESTINAL				
ESTADO MENTAL		ATARDADOS	CONFUSOS	ALERTA		HIPOTENSÃO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO Flaco	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICADA		AS	EFETO			
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>SNO</i>						INÍCIO	
LÍQUIDOS							Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
CÓDIGOS VP. ARTERIAL O PULSO O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA C - OPERAÇÃO							MANUTENÇÃO	
VP. ARTERIAL O PULSO O - RESPIRAÇÃO							ANESTESIA Satisf.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							REFLETIR	
POSição	<i>Decubito dorsal + elevação da cabeça</i>						Reflexos na SO: _____	
AGENTES	<i>Perf. arm. braçal + perf. tibial + Saco - mala de leite</i>						Obscr.: _____ Co.: _____ Exp.: _____	
TECNICA	<i>Geral</i>						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
OPERAÇÃO	<i>Drato em. Fract. foot</i>						Outros: _____	
ORURGIOS	<i>2016 e 2017</i>						Com cânula: _____	
ANESTESISTAS	<i>AMANDA MONTENEGRO</i>						Perco a Lello: Sim _____ Não _____	
OBSERVAÇÕES							CONDIÇÕES: _____	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA			



Nome do Paciente		Nº Prontuário
<i>Luciano F. Santos Sousa</i>		<i>1595018</i>
Data da Operação	Enf.	Leito
<i>15/02/18</i>		
Operador	1º Auxiliar	
<i>Dr. Josué Cavalcante</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
<i>DR. Wenderly</i>	<i>Enf. Mandarli</i>	<i>Geral Rute</i>
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fractura mandibular</i>	
Tipo de Operação	<i>Red. Crânio + fixações</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>Fratura mandibular</i>	
Relatório Imediato da Patologia	<i>Fratura mandibular</i>	
Exame Radiológico no Ato	<i>Fratura mandibular</i>	
Acidente Durante a Operação	<i>Fratura mandibular</i>	

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- Acesso intra bucal;
- Uso de 04 IMF
- Irigação no fundo do sulco vestibular inferior anterior
- Osteotomia maxilar periosteal -
- Fixação crânio facial anterior
- Fixação de 04 miniplacas SS p.c
- Entrega
- Col. Cimento de fato cíndilas -

Dr. Josué R. Cavalcante
CIRURGÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCOMAXILOFACIAL - CRM- PB



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1990-1994年
1990-1994年
1990-1994年



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:09
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911341459000000014718502>
Número do documento: 18062911341459000000014718502

Num. 15088675 - Pág. 5

A. COSTA COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTUDAL 16.123.801-7

Rua João Quirino, 548 - Catolé - Campina Grande - Paraíba - CEP: 58410-370

Fones: 83 3337.3628 / 3337.6573 - Fax: 83 3337.3510 - TeleVendas: 0800 281 7161

Paciente:

Luciano P. Santos Souza

Data da Cirurgia: 14/03/18

Hospital:

Emergência e trauma

Prontuário: 1595018

Médico:

Dr. Josuel

Convênio: SUS

Procedimento:

Fratura Mandíbula

Código Proc.:

Nº 00057

Controle Cirúrgico

Quant.	Descrição do material utilizado	Lote	Cod. Anvisa
18	parafusos 10, 06	20	
04	parafusos Bomant	20	
04	placar metas 4 6 10 furos		

por:

Rute

Circulante:

Alvorádice

Médico:

Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGÃO E TRAUMATOLÓGISTA
BUCO-MAXILO-FACIAL - CRM - 669

A COSTA COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

Fones: 83 3333.36581 | 3333.6623 | Fax: 83 3333.3520 - Telefones: 0800 281 2161 Rua Jogo Guriúlo, 548 - Castelo - Cambuí Glaucé - Brálieps - CEP: 58410-320 CNPJ: 05.311.292/0001-92 - INSC. FISCAIS: 15.127.800-1

