



Número: **0801246-47.2019.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.665,25**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA (AUTOR)		PRISCILLA GOUVEIA FERREIRA (ADVOGADO) LIANA VIEIRA DA ROCHA GOUVEIA (ADVOGADO) EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24419893	13/09/2019 17:21	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
24419898	13/09/2019 17:21	<a href="#">01. Petição Inicial - Priscila x Líder Seguradora</a>	Informações Prestadas
24420001	13/09/2019 17:21	<a href="#">02. Procuração, Documentos Pessoais e Comprovante de Residência</a>	Documento de Identificação
24420004	13/09/2019 17:21	<a href="#">03. Doc. Médica 1</a>	Documento de Comprovação
24420006	13/09/2019 17:21	<a href="#">04. Doc. Médica 2</a>	Documento de Comprovação
24420008	13/09/2019 17:21	<a href="#">05. Doc. Médica 3</a>	Documento de Comprovação
24420009	13/09/2019 17:21	<a href="#">06. Doc. Médica 4</a>	Documento de Comprovação
24420013	13/09/2019 17:21	<a href="#">07. Requerimento Administrativo e Comprovante de Pagamento</a>	Documento de Comprovação
24420015	13/09/2019 17:21	<a href="#">08. Guia de Custas</a>	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas
24475942	17/09/2019 08:14	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

Petição Inicial e documentos em anexo.





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA  
COMARCA DE ALAGOA GRANDE – PB**

**PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**, brasileira, divorciada, cuidadora, portadora da cédula de identidade nº 3127038 SSP/PB, inscrita no CPF sob o nº 067.655.964-61, residente e domiciliada na Rua Francisco Inacio, nº 112, Conjunto Vera Cruz, Alagoa Grande – PB (comprovante de residência em nome da genitora), por intermédio dos seus advogados que esta subscrevem, com endereço profissional indicado no rodapé, vem, muito respeitosamente perante Vossa Excelência, propor

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**

em face da **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

**I. PRELIMINARMENTE**

**I.I. Da Justiça Gratuita**

Nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, a Autora afirma, para os devidos fins e sob as penas da Lei, não possuir condições de arcar com o pagamento das custas e demais despesas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, pelo que requer o benefício da gratuidade da justiça.

---

Alagoa Grande/PB: Rua João Pessoa, 1210, Centro  
Campina Grande/PB: Rua Prefeito Antônio Coutinho, 450, sala 609, Liberdade  
E-mail: [gouveiaegouveia.advocacia@gmail.com](mailto:gouveiaegouveia.advocacia@gmail.com)  
Contato: (83) 99171-1529



## II. DOS FATOS

No dia 26 de janeiro de 2019, a Autora conduzia sua motocicleta modelo Honda POP, cor preta, placa QET 9894-PB, Chassi 9C2JB0100HR272371, quando, ao tentar desviar de um buraco em via pública, sofreu acidente de trânsito, caindo ao solo, conforme consta no Boletim de Ocorrência Policial nº 197/2019. Do evento, restou a demandante com acentuadas lesões corporais.

Após ser encaminhada para atendimento médico, foi constatado que a Autora sofrera fraturas no antebraço direito (CID 10 S52.3 – Fratura da diáfise do rádio e CID 10 S52.4 – Fratura das diáfises do rádio e do cúbito [ulna]). Em virtude das fraturas, necessitou a segurada passar por procedimento cirúrgico osteossíntese para fixação de duas placas e parafusos, conforme documentação anexa.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, a Autora encaminhou seu pedido juntamente com os documentos pertinentes, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório. A Requerente teve seu pedido autuado com o número de sinistro 3190312902.

Não obstante, de acordo com demonstrativo de pagamento em anexo, a Ré efetuou o pagamento do valor irrisório de **R\$ 834,75 (oitocentos e trinta e quatro reais e setenta e cinco centavos)**, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pela Autora e com a invalidez permanente que esta adquiriu.

Deste modo, é a presente para requerer a complementação do valor devido.

## III. DO DIREITO

O Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, foi instituído pela Lei nº 6.194/74, posteriormente modificado pelas Leis nº 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que garantem o recebimento de indenização







às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente e/ou ressarcimento de despesas médicas em decorrência do acidente.

Resguardada pelo art. 8º, inciso II, da Lei nº 11.482/2007, a Autora faz *jus* à indenização financeira pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

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

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

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

**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. (grifamos)

Ademais, a matéria resta exhaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO.

1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior.

2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei.

