



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
24419 893	13/09/2019 17:21	Petição Inicial
24419 898	13/09/2019 17:21	01. Petição Inicial - Priscila x Líder Seguradora
24420 001	13/09/2019 17:21	02. Procuração, Documentos Pessoais e Comprovante de Residência
24420 004	13/09/2019 17:21	03. Doc. Médica 1
24420 006	13/09/2019 17:21	04. Doc. Médica 2
24420 008	13/09/2019 17:21	05. Doc. Médica 3
24420 009	13/09/2019 17:21	06. Doc. Médica 4
24420 013	13/09/2019 17:21	07. Requerimento Administrativo e Comprovante de Pagamento
24420 015	13/09/2019 17:21	08. Guia de Custas
24475 942	17/09/2019 08:14	Despacho

Petição Inicial e documentos em anexo.



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195142500000023643148>
Número do documento: 19091317195142500000023643148

Num. 24419893 - Pág. 1



**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
Contato: (83) 99171-1529



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195374300000023643153>
Número do documento: 19091317195374300000023643153

Num. 24419898 - Pág. 1



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 orteossíntese 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

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



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195374300000023643153>
Número do documento: 19091317195374300000023643153

Num. 24419898 - Pág. 2



às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente e/ou resarcimento 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 exaustivamente 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



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195374300000023643153>
Número do documento: 19091317195374300000023643153

Num. 24419898 - Pág. 3



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 N° 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 N° 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



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195374300000023643153>
Número do documento: 19091317195374300000023643153

Num. 24419898 - Pág. 4



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



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195374300000023643153>
Número do documento: 19091317195374300000023643153

Num. 24419898 - Pág. 6

PROCURAÇÃO

NOME:	PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:
BRASILEIRA	DIVORCIADA
PROFISSÃO:	C.P.F.:
CUIDADORA	067.655.964-61
ENDERECO:	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





Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195448800000023643156>
 Número do documento: 19091317195448800000023643156

Num. 24420001 - Pág. 2

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

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



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195448800000023643156>
Número do documento: 19091317195448800000023643156

Num. 24420001 - Pág. 3

26/01/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

RESTÔNIO DO PACIENTE / / às : hs

Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / revelia
 Internação (setor) _____ \ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL Vômito

~~X Sabrina M. Silveira~~
Ass. de paciente em reabilitação (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



2019



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 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 Campos

PACIENTE: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO

Endereço: FRANCISCO INACIO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

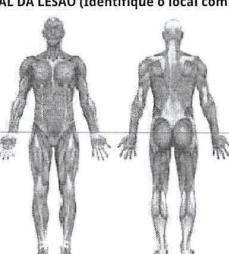
Motivo: QUEDA DE MOTO

Médico:

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. Creptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Coríntio
- 15.F. Cortante
- 16.F.Corto-contuso
- 17.F.Perfurado-contuso
- 18.F.Perfurado-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Fistula nos ossos do antebraço

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

<i>Ortopedia</i> <i>Fratura de fratura</i> <i>nao entro no</i> <i>fistula + dor + edema + febre</i> <i>verde febre, sanguop, consti</i>			
ALERGIA:			
MEDICAMENTOS:			
PATOLOGIAS:			
EXAME FÍSICO			
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()			
Glasgow _____	PA _____	HGT: _____	Sat02
CRM: _____			
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. LELMIOS COUTINHO
Ortopedista Cirurgião de Ortopedia
CRM PB 6948

CRM PB 6948

projetohtcg/impreurgencia.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 Trajano da CS

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital Municipal Al. grande

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

PROCEDÊNCIA:

Pct vítima de acidente motociclistico. Foi enc. cl. 20 minutos, apresentando lesões em MSSS e MME, além de desarranjos em antebraços (D). Trazidos ao hospital por meus próprios.

Ex físico: Torax, abdome e pelve sem alterações. Nege uso de cocaína e houve catélico.

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

HD: lesão da rádio distal?

Cd: enominal p/ avaliação ortopédica.