Coutrole Ciurridico

Dr. Joseph R. Chafcousie
CIRUMLOCUTIONS

Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1806291134145900000014718502>
Número do documento: 1806291134145900000014718502

Num. 15088675 - Pág. 7



Evolução Psicológica

Nome: Juliana F. Santos Souza
Setor: N.B 9 Leito: 3

Data	
13/02/18 13h:15min.	Paciente em nyancor/sonolência. Atendimento psicologico à esposa/acompanhante (Suzana) mostrou-se emocionalmente fragilizada e vulnerável sentimento de ambiguidade e de preocupação quanto ao seu processo de transformação conflitiva da ordem familiar. Rivelou que o paciente se encontra emocionalmente instável persistente humor irrefrigado e sentimento de revolta, tendo em vista cancelamento de seu procedimento cirúrgico (sic). Escuta psicologica apreio emocional, isolamentos e rejetos. Foi focalizam realizados. Realizada interconsulta com o setor de enfermagem acerca da caso.



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMBARAI
CNPJ: 43.922.570/0001-30
HOSPITAL MUNICIPAL DE AMBARAI

Jucáno Francisco Santo.

Paciente vítima de acidente automobilístico há ± 40 hrs, encontrou consciente, orientado, referindo alguma no local de trauma. No Rx de Face constatou Fratura na região mentoniana (queiro) e Fratura no 5º dente (~~Incisivo~~) da mão direita. Restante do crânio + face sem lesões internas (fraturas), com hemorragia conservada.

Dra. (na) Maria Montenegro
M.E.D.C.A.
CRM: 28062 - BA

07/06/18





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Laniano Francisco Santos Souza		
End:	R- Tuuruui	1321	Bairro: Verde Fazendeiro
Data de Nascimento:	01-09-85	Documento de Identificação:	3076606
Queixa:	Ae de	Data do Atend.:	08-02-18 Hora: 20:30 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Laniano

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca: 91
Pressão arterial: 140x90	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Dr. Polina Klimann
Assinatura e carimbo do profissional
CONCE





Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 29/06/2018 15:26:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062911344164200000014718541>

Número do documento: 18062911344164200000014718541

Num. 15088714 - Pág. 5

08/02/2018



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1595018 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE [EMERGÊNCIA] TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mst. Flávio Petrópolis, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-899 Data: 08/02/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: LUCIANO FRANCISCO CEP:58400002 Nascimento:01/09/1985

SANTOS SOUSA

Endereço:TURURU

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

SOUSA

RG:

CPF:

Responsável: SUEMA

Data de

Atend:08/02/2018

Estado Civil:Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Horas: 20:39:12

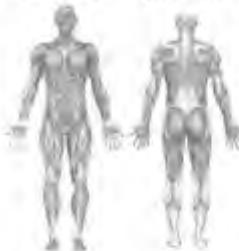
Especialidade:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA:

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]



- 1-Abrasão
- 2-Amputação
- 3-Avição
- 4-Cerebral
- 5-Crânio
- 6-Cor.
- 7-Esposa
- 8-Empalhamento
- 9-Eritema subcutâneo
- 10-Estrangulamento
- 11-Esquinça
- 12-F. Arma branca
- 13-F. Arma de fogo
- 14-F. Coração
- 15-F. Corrente
- 16-F. Contato-contato
- 17-F. Perfurador-contato
- 18-F. Perfurador-contato
- 19-Fratura óssea fechada
- 20-Fratura óssea aberta
- 21-Hemorragia
- 22-Hemogramma Vários
- 23-Lacerção
- 24-Lesão tóxica
- 25-Lençol
- 26-Mordedura
- 27-Movimento torácico paradoxal
- 28-Olho Enfermeiro
- 29-Otite
- 30-Paroxista
- 31-Panico
- 32-Parestesia
- 33-Quimadura
- 34-Ritmologia
- 35-Síntese de traumato
- 36-

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Trauma de Fogo

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente com intenso dólome de origem de acidente de caminhão, na qual perdeu o controle em uma curva na hora-jeira. Estava no banco da Beija-Flor sendo encaminhado para os setores avançados no 2ºEF. Apresenta lesões de mandíbula e referes dist. em molar (5). Abdome doloroso, desidratado e insídia.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: P Fotoreceptores P Isocônicas (1 Anisocônicas E)

Glasgow: 15 PA HGT: Saibz

TOCOSCO 02/02/18

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratorial
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia
() Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ortopedia / BNF 21:05 Dia 05/02/18

Especialista: / 26: : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta da emergência sped	21:05h
2		
3	Tiltat 40 mg	> 22:05
4	Diazepam 2 ml (av)	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Mariana Mello CRM 2177

projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1595018

1/2

08/02/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE

I. Centro cirúrgico

f) Internação (setor)

[] Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Promoção de higiene bucal
Ass. do paciente ou responsável quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:





PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDARAÍ
HOSPITAL MUNICIPAL DE ANDARAÍ
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

PROCEDÊNCIA: HOSPITAL MUNICIPAL DE ANDARAÍ / ANDARAÍ-BA

DESTINO:

NOME: Luciano Francisco Ferreira Júnior

IDADE: 32 ANOS SEXO: Masculino

Exame Clínico do Paciente:

Pac. Sobre acidente surto biliaria, c/ trauma em mandíbula c/ fratura nasal. Pupilas isocônicas, forças psc orientadas, Respirando AA, sem ausc. algia e Abd em Dolor, Gravidez em MM II, art. joelho Dorsos sem queixa algia. Diáfragma aberto comido oral devido fator, dente Iº molar. Do lado esquerdo molar D, local ecografia c/ fratura prop.

Suspeita(s) Diagnóstica(s): Fratura Mandibular + Fratura do lado molar.

Conduta (medicamentos e procedimentos realizados):
- Analgésico
- Anti Inflamatório
- Hidratante

Motivo da Transferência: - Ir para Dieta

Mecanismo comar comungia

06/02/2018
Enviado por Médico Residente
CRM - BA 20107
U

SAMP 75 3614.8182



most recent version

SULTAN

• 2052

Wuchtbewilligung

~~approxim.~~

- Frau Orth -

34404

Find struts -

Physical waves Nonlinear

Oct 10 1951





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE

4^a. VARA CÍVEL

PJE n. 0810506-78.2018.8.15.0001

Vistos, etc.

1. **Defiro** o pedido de justiça gratuita.
2. O novo CPC tem em sua essência privilegiar a mediação e a conciliação entre as partes, entretanto, nos casos de DPVAT, por exemplo, é necessário realização de perícia, o que dificulta a conciliação no primeiro momento.
3. Assim, a conciliação prévia prevista no novo CPC, nestes casos, está se tornando inócuia e onerosa às partes e ao Poder Judiciário, atentando, inclusive, aos princípios da celeridade e da razoável duração do processo, razão pela qual postergo sua designação para futura data, a requerimento das partes, nos termos do art. 334, §4º, II do CPC.
4. Destarte, considerando, ainda, não haver quaisquer prejuízos às partes, determino a **citação da parte promovida**, nos termos do art. 344 do CPC, no prazo e termos legais.
5. **Contestada a ação**, dê-se vista ao autor, para no prazo de 15 dias, **impugnar** a contestação.
6. Contestada e impugnada a ação, **intimem-se as partes** para que informem se há a possibilidade de acordo; caso contrário, que especifiquem as provas que ainda pretendem produzir, justificando a necessidade de sua produção, no prazo de 15 (quinze) dias, com a advertência de que o silêncio importará o julgamento antecipado do mérito.
7. **Havendo qualquer incidente processual, retornem-me os autos conclusos, para adoção das medidas cabíveis.**

Campina Grande, 9 de julho de 2018

Audrey Kramy Araruna Gonçalves

Juíza de Direito