Alagoa Grande/PB: Rua João Pessoa, 1210, Centro  
Campina Grande/PB: Rua Prefeito Antônio Coutinho, 450, sala 609, Liberdade  
E-mail: gouveiaegouveia.advocacia@gmail.com  
Contato: (83) 99171-1529





3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação.

4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

**APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME.** (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando a demandante com lesões que lhe causaram invalidez permanente, é incontestável o direito da mesma ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme a Súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça, que aduz que *“a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”*

Para tanto, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

Ante o exposto, em consonância com o previsto na Lei nº 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, ainda, com valor corrigido a contar da data do sinistro.

---

Alagoa Grande/PB: Rua João Pessoa, 1210, Centro  
Campina Grande/PB: Rua Prefeito Antônio Coutinho, 450, sala 609, Liberdade  
E-mail: gouveiaegouveia.advocacia@gmail.com  
Contato: (83) 99171-1529



#### IV. DOS PEDIDOS:

Ante o exposto, requer-se de Vossa Excelência:

1. A concessão da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 98 e seguintes do CPC;
2. A citação da Ré para, querendo, contestar a presente, sob pena de confissão e revelia;
3. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;
4. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido a Autora a título de indenização DPVAT;
5. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:
  - 5.1. Condenar a Promovida a pagar à parte autora a complementação da indenização correspondente ao seguro DPVAT, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) deduzindo o valor pago administrativamente, qual seja, R\$ 834,75 (oitocentos e trinta e quatro reais e setenta e cinco centavos), totalizando assim, ao final, a importância de R\$ 12.665,25 (doze mil, seiscentos e sessenta e cinco reais e vinte e cinco centavos), com correção monetária a partir do evento danoso;





5.2. Condenar a Promovida aos honorários advocatícios no patamar de 20% sobre o valor da condenação;

5.3. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de R\$ 12.665,25 (doze mil, seiscentos e sessenta e cinco reais e vinte e cinco centavos).

Termos em que pede deferimento.

Alagoa Grande – PB, 13 de setembro de 2019.

**Ewerton Augusto Coutinho Pereira**  
*Advogado*  
OAB/PB 25.124

**Liana Vieira da Rocha Gouveia**  
*Advogada*  
OAB/PB 24.338

**Priscilla Gouveia Ferreira**  
*Advogada*  
OAB/PB 19.491

---

Alagoa Grande/PB: Rua João Pessoa, 1210, Centro  
Campina Grande/PB: Rua Prefeito Antônio Coutinho, 450, sala 609, Liberdade  
E-mail: gouveiaegouveia.advocacia@gmail.com  
Contato: (83) 99171-1529



## PROCURAÇÃO

NOME: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	ESTADO CIVIL: DIVORCIADA
PROFISSÃO: CUIDADORA	C.P.F.: 067.655.964-61
ENDEREÇO: RUA FRANCISCO INÁCIO, CONJ. VERA CRUZ, Nº 112, ALAGOA GRANDE - PB	

OUTORGADOS: LIANA VIEIRA DA ROCHA GOUVEIA, advogada, inscrita na OAB/PB, sob o nº 24338, PRISCILLA GOUVEIA FERREIRA, OAB/PB 19.491; e EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA, OAB/PB 25.124, com endereço profissional na Rua JOÃO PESSOA, 1210, CENTRO, ALAGOA GRANDE-PB, onde recebe intimações de estilo (art. 39 do CPC).

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ainda aos Advogados acima descritos, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC). Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA:** O(a)(s) outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Alagoa Grande/PB, 06 de setembro de 2019.

*Priscila do Nascimento Cardoso Silva*  
OUTORGANTE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.920:

*Priscila do Nascimento Cardoso Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1127035 DATA DE EMISSÃO 18 JUN 2005

NOME PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

FILIAÇÃO Antonio Silva  
Maria Margarida do Nascimento Cardoso

Rio de Janeiro RJ 25.01.1987

NATURALIDADE

Cert. Nasc. 20929-Fls. 129. Liv. A. 128

Doc. 01818 Rio de Janeiro RJ.

CPF

João Pessoa PR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Sistema Único de Saúde

PRISCILA D. N. CARDOSO SILVA

Data Nasc.: 25/01/1987 Sexo: F

705 0090 4325 4652

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.  
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

SUS

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição  
067.655.964-61

Nome  
PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Nascimento 25/01/1987

15 de NOVEMBRO de 1999

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

DATA DE NASCIMENTO 25/01/1987	Nº INSCRIÇÃO 0349 7375 1236	D.V. 009	SEÇÃO 0103
----------------------------------	--------------------------------	-------------	---------------

MUNICÍPIO / UF  
ALAGOA GRANDE/PB

DATA DE EMISSÃO  
22/08/2017

JUIZ ELEITORAL

VÁLIDO s/Des. Maria das Graças Melo Guedes



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 030.513.261



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO CARDOSO  
RUA FRANCISCO INACIO 112  
ALAGOA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/57218-0

## REFERÊNCIA

SET/2019

## APRESENTAÇÃO

05/09/2019

## CONSUMO

159

## VENCIMENTO

12/09/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 160,45

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 05795.846178 9 80100000016045				
Pagador: MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO CARDOSO CNPJ/CPF: 981.359.967-72				
RUA FRANCISCO INACIO 112 - VERA CRUZ - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005795846	000057218201909	12/09/2019	R\$ 160,45	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



HTCG-Painel Administrativo

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) Já revela  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_ \ ( ) Decisão Médica  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( ) Óbito

X Sabrina M. Silva  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

**SERVICIOS REALIZADOS:**[illegible]



2019

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1820811 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/01/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Renally De Almeida CamposPACIENTE: PRISCILA DO  
NASCIMENTO CARDOSO  
Endereço: FRANCISCO INACIO

CEP: 58400002

Nascimento: 25/01/1987

Sexo: F

Telefone: 991029558

Cidade: Campina Grande

Idade: 032

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA MARGARIDA DO  
NASCIMENTO

RG: 3127038

Nº: 112

Responsável:

Data de

CNS: 4754352412

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 26/01/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: QUEDA DE MOTO

Hora: 06:04:42

Especialidade:

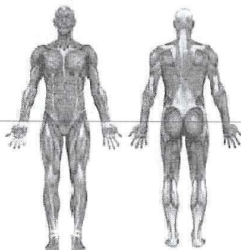
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Fract. dos ossos do antebraço

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial

( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ewerton Augusto Coutinho Pereira  
Ortopedista - Cirurgião de Joelho  
CRM PB 6948

projetohtcg/impurgencia.php?contar=1820811

1/2

Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195530500000023643159

Número do documento: 19091317195530500000023643159

Num. 24420004 - Pág. 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital Trauma da CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital Municipal Al. grande

NOME DO PACIENTE: Priscila do Nascimento de Siqueira, 32 anos

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

Ret vítima de acidente motorístico há cerca de 30 minutos, apresentando lesões em MMS e MMII, além de deformidade em antebraço (D). Traída ao hospital por meios próprios.

Ex físico: Tórax, abdome e pelve sem alterações. Não uso de capacete e cinto de segurança.

SSVU: PA: 140x80 FC: 97 Sat: 97%

HD: fatura de rádio distal?

Od: encurtamento pl avulsões ortopédicas.

ALAGOA GRANDE (PB), 26 / 01 / 19

Ren

MÉDICO



## Ficha de Acolhimento

Nome:	Rusileia do Nascimento Carlos Silva		
End:	Rua Francisco Inácio		
Data de Nascimento:	25/01/1987	Documento de Identificação:	
Queixa:	Febre	Data do Atend.:	
		Hora:	
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	

## Classificação de Risco

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

## Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional





Cidade: DAIARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Dra. Priscila do Nascimento										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

DADOS CLÍNICOS:

NETAM IMOBILIZAÇÃO

RAIO X  
REALIZADO EM:  
26/02/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX ANTEBRAÇO D AP/P

RGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Dr. Carlos Candido Ortopedia - Cirurgia de Joelho CRM - 053.158 e 74.50 Carimbo e Assinatura do Médico
ATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	<i>Francisco do Nascimento</i>										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

DADOS CLÍNICOS:

*Controle*

**RAIO X**  
REALIZADO EM:  
*02/02/19*

*322*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

*pr antebraço D AP, P*

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior  
Ortopedista - Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 9116 - TEOT-15263





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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Burkeila do Nascimento Registro: 7 Leito: 2 Setor Atual: 01 + II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 140x100 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

*[Handwritten signature]*

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

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

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectorção: ( ) Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Priscila do Nascimento Registro: 7 Leito: 2 Setor Atual: Exo 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 81 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 120 bpm; SPO2: 98 %  
HGT: 170 mg/dl; Peso: 65 Kg; Altura: 1,60 cm Dor: ( ) Local: Exo 2 Obs.: Exo 2

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ☒ ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

( ☒ ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



2

Pele: ☒ Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudoresse ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausulta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**

Tipo somático: ☒ Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: ☒ VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen: ☒ Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ☒ Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal: ☒ Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há \_\_\_\_ dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: ☒ Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito \_\_\_\_ ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele: ☒ Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ☒ Preservado

Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CUIDADO CORPORAL**

Cuidado corporal: ☒ Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: ☒ Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ☒ Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

**SONO E REPOUSO**

☒ Preservado ( ) 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:

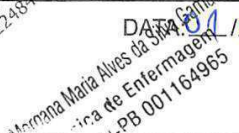
**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

**INTERCORRÊNCIAS**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 01/02/19 HORA: \_\_\_\_ h



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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Priscila do Nascimento Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 7-8 Setor Atual: Oct. 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ irpm; PA: 120/60 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ Obs.: T: 36.7°C

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi \_\_\_\_\_ % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FiO2 \_\_\_\_\_ % PEEP \_\_\_\_\_ cmH2O

☒ Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

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

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectorção: ( ) Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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







**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Priscila do Nascimento Registro: Leito: 7.2 Setor Atual: ort L
**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 PSICOBIOLOGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

**OXIGENAÇÃO**

Respiração: ☒ Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

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

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

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

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

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

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

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

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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




GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUIE  
o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Risicleide do Nascimento IDADE 31

\*) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 7 LEITO: 2 DATA 20/03/19

DIAGNÓSTICO:

Fx no osso da mão direita

MATERIAL ESPECIAL:

Dois placas 3,5 + parafusos

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fx de mão direita + Fx de mão esquerda (DIAFISE)

Dr. Schabert Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM 5623

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO







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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		1
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		8

*1200*

Dra. Isabela Pimentel Donato  
Anestesiologista  
CRM-PE 4180

Assinatura do anestesista



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Priscila do nascimento Ladeira	Idade:	32
Convênio:	SUP	Data:	21/2/19
Procedimento:	Osteomielite do osso do antebraço D.		
Cirurgião:	Dr. Agnaldo	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. Rêgo
Início:	08:20	Término:	10:30
		Anestesia:	BPB + Sedos

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
10:42	177x111	61	93%	Redy + Alex	-	Sondado
11:10	140/130	72 bpm	97%	Alex	-	Consciente
11:30	134/98	70 bpm	98%	Alex	-	Consciente
11:45	132/97	83 bpm	98%	Alex	+	Consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Kanax Lp 100 mg.	
Propofol 50mg Sh 45	
Clonidina 150µg. em 100ml SFO, 91, com alab.	

Dr. Isabela Pimentel Donato  
Anestesiologista  
CRM-PB 4180

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:57

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

012 012

00:00

02:30

Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:57

118058K 000000023643163

Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:57

Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:57

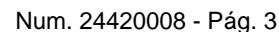




# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Marcia do Nascimento Borges</b> DN: 25/11/82		GOVERNO DA PARAIBA			
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
		505	32 anos	1820811	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA: <b>Intervenção de encaixe do antebraço direito</b>		CIRURGIÃO: <b>Dr. Arnaldo</b>			
ANESTESIA: <b>Fluor de Gelo Pequeno + Sedação</b>		ANESTESIA: <b>Dr. Ricardo Laureiro</b>			
INSTRUMENTADORA: <b>Costão</b>		DATA: <b>02/02/19</b>		INICIO: <b>09:00</b> FIM: <b>10:30</b>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	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	
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Espadrado Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak	
02	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	02	Fila cardiaca	(3.0) ..
	Repifen amp.	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
06	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15	01	Prolene Sertix	(0) ..
01	Dipirona amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
01	Flexidol amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
01	Fluocortid amp.	Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
01	Geramicina amp.	Oxigênio l/m			
01	Glicose amp.	Poliflix			
01	Glucos de Cálcio amp.	PVPI Degemante ml			
	Haemacel ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Heparema ml.	Sabão Antisséptico	...	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Kanakion amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Lasix amp.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Medrotrinazol.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 30 ml		SG fr 500 ml	
	Prolamina	Sonda	01	SG para prolede.	
	Revivan amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Stuplanon amp.	Sonda Nasogálica		MA 2 ca: 3,5	
01	Cefalotina 1g	Sonda Uretral nº	02	Placas bcp 07 e 06 fu	
		Sterydrem ml			
		Torneirinha	11	Parafusos	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
015	Alcool de Enfermagem				
015	Alcool Iodado ml				
015	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
		EQUIPAMENTOS			
		Oxímetro de Pulso		( ) Foco Auxiliar	
		( ) Serra		( ) Eletrocautério	
		( ) Desfibrilador		( ) Oxícapiógrafo	
		( ) Foco Frontal		( ) Cardiomonitor	
		( ) Fonte de Luz		( ) Perfurador Elétrico	
		CIRCULANTE RESPONSÁVEL			