ALAGOA GRANDE (PB), 26 / 01 / 19

D. P. Cunha

MÉDICO





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ruslilo Jo Nascimento Carvalho Silva		
End:	Av Francisco Inácio		
Data de Nascimento:	25/01/1987	Bairro:	Alegre grande
Queixa:	Febre alta		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento de Identificação:

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD.

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Nota de Melo
Nº de Telefone: 176980-EN
QRFN-PB 176980-EN

Assinatura e carimbo do profissional



DA PARAIBA HOSPITAL DE MERCÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES REQUISITÓRIO DE EXAMES

NOME:	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:

RETIN IMOBILIZAD

RAIO X
REALIZADO EM:
26/03/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX ANTEBRAÇO D APP

RGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Dr Carlos Cândido Ortopedia Cirurgia de Joelho CRM PB 0315967150
ATA: <input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico CRM PB 0315967150





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. 7



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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	<i>Fernando do praca</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:

Lentz RAIO X 322
02/10

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

N antebraço D Alip

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

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



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Cianose) (<input type="checkbox"/> Sudorese) (<input type="checkbox"/> Fria) (<input type="checkbox"/> Aquecida).	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	Precordialgia (<input type="checkbox"/>)
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais?	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica) (<input type="checkbox"/> Arrítmica) (<input type="checkbox"/> Sopro) (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório) (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/> Periférico) (<input type="checkbox"/> Central) (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização:	Data da punção <u>29/01/19</u>
Edema: (<input type="checkbox"/> MMSS) (<input type="checkbox"/> MMII) (<input type="checkbox"/> Face) (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido) (<input type="checkbox"/> Emagrecido) (<input type="checkbox"/> Caquético) (<input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa) (<input type="checkbox"/>) Incompleta) (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/> VO) (<input type="checkbox"/> SNG) (<input type="checkbox"/> SNE) (<input type="checkbox"/> Gastronomia) (<input type="checkbox"/> Jejunostomia) (<input type="checkbox"/> NPT; Hora:	Data: ___ / ___ / ___
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência) (<input type="checkbox"/> Disfagia) (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar) (<input type="checkbox"/> Vômito) (<input type="checkbox"/> Pirose) (<input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso) (<input type="checkbox"/> Distendido) (<input type="checkbox"/> Tenso) (<input type="checkbox"/> Ascítico) (<input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/> Normoativos) (<input type="checkbox"/> Ausentes) (<input type="checkbox"/> Diminuídos) (<input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal) (<input type="checkbox"/> Líquida) (<input type="checkbox"/> Constipado há dias) (<input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea) (<input type="checkbox"/> Retenção) (<input type="checkbox"/> Incontinência) (<input type="checkbox"/> Hematúria) (<input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Integra) (<input type="checkbox"/> Ressecada) (<input type="checkbox"/> Equimoses) (<input type="checkbox"/> Hematomas) (<input type="checkbox"/> Escoriações) (<input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Ictérica) (<input type="checkbox"/> Cianótica) Turgor da pele: (<input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas) (<input type="checkbox"/> Secas) Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto:	Curativo em: ___ / ___ / ___
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___ / ___ / ___
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ___ / ___ / ___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente) (<input type="checkbox"/>) Dependente) (<input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória) Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) (<input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado) (<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas) (<input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/> Preservado) (<input type="checkbox"/> Insônia) (<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia) (<input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/> Preservada) (<input type="checkbox"/> Prejudicada) Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo) (<input type="checkbox"/> Medo:	
(<input type="checkbox"/> Ansiedade) (<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita) (<input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante) (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Katarina da S. Dini Amaral ENFERMEIRA COREN-473751	Emanuelle Silva de Lima TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-PB 959.114
DATA: <u>29/01/19</u> HORA: <u>11:00</u> h	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Prineira do Nascimento* | Registro: 7 | Leito: 2 | Setor Atual: *OR + IT*

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:

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

Eupnéia; Taquipnégia Bradipnégia Dispneia Outros:

Auscultação 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

RÉGULAÇÃO 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: <i>medicado</i> Data da punção ____ / ____ / ____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: <i>ond</i>	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () 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: () 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:	
<i>Elaine Afonso de Sousa</i> COREN-PB 8656-ENF	DATA: <u>31/01/19</u> HORA: _____ h <i>Aurelio Vicente Lzite</i> COREN-PB 216.007-TE

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Priscila do Nascimento* | Registro: *7* | Leito: *2* | Setor Atual: *Obs 2*

fix osse antebraço D

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *36,5* °C; P: *81* bpm; FR: *12* irpm; PA: *120/80* mmHg; FC: *70* bpm; SPO2: *98* %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() Eupnêia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorado: () 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:

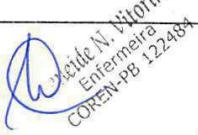
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudores	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos;			<input type="checkbox"/> >3 segundos.		
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Quais?		
Ausculta cardíaca:	<input type="checkbox"/> Rítmica			<input type="checkbox"/> Arrítmica		
Cateter vascular:	<input type="checkbox"/> Periférico			<input type="checkbox"/> Central		
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS			<input type="checkbox"/> MMII		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.						
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.						
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> AVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ___/___/___						
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:						
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:						
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados						
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:						
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;						
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:						
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:						
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado						
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .						
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___						
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___						
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___						
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:						
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.						
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:						
SONO E REPOUSO						
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:						
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:						
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:						
INTERCORRÊNCIAS						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Maria Alves da Silva, Enfermeira, COREN-PB 001164965 DATA: 01/02/19 HORA: ____ h						

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Priscila do Nascimento Registro: _____ Leito: f-8 Setor Atual: Ort. 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 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
 Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispneia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos;			<input type="checkbox"/> >3 segundos.		
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais?			Precordialgia <input type="checkbox"/>		
Ausculta cardíaca:	<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica			<input type="checkbox"/> Arrítmica		
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico			<input type="checkbox"/> Central		
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS			<input type="checkbox"/> MMII		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Type somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido			<input type="checkbox"/> Emagrecido		
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa			<input type="checkbox"/> Incompleta		
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO			<input type="checkbox"/> SNG		
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência			<input type="checkbox"/> Disfagia		
Abdômen:	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso			<input type="checkbox"/> Distendido		
RHA:	<input checked="" type="checkbox"/> Normoativos			<input type="checkbox"/> Ausentes		
Eliminação intestinal:	<input type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Líquida		
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea			<input type="checkbox"/> Retenção		
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:			Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra			<input type="checkbox"/> Ressecada		
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada			<input type="checkbox"/> Hipocorada		
Condições das mucosas:	<input type="checkbox"/> Úmidas			<input type="checkbox"/> Secas		
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto:			Curativo em: _____ / _____ / _____		
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:			Débito: _____ / _____ / _____		
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:			Local: _____ / _____ / _____		
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente			<input type="checkbox"/> Dependente		
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória			<input type="checkbox"/> Insatisfatória		
Higiene Corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória			<input type="checkbox"/> Insatisfatória		
Limitação física:	<input type="checkbox"/> Acamado			<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		
SONO E REPOUSO						
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado	<input type="checkbox"/> Insônia			<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia		
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada			<input type="checkbox"/> Prejudicada		
Sentimentos e comportamentos:	<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo			<input type="checkbox"/> Medo		
() Ansiedade	<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita			<input type="checkbox"/> Outros:		
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante			<input type="checkbox"/> Não praticante.		
INTERCORRÊNCIAS						
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____</p> <p>DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ h</p>						

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Priscila do Nasamento* | Registro: | Leito: *7.2* | Setor Atual: *Ort 2*

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: Isocóricas () Anisocóricas () 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

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 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.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Priscila dos Nascimentos IDADE 31
 PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 7 LEITO: 2 DATA 20/03/19

DIAGNÓSTICO:

Fx ossos estehoces

MATERIAL ESPECIAL:

Dois precos 3,5 + pa apens

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fx de rádio + Fx olecrano (D'A Fiss)

Dr. Schubert Costa
Ortopedista Traumatólogo
Cirurgia da Ossos
CRM 5513

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		Nome: <i>polata no Nascimento Corrêa</i>			IDADE: <i>32 anos</i>	SEXO: <i>FEM</i>	COR
DATA: <i>02/02/2019</i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>120x80</i>	PULSO: <i>68</i>	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO: <i>Celi quer</i>				ASMA: <i>N</i>	BRONQUITE: <i>N</i>		
AP. CIRCULATÓRIO: <i>0</i>				ELETROCARDIOGRAMA: <i>N</i>			
AP. DIGESTIVO: <i>II</i>		DENTES: <i>N</i>	PESCOÇO: <i>N</i>	AP. URINÁRIO: <i>out quer</i>			
ESTADO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <i>N</i>	HIPOTENSORES: <i>N</i>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<i>FRACTURA DUS OSSOS DO ANTEBRAÇO cor</i>			ESTADO FÍSICO: <i>ASA II</i>	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES	Desvão			INICIO: 8:00 TERMINO: 10:30 hrs.			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA: AS	EFEITO		
<i>anestesia benzodiazepínicos e opioides + oxigênio de pulso + DNI</i>							
AGENTES ANESTÉSICOS: <i>Flu</i>				INDUÇÃO Satisf.: <i>Sim</i> Excit.: <i>N</i> Tosse: <i>N</i> Laringo espasmo: <i>N</i> Lenta: <i>Sim</i> Náuseas: <i>N</i> Vômitos: <i>N</i> Outros: <i>—</i>			
LIQUIDOS	<i>SG - 500 SF - 500 + Dipresol - odge. 8:30 9:30</i>			MANUTENÇÃO <i>claudicante de ombro 4mug Dex metilico - 100mg Cetotaxona - 100mg od ge. Cetopentano - 100 mg</i>			
V.P. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO				ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? <i>—</i>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				DESPERTAR Reflexos na SO: <i>PRESENTES</i> Obstr.: <i>N</i> Co ₂ : <i>N</i> Excit: <i>N</i> Náuseas: <i>N</i> Vômitos: <i>N</i> Outros: <i>—</i>			
POSIÇÃO				Com cânula: Paro o Leito Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>			
AGENTES	<i>Densitôto rachado -> Fentanil - 100 mcg -> Xiloca 1% com Vaso 800 mcg</i>			CONDIÇÕES:			
TÉCNICA	<i>Bloqueio do plexo braquial por via retroescáleica</i>			CÂNULAS			
OPERAÇÃO	<i>Revisão cirúrgica de fratura das ossos do antebraço (D) com fixação</i>						
CIRURGIÕES	<i>Dr. AGUIAR/DO</i>						
ANESTESISTAS	<i>Ricardo Pacheco Coimbra; CRM- 2776 CPF - 203 781 304-04</i>						
OBSERVAÇÕES	<i>10:30 paciente entrou em um coma à recuperar-se pos-anestesia em queixa (IV) II</i>						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



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		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		()
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		8



Dra. Isabela Pimentel Donato
Anestesiologista
CRM-PB 4189

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<u>Flávia do nascimento cardoso</u>	Idade:	<u>32</u>
Convênio:	<u>SUP.</u>	Data:	<u>21/12/15</u>
Procedimento:	<u>Osteorribite dos ossos do antebraço</u> D.		
Cirurgião:	<u>Dr. Afonso</u>	Auxiliar:	
Início:	<u>08h30</u>	Término:	<u>10:30</u>
		Anestesia	<u>BFB + Sedan</u>

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Benz Lp av az.	
Apronal sng Sh ls	
Obatolu 150mg em 100ml SFO, 91, com adap.	

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 103



Chamado em dia OK com o P
spgmmorop

212

212

212

212

05 11/09/2019

WHS ex: 212

ot 26 km - bunge

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

212

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Marcila dos Nascimento Bandeira DN 25/01/82

QI

LEITE

CONVÉNIO

S-U S

IDADE

32 anos

REGISTRO

1820811

CIRURGIA:

*Osteomíse de ossos
do antebraço direito*

CIRURGÃO

Dra. Agnaldo

ANESTESIA:

*Bloqueio da Rami Prequias
Braço + Sedacor.*

ANESTESIA

Dr. Ricardo Soureiro

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

09:00

FIM

10:30

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Instrumento

02/02/19

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.

Calel. p/ Óxg.

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

Fenegam amp.

Dreno Kerr nº

Catgut Simples Sertix

Fentanyl ml

Dreno Penrose nº

Cera p/ osso

Inova ml

Dreno Pezzer nº

Ethibond

Ketalar ml

01 Equipo de Macrogotas

Ethibond

Mercaina % ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nubahin amp.

Equipo de Sangue

Fio de Algodão Sertix

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Fio de Algodão Sertix

Protigmine amp.

015 Espanadrapo Larco cm

Fio de Algodão Sutupak

Protóxido l/m

Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Quelicin ml

015 Gase Pacote c/ 10 unidades

Fila cardíaca

Repinon amp.

Xilocaina c/v 015

Mononylon

Thionembutal ml

Intracath Adulto

(3.0) ..

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Qtd.

MEDICAÇÕES

Lâmina de Bisturi nº 23

Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

Prolene Serfix

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

Prolene Serfix

Dipirona amp.

015 Luvas Finoed.

(0) ..

Flexitóramp

Luvas 7.5

Vicryl Serfix

Flexocortid amp.

Luvas 8.0

Vicryl Serfix

Geramicina amp.

Luvas 8.5

Vicryl Serfix

Glicose amp.

Cetiquafens

Oxigênio l/m

Glucos de Cálcio amp.

Polifix

Haemacel ml.

PVPI Degemerante ml

Heparema ml.

PVPI Tópico ml.

SOROS

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

SG Normotérmico fr 500 ml

Lasix amp.

04 Saco coletor

SG Gelado fr 500 ml

Medrotinazol.

60 Seringa desc. 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Plasil amp.

Plasil amp.

SG Ringr fr 500 ml

Prolamina

01 Prolamina

SG fr 500 ml

Revivan amp.

Sonda

01 Sf hnc finoed.

Stuplanon amp.

Sonda folley

ORTSESE E PRÓTESE

Cefalotina 1g

Sonda Nasogálica

MA 2 ca: 3,5

cefalexina

Sonda Uretral nº

Sterydrem ml

Torneirinha

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapiógrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Cirroto as 9:20 OK. Retirado.

MOD 066



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente	José de Souza		Nº Prontuário
Data da Operação	02/07/19	Enf.	Leito
Operador	Dr. Agnaldo	1º Auxiliar	Dr. Anne
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Frotex de Ocos do		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fractura de Ocos do artefício D osteomíctica		
Tipo de Operação	Osteosíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório	Ótimo		
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 Fazente em DTF

② Anexo + AS + canos estóicos

③ Aceno de foleamento + dissessão por planos

④ Redução armada de fratura + fuso C1 placa DCP pro-moldade

⑤ Fixa + sobre a ulna + dissessão por planos

⑥ Redução cruento de fratura + fuso C1 placa DCP + osteoplug

⑦ Sutura por planos + mastis

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 01161 ECOL 15263

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



~~02~~
~~02~~
19

14.00065 PA-110180 P-76 Poderá
retornar os
cc ms
pôs. operários
vane

Marlene de Querroz
CÓRÉN - PB 433.167- TE



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente	Princípios do Tratamento	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
02/02	1.Dieta lata espessa 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4.Tilitil 20mg + AD EV 12/12h 5.Omeprazol 40mg EV/jejum 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7.Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8.Clexane 40mg SC/dia 9.SSVV + CCGG	12/18 21/05 12/18 12/18 12/18 12/18 12/18 12/18 12/18	PAC, evolução estável, n/durum fdi amigd. haja-	
03/02	01 Drenagem lúteo 02 Cefotaxima 1g IV 18/05 03 Agudo Lima P. Júnior Ortopedista/traumatologista Cirurgia do Joelho CRM-PB 9116 - TEC-15263	12/12h	Grau II de edema peritendinoso Dr. Agudo Lima P. Júnior CRM-PB 9116 - TEC-15263	
04/02	Alt hospitalar Farm ABP + AINE próximamente 1 Centro de reabilitação alternado	12/12h	Grau I de edema peritendinoso Dr. Agudo Lima P. Júnior CRM-PB 9116 - TEC-15263	
05/02	01 - pt. Lourival		Dr. Agudo Lima P. Júnior Ortopedista/traumatologista Cirurgia do Joelho CRM-PB 9116 - TEC-15263	



**Diagnóstico**

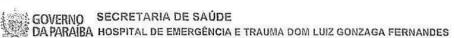
Folia verda do
jardim.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Motivo do encerramento	Alojamento	7	Leito	2	Convênio	
----------	------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31/01	Dieta livre	14:00	
	Antak 150mg VO 12/12h	12:24	Belo, equilibrado, afetado
	Diprofona 1 comp VO 6/6h	12:21	
	Diclofenaco de sódio 50mg VO 12/12h	24:06	2 - Água de coco
	S.S.V.V. + C.C.G.G.		
01/02	1. Fcl. fore.		
	2. Diprofona 1 cp		
	VO 8/12h		
	3. Diclofenaco 50g		
	VO 12/12h		
	4. CC gelos		

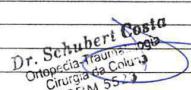
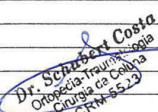




DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ok
ok



PA: 140x100

99
01
19

Pct consciente orientado
Realizado SSUV medicado e PR
Segue aos cuidados da equipe
segundo procedimento cirúrgico.

Emanuel Sá da Silva
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN-SP 959.74

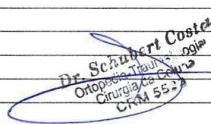
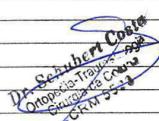


DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1

Paciente	Visita do Mestrinho	Alojamento:	Leito	Convênio	Fixos Osos de
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
29/01	1.Dieta <i>fase</i> 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML+ AD EV/06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV/12/12h 5. Omeprazol 40mg <i>EV/jejum</i> <i>VO</i> 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>(Sup)</i> 9.SSVV + CCGG	C1 C1 C2 C2 C1 SIN SIN C1	18 18 18 18 24 26 26 26 26		<i>Belo, eupmico, afel</i> <i>16: festei dia</i>





DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:59
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=190913171958110000023643164>
Número do documento: 190913171958110000023643164

Núm. 24420009 - Pág. 1



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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7-2 / DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO



26/09/19 08:00 J20
90

Paciente consciente e Orientado
medicados conforme prescrição
médica, sem queixas no
momento do cuidado.
Enfermagem.

Sandra Jaqueline Henrique dos Santos
COREN-PB 399660 TE

DIS
1192914
8
H20193455
F0000

(272255-8201)





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

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

4



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



DR

4º ao amador

Ex-1 - Dados Veracruz

197 + 56

Início 2º ao amador

as expedições que aguardam a formatação
referente a faturamento com fornecedores



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

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 PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO				6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1820815				
7 - CARTÃO DO SUS				8 - DATA DE NASCIMENTO 25/01/1987				
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/>				10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO				
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N.º DE TELEFONE 991029558				12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) FRANCISCO INACIO , 112 , CENTRO				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250400 15 - UF PB 16 - CEP 58400002				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO								
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Histórico + queixa + auto com humor na entidade D; dor; edema; permito</i>								
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neurite +to cinturas</i>								
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>PT + EP</i>								
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract- ossos anteriores</i>			21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>To cirurgia</i>			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA			27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)		29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016283655691	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILHO			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/01/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Carlos Antônio da Rocha Cfilho</i>		33 - SÉRIE <i>003 007 N.º DO BICHETE 0848 30</i>	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				36 - CNPJ DA SEGURADORA			38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO								
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				39 - CNPJ EMPRESA			40 - CNAE DA EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR				() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO			41 - CBOR () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO							43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
							44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
							45 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
							47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
							/ /	
							49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





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

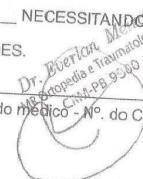
ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Pereira, Jo
Nerjamento Cordero 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 À 03/02/19 NECESSITANDO DE
60 (Sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 03/03/19

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





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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

- fo *Décis eila*

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

DIAGNÓSTICO CID

552.3 / 552.4

Campina Grande, 26/02/19

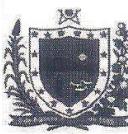
Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 8221 - TEL/FAX: 12455
CIR. DA PROLUNA VERTEBRAL-SBC
CIR. DA PELVE - PEDRO II N° 429
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM N°

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

MOD.004





GOVERNO DA PARAÍBA



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, escrivã(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 cometidas 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 sua obrigações tributárias? NÃO**
- 9) **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.

- 10) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

NÃO

- 11) **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, escrivã(o) que digitei.

Priscila do Nascimento Cardoso Silva

PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Comunicante

Moacare

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.235-7



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE

DETAN - PB N° 013747024903
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD RENAVAM EXERCÍCIO
1 0112801084-1 00/00000000 2017

NOME: PRISCILA DO NASCIMENTO C SILVA

CPF/CNPJ: 06765596461 PLACA: QFT9894/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB CHASSI: 9C2JB0100HR272371

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO AFLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2017

CAR/POT/CIL: 2 P/109 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

I P COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
P V FAIXA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1^a
A V ***** 0 2^a
***** 0 3^a

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 31/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OBSERVAÇÕES: 0

ALAGOA GRANDE-PB LOCAL: 06/09/2017 DATA: 31054
99999999

VALIDO

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB N° 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 CPF / CNPJ: 06765596461 PLACA: QFT9894/PB

RENAVAM: 01128010841 MARCA / MODELO: HONDA/ POP 110I

ANO FAB: 2017 CAT. TARE: 2 Nº CHASSI: 9C2JB0100HR272371

PRÊMIO TARIFÁRIO:

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
***** SEGURADO PAGO

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO:
COTA ÚNICA PARCELA DO 31/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.600/0001-04
31054-0848492-20170906

AG5-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB N.º 013747024903

E9835271951

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

FRT 20170500006903-4

VIA 1	CÓD. RENAVAM 0112801084-1	INSCRIÇÃO 00/00000000
NOME/ENDERECO PRISCILA DO MASCIMENTO C SILVA RUA FRANCISCO INACIO 112 VERA CRUZ 58388000 ALAGOA GRANDE-PB		
OPFCNPJ 06765596461	PLACA QFT9894 / PB	
NOME ANTERIOR PARENTE MUNIZ FILHO E CIA LTDA		
PLACA ANT/UF NOVO PB	CHASSI 9C2JB0100HR272371	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCÃ/MODELO HONDA/ POP 110I		ANO FAB. ANO MOD. 2017 2017
CAP/POT/CIL. 2 P/109 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
N. Motor : JB01E0H272386		
ALAGOA GRANDE -PB		VALIDADE 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 CARDOZO SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3127038

EXPEDIDO POR

EM 18 / 06 / 03 E

CPF 067655964-61 /CNPJ 0000000000-0000-00, 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 aparecem 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 Lotéricas 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), 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 DESCRIKTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Magac grandior 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://dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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%

Graduação EMI

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:20:00
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909131719592480000023643168>
Número do documento: 1909131719592480000023643168

Núm. 24420013 - Pág. 5

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

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

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



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:20:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317200012400000023643170>
Número do documento: 19091317200012400000023643170

Num. 24420015 - Pág. 2



**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



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 17/09/2019 08:14:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091622443755500000023696169>
Número do documento: 19091622443755500000023696169

Num. 24475942 - Pág. 1