



Número: **0809798-02.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **28/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA (AUTOR)</b>	<b>LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38851 287	28/01/2021 16:01	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38851 289	28/01/2021 16:01	<a href="#"><u>2687736_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38851 290	28/01/2021 16:01	<a href="#"><u>2687736_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013207500000037039755>  
Número do documento: 21012816013207500000037039755

Num. 38851287 - Pág. 1



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, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190540576 Vítima: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

**Data do Acidente:** 23/04/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14797706



pag. 019987/019988 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 2101281601333550000037039757

Núm. 38851289 - Pág. 1



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, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190540576      Vítima: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Data do Acidente: 23/04/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 24/04/2019, emitido pelo Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES CRM nº 8252 - PB, da Instituição HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00099/00100 - carta\_31 - INVALIDEZ



00050050

Carta nº 14824702



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 2

**LÍDER**

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.568.164.541 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Welton Júnior Andrade de Lima 6 - CPF: 014.568.164.541  
 7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Praia Peça  
 11 - Bairro: Meio Maçapó 12 - Cidade: João Pessoa 9 - Número: 33 10 - Complemento: Casa 109  
 15 - E-mail: 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58066-152  
 16 - Tel.(DDD): 98600-8077

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0456 CONTA: 00003765 6 (Informar o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins do requerimento de invalidez do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:**

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

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e permanência de perdas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

19 - SET 2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 (informe de imobilização)

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varísscer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve imóveis?  Sim  Não 32 - Se tinha imóveis, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
 36 - Assinatura da quem assina a rogo/a pedido  
 37 - (\*) Assinatura da quem assina a rogo/a pedido  
 38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 40 - Local e Data: São João Pessoa, 12 de Setembro 2019  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

atura do Representante Legal (se houver)

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

REG  
**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10056.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10056.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 02 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Welton Junior Andrade de Lima, CPF nº 014.568.164-54, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Tereza de Andrade Lima e Luiz Targino de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/11/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Praia Bela, Nº 33, complemento CASA 104, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Girador Que Vai Para a Praia do Sol., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99605-0472.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Perimetral Sul, Fim da Perimetral Sul Próximo a Br 101., João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/04/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 23/04/2019 por volta das 06:30 horas quando transitava, pelo Perimetral Sul, Gramame, João Pessoa-PB, com o veículo tipo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ano e modelo: 2014/2015, de cor branca de placa: QFD8958/PB CHASSI: 9C6DG2510F0018137 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo GM/CLASSIC PRATA de placa PFA8200/RECIFE-PE que estava logo a frente do declarante freou abruptamente sem sinalizar, e que além disso estava chovendo e a pista estava escorregadia, que o declarante freou porém não conseguiu evitar que a moto do declarante colidisse na traseira do referido veículo. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo sendo socorrido por terceiros sendo conduzido ao HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES onde foi diagnosticado, LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS NA MÃO, REPARAÇÃO CIRÚRGICA NA MÃO DIREITA, RECONSTRUÇÃO DO MEC. EXTENSOR TERMINAL DO 4º QDD E REPARO CAPSULOLIGAMENTAR DORSAL DA AIFD, conforme DESCRIÇÃO CIRÚRGICA do médico TIBÉRIO VANOMARK CHAVES CRM 8252.

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

João Pessoa/PB, 02 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 SET 2019

Gesta Seguradora S/A.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Noticiante

Procedimento Policial: 10056.01.2019.1.00.401



**LÍDER**

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.568.164.541 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Welton Júnior Andrade de Lima 6 - CPF: 014.568.164.541  
 7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Praia Bela  
 11 - Bairro: Meio Maçapó 12 - Cidade: João Pessoa 9 - Número: 33 10 - Complemento: Casa 109  
 15 - E-mail: 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58066-152  
 16 - Tel.(DDD): 98600-8077

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0456 CONTA: 00003765 6 (Informar o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins do requerimento de invalidização permanente por invalides permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:**

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

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e natureza dos efeitos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