MOD 066





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <i>Franca do Carmo</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>02/02/19</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Agnaldo</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Anne</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura de osso do antebraço</i>			
Tipo de Operação <i>osteossintese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>não</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Paravertebral em DPH</i>
2) <i>Exposição + AS + lavagem a térmica</i>
3) <i>Forma de drenagem + drenagem por plano</i>
4) <i>Redução cruenta de fratura + fixação CI placa DCP por medula</i>
5) <i>Forma de drenagem a ulna + drenagem por plano</i>
6) <i>Redução cruenta de fratura + fixação CI placa DCP + drenagem</i>
7) <i>Sutura por planos + curativo</i>

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior  
Ortopedista/Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM RJ 9116 - TRC 15263

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



02  
02  
19

14.000s PA-110180

P=76

Poeira  
Retirada do  
CC no  
Pós-operatório  
Vau

Marlene de Queiroz  
CÓREN - PB 433.167- TE





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Fx Ombro do antebraço  
①

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Pereira, Jo. moment	7	2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/02	1. Dieta <i>luta</i> <i>aprox. 1800kcal</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN // 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN // 8. Clexane 40mg SC/dia <i>5x1</i> 9. SSVV + CCGG	<i>12/18</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i>	BFG, <i>exat</i> , <i>1/2</i> <i>distum</i> <i>FD' cirurgia hoje</i>
03/02	<i>Dr. Agnaldo Lima P. Junior</i> <i>Ortopedista/Traumatologista</i> <i>CRM-PB 9116-TEOT-15263</i> <i>Dr. Agnaldo Lima P. Junior</i> <i>Ortopedista/Traumatologista</i> <i>CRM-PB 9116-TEOT-15263</i>	<i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>12/24</i>	<i>Amarela Translúcida</i> <i>cl pulso, se</i> <i>interconexão</i> <i>COI - 14 contendo</i>

Dr. Agnaldo Lima P. Junior  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-PB 9116-TEOT-15263

Dr. Agnaldo Lima P. Junior  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-PB 9116-TEOT-15263



Diagnóstico

*Isola veias do antebraço*

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<i>Antônia do Nascimento</i>	Alojamento	<i>7</i>	Leito	<i>2</i>	Convênio	
----------	------------------------------	------------	----------	-------	----------	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
<i>31.01</i>	Dieta livre Antak 150mg VO 12/12h Diplrona 1 comp VO 6/6h Diclofenaco de sódio 50mg VO 12/12h <i>qin</i> S.S.V.V. + C.C.G.G.	<i>12/24</i> <i>12/24</i> <i>ok</i>	<i>Boa, caput, offel</i> <i>CP - Aguar</i>
<i>01.02</i>	<i>1. Dieta livre</i> <i>2. DIPIRONA 1 comp VO 8/8h</i> <i>3. Diclofenaco 50mg VO 12/12h</i> <i>4. Cefepim</i>	<i>12/24</i> <i>ok</i> <i>12/24</i> <i>ok</i> <i>12/24</i> <i>ok</i> <i>12/24</i> <i>ok</i>	<i>OK 02 - JORGE CRAVEZ</i> <i>PRIDACIA</i> <i>ELAVEL</i> <i>BRU</i> <i>4. KOLA ARILO MENAR</i> <i>LAUREL</i> <i>COMPIL</i>

Dr. Schuberl Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 35273

Dr. Schuberl Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 35273

Dr. Cristóvão Rodrigues da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 35273



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<i>Assalto do Navio.</i>			Alojamento:	<i>7</i>	Leito	<i>2</i>	Convênio	<i>Fx de ous do</i>
Data	Prescrição Médica		Horário						Evolução Médica
<i>30/09</i>	1. Dieta <i>líquida</i>	<i>ct</i>							<i>Ante a...</i>
	2. SRI 1500ml EV/24h	<i>ct</i>							
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>		<i>Bele, supunco, apktuf</i>
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>		<i>cr. Apude tulsauto</i>
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>12</i>		<i>Ampero</i>
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	<i>SN</i>							
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	<i>SN</i>							
	8. Clexane 40mg SC/dia	<i>ct</i>							
	9. SSVV + CCGG	<i>ct</i>							

*Dr. Schubert Costa*  
Ortopedia-Traumatologia  
Cirurgia de Coluna  
CRM-5522

*Dr. Schubert Costa*  
Ortopedia-Traumatologia  
Cirurgia de Coluna  
CRM-5522

29  
01  
19

PA: 140x100

Pet Consciente orientada  
Realizado SSUV medicado e em  
Segue aos cuidados da equipe  
aguardando procedimento cirúrgico.

Emanuelle Silva de Lima  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 959.114





DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	<i>Alcides do Nascimento</i>			Alojamento:	<i>7</i>	Leito	<i>2</i>	Convênio	<i>FA dos Oseos do</i>
Data	Prescrição Médica		Horário					Evolução Médica	
<i>29/09</i>	1. Dieta <i>líquida</i>	<i>CI</i>						<i>Auto med.</i>	
	2. SRT 1500ml EV/24h <i>alco.</i>	<i>CI</i>						<i>Dieta, suco, café</i>	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	<i>12</i>	<i>14</i>	<i>24 06</i>				<i>SB: fraco</i>	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	<i>12</i>	<i>14</i>	<i>28</i>					
	5. Omeprazol 40mg <i>NO</i> jejum			<i>28</i>					
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	<i>SIN</i>							
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	<i>SIN</i>							
	8. Clexane 40mg SC/dia <i>(Supl)</i>								
	9. SSVV + CCGG	<i>CI</i>							

*Dr. Schubert Costa*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 55.113

*Dr. Schubert Costa*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 55.113



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK/OK

Paciente	Aécio do Nascimento		Alojamento:	4	Leito	2	Convênio	União das Américas do
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica					
28/09	1. Dieta livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg IV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	28/09 06h 28/09 12h 28/09 18h 28/09 00h 28/09 06h 28/09 12h 28/09 18h 28/09 00h	<p>28/09 06h: Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Exame físico sem alterações. Prescrição médica em vigor.</p> <p>28/09 12h: Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Exame físico sem alterações. Prescrição médica em vigor.</p> <p>28/09 18h: Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Exame físico sem alterações. Prescrição médica em vigor.</p> <p>28/09 00h: Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Exame físico sem alterações. Prescrição médica em vigor.</p> <p>28/09 06h: Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Exame físico sem alterações. Prescrição médica em vigor.</p> <p>28/09 12h: Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Exame físico sem alterações. Prescrição médica em vigor.</p> <p>28/09 18h: Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Exame físico sem alterações. Prescrição médica em vigor.</p> <p>28/09 00h: Paciente acordado, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre, sem alteração de consciência. Sinais vitais estáveis. Exame físico sem alterações. Prescrição médica em vigor.</p>					
			<p>Dr. Schubert Costa Ortopedia - Traumatologia Cirurgia da Coluna CRM 5523</p>					
			<p>Dr. Schubert Costa Ortopedia - Traumatologia Cirurgia da Coluna CRM 5523</p>					

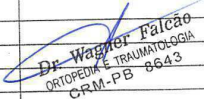
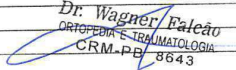


**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

7-2

## DIAGNÓSTICO

Ex other do Antibody

Paciente	Phigilda do Nascimento		Alojamento:	5	Leito	2	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica					
27/01	1. Dieta <i>livre</i> 2. SRL 1500ml EV/24h <i>200</i> 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg <i>60</i> /jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia <i>600</i> 9. SSVV + CCGG	<i>18</i> <i>18</i> <i>18</i> <i>18</i> <i>18</i> <i>18</i> <i>18</i>	<i>18/01, 20/01</i>  <i>17/01</i>					
 <b>Dr. Wagner Falcão</b> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		 <b>Dr. Wagner Falcão</b> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643						



26/03/19 08:00 J20  
90

Paciente consciente e Orientado  
medicado conforme Prescrição  
médica, sem queixas no  
momento do cuidado da  
Enfermagem.

Sandra Jaquele de Souza dos Santos  
COREN-PB 599660 TE

Prescrita no Medicamento Controlado

12/03/2019

9





**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

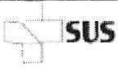
## DIAGNÓSTICO

FANT. OSSOS ANTERIORES

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Priseila do Nascimento Cardoso	S-2		
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1.Dieta			
2.SRL 1500ml EV/24h			#ORTOPEDIA#
3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h			
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h			
5. Omeprazol 40mg EV/jejum			
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN			- INFERNO
7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN			- Pri - quetofoin
8. Clexane 40mg SC/dia	(Suspensa)		Dr Carlos Candido Ortopedia-Cirurgia de Joelho Cf = 053.158.674-50 CRM-PB 8948
9.SSVV + CCGG			



Data da internação: 26/01/2019 Hora: 06:53:57

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>2 - CNES</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				<b>4 - CNES</b> 2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>				<b>6 - N° DO PRONTUÁRIO</b>	
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO				1820815	
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b>		<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> 25/01/1987		<b>9 - SEXO</b> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO				<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b> DDD 83 N° DE TELEFONE 991029558	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)</b> FRANCISCO INACIO, 112, CENTRO					
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> Campina Grande			<b>14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO</b> 250400		<b>15 - UF</b> PB
			<b>16 - CEP</b> 58400002		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> História de queda de auto com trauma no antebraço 3, dor, edema; deformidade					
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> Necessidade de cirurgia					
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> RX e CT					
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> Fratura ossos antebraço		<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>		<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	
				<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> Fratura antebraço				<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	
<b>26 - CLÍNICA</b>		<b>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b> 02		<b>28 - DOCUMENTO</b> (X) CNS ( ) CPF	
				<b>29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> 98001628365569	
<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> CARLOS ANTONIO DA ROCHA CILHO		<b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> 26/01/2019		<b>32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> Dr. Carlos Antonio da Rocha Cílio CRM-PB 67159-6	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>37 - N° DO BILHETE</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>				<b>38 - SÉRIE</b>	
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>		<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>	
				<b>41 - CBOR</b>	
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>44 - COD. ORGÃO EMISSOR</b>		<b>49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>45 - DOCUMENTO</b> ( ) CNS ( ) CPF		<b>46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>			
<b>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> / /		<b>48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			



Handwritten signature or mark.

to the

for the

by the

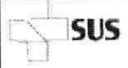
to the

to the





Data da internação: 26/01/2019 Hora: 06:53:57

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1820815</b>	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>25/01/1987</b>	
9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>		11 - TELEFONE DE CONTATO DD <b>83</b> N° DE TELEFONE <b>991029558</b>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO</b>		12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) <b>FRANCISCO INACIO, 112, CENTRO</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO <b>250400</b>	
15 - UF <b>PB</b>		16 - CEP <b>58400002</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>História de queda e acido com ferimento no antebraço D; dor; edema; deformidade</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neumia +to cirurgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + EP</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRAT. OSSAS ANTERIORES</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>to cirurgico</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA <b>02</b>		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF <b>980016283655691</b>		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016283655691</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILO</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/01/2019</b>	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Carlos Antonio da Rocha Cfilho</i> CRM 16053 - Cirurgia de Mão CBO 3120105 - Cirurgião de Mão e Braço			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - CNPJ EMPRESA 38 - SÉRIE 39 - CNAE DA EMPRESA 40 - CBOR	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		42 - N° DO BILHETE <b>1605316955450</b>	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>/ /</b>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR <b>1605316955450</b>	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF <b>/ /</b>		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>/ /</b>	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>/ /</b>	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>1820815</b>			





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Priscila da  
Priscila da PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_  
SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 552 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 26 / 01 / 19 A 03 / 02 / 19 NECESSITANDO DE  
60 (Sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande

03 / 02 / 19

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





### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Daíseila do Nascimento  
Carvalho  
foi atendido (às) hoje, às 11:36 ( )  
horas, necessitando de 60 ( SESSENTA )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52.3 / S52.4

Campina Grande, 26, 02, 19

Dr. Rodrigo Amorim  
CRM-PB 6321 - TEOD: 12455  
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC  
DOM PEDRO II Nº 429  
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP: 58432-809 - Malvinas - Campina Grande-PB

MOD.004







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2019  
Ocorrência nº. 197/2019

Aos VINTE E SETE (27) dias de MARÇO (03) de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:19min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA, conhecido(a) por PRISCILA, Identidade nº 3.127.038-SSDS/PB, CPF nº 067.655.964-61, nacionalidade brasileira, estado civil: separada, profissão: cuidadora de Lar, filho(a) de Antônio Silva e de Maria Margarida do Nascimento Cardoso, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 25/01/1987 (32 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Inácio, 112, Conjunto Vera Cruz, tendo como ponto de referência: próximo a Antônio do Móvel, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 9 9102-9558.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 26 de janeiro de 2019;
- 3) **Horário do fato:** 5h:0min;
- 4) **Local do fato:** Rua Ruy Barbosa, próximo ao Campo Novo;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO

**6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

HONDA POP 1101, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2017/2017, PLACA QFT 9894/PB, CHASSI 9C2JB0100HR272371, LICENCIADO EM NOME DA COMUNICANTE.

**7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

NÃO

**8) Breve resumo do fato:**

Que a comunicante compareceu a esta unidade de Polícia Civil para informar que na data, hora e local acima mencionados fora vítima de ACIDENTE DE TRÂNSITO, ocasião esta em que a comunicante conduzia uma moto HONDA POP 1101, DE COR PRETA à rua Ruy Barbosa, próximo ao campo novo; Que a comunicante vinha na rua Ruy Barbosa, momento em que tentou desviar de um buraco; Que segundo a comunicante ela deve ter apertado o freio dianteiro, fazendo com que fosse arremessada por cima da moto, caindo ao solo; Que a comunicante chegou a se levantar, momento em que viu que tinha sofrido uma lesão no antebraço direito; Que a comunicante ligou para um primo, que chegou logo em seguida, levando a comunicante para o HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE, sendo medicada e encaminhada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB; Que a comunicante passou por cirurgia, ficando internada por nove dias, recebendo alta em seguida.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

Nada Consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

*Priscila do Nascimento Cardoso Silva*  
PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA  
Comunicante  
*M. Sousa*  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 182.235-7





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747024903  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 01128010841-1/00/00000000 2017

NOME PRISCILA DO NASCIMENTO C SILVA

CPE/CNPJ 06765596461

PLACA QFT9894/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB

CHASSI 9C2JB0100HR272371

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 1101

ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CAP/POT/CIL 2 F/109 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA IFVA PAGO EM

VENC. COTA UNICA 00/00/0000

VENC./COTAS 1º

FAIXA IPVA \*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS 0

2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\*

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO

P A G O

31/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OBSERVAÇÕES

ALAGOA GRANDE-PB

DATA 06/09/2017

9999999

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747024903 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 06/09/2017

VIA 1 CPE / CNPJ 06765596461

PLACA QFT9894/PB

RENAVAM 01128010841

MARCA / MODELO HONDA/POP 1101

ANO FAB 2017

CAT. TARE 9

Nº CHASSI 9C2JB0100HR272371

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) \*\*\*\*\*

DENATRAH (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\* SEGURO

P A G O

31/08/2017

PAGAMENTO COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 31/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-0848492-20170906

803-2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	Nº 013747024903
89835271951	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
FRT 20170500006903-4	
VIA	COD. RENAVAM
1	0112801084-1
00/00000000	
NOME/ENDERECO	
PRISCILA DO NASCIMENTO C SILVA	
RUA FRANCISCO INACIO 112	
VERA CRUZ	
58388000ALAGOA GRANDE-PB	
CPF/CNPJ	PLACA
06765596461	QFT9894/PB
NOME ANTERIOR	
PARENTE MUNIZ FILHO E CIA LTDA	
PLACA ANT/UF	CLASSI
NOVO PB	9C2JB0100HR272371
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
EAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO TAB
HONDA/POP 110I	2017
CAP/POT/CIL	ANO MOD
2 P/109 /CI	2017
CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
PARTIC	PRETA
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMINIO	
N.Motor : JB01E0H272386	
LOCAL	DATA
ALAGOA GRANDE-PB	06/09/2017
9999999	31054







Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3127038

EXPEDIDO POR

EM 18/06/03 E

CPF 067655964-61 /CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO CUIDADORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 998,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PRISCILA DO NASCIMENTO C. SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3488 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10338-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Alagoinhas 07 de junho de 2019 Priscila do Nascimento Cardoso Silva  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







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

**Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190312902**

**Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**

**Data do Acidente: 26/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **3488**

Conta: **0000010338-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).


Atenciosamente,



**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 003.1.19.01178/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Grande	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 13/09/2019
<b>Número da guia:</b> 003.2019.601178 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.011,60 <b>Promovente:</b> PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 189,98 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.202,93
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000120 029309283181 520190930005 311901178013 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.202,93

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 003.1.19.01178/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Grande	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 13/09/2019
<b>Número da guia:</b> 003.2019.601178 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Promovente:</b> PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Detalhamento:</b>			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.202,93
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.202,93

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 003.1.19.01178/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Alagoa Grande	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 13/09/2019
<b>Número da guia:</b> 003.2019.601178 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.011,60 <b>Promovente:</b> PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 189,98 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.202,93
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000120 029309283181 520190930005 311901178013 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.202,93





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 003.2019.601178

**Data Vencimento:** 30/09/2019

**Data Emissão:** 13/09/2019

**Comarca:** Alagoa Grande

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

**Valor da Causa:** R\$ 12.665,25

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.011,60

**Taxa:** R\$ 189,98

**Total da Guia:** R\$ 1.201,58

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**





**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801246-47.2019.8.15.0031

**DESPACHO**

Vistos etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Outrossim, deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Providências necessárias.

Alagoa Grande, 16 de SETEMBRO de 2019

**JOSÉ JACKSON GUIMARÃES**

Juiz de Direito