19 - SET 2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
**DPVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varísscer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve imóveis?  Sim  Não 32 - Se tinha imóveis, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
 36 - Assinatura da quem assina a rogo/a pedido  
 37 - (\*) Assinatura da quem assina a rogo/a pedido  
 38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 40 - Local e Data:  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

**MORTE**

**NÃO ALfabETIZADO**

**TESTEMUNHAS**



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Chirre, 220 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 09.123.804/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
**MATRÍCULA**

69808678

REFERÊNCIA  
JUL/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS  
EWERTON PIERRE MIRANDA LEMOS  
RUA PRAIA BELA, 33 - CASA 104 - MUCUMAGRO JOÃO  
PESSOA PB 58066-152

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
001.093.110.0175.104	104	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y10SS506935	07/10/2019	INTLACRI	LIGADO	POTENCIAL	
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA	
730	736	7	29	01/08/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 III.		
JUN/2019	9	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORTES	
MAI/2019	8	TURBIDEZ	268	293	293
ABR/2019	14	CLORO	268	293	293
MAR/2019	5	COL. TERMO	0	0	0
FEV/2019	7	COR	73	83	83
JAN/2019	9	COL. TOTAIS	268	293	293
MEDIA(m³)	6	DADOS REFERENTES A: MAI/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 02/07/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 09:55:28
DESCRIÇÃO	
ÁGUA	CONSUMO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	
ESGOTO	7 m3 37,91
FATURAS EM ATRASO	
REF 201905	37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	16/07/2019	Total a Pagar:	R\$ 37,91
-------------	------------	----------------	-----------



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL

RATEIO: 1  
TIPO DE TARIFA 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/05/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DEBITO.  
O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 108-João Pessoa/PB



LUCIA DE FATIMA GOMES MENDONCA RUA DAOTEMBA DE CARVALHO, 346 - PEDROGNON JOAO PESSOA - PB CEP: 58011229 (A-1)		
<p>LIGACAO MONOFASICO Colder RES-NCT-511 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Ritardo 3 - 15 - 2420 Medidor 00000847903 Ultima leitura: 06/09/2019 Entrega: 08/09/2019</p>		
<b>Atendimento ao Cliente ENERGISA</b> <b>0800 083 0196</b> <a href="http://www.energisab.com.br">www.energisab.com.br</a>		INERGIA PLANO - CONTRIBUICAO ENERGETICA R\$20,4428 - Cota Residencial - 00000847903 Cota de 00000847903 (A-1) - Infra Elet 16.11.02  Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrica / Nota fiscal Cota para Obs. Automatizada: 000001153128
<b>Conta referente a</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Data prevista da próxima leitura</b>
Set / 2019	06/09/2019	08/10/2019
		<b>CPF/CNPJ/RAB</b> 154.213.294-87 <b>MC Est.</b>
<b>UC (Unidade Consumidora):</b>		<b>Canal de contato:</b> <b>5/115313-9</b>

[Canal de contato](#)

<b>Anterior</b>	<b>Atual</b>	<b>Constante</b>	<b>Consumo</b>	<b>Dias</b>
Data Sistema	Data Leratura	Leratura		
05/01	05/01	270		30
06/01	Consumo em Vizinhança			
06/01	Abc B. Veneza			
06/07	CONTRIB SERV LILIAN PUELLA			
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
	10,00	0,00	0,00	0,00

Di. Diego da  
Passos 10/9

CCJ - Conselho de Classificação do Jornal TOTAL  
Tributos 0,86380 201,29 247,99 85,17 241,39 2,39 11,6

Média últimos meses (kWh) 221 VENCIMENTO 13/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 252,25

Histórico de Consumo (kWh)											
D	JT	1ST	2ST	3ST	4ST	5ST	6ST	7ST	8ST	9ST	10ST
Sexta	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	April	Maio	Junho	Julho	Agosto

2dcd 63a1.8145.f606 2ad0.06d0.71b9.e8d2

Indicadores de Qualidade				Resumo das Condições		
	Limits da Tensão (V)	Aparelho	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
% MENSA	4.82	2.00		Serviço de DCT Telefônica	49.69	27.41%
STRMESTRAL	8.87			Centro de Entre a	49.41	27.38%
ANUAL	10.00	NOMINAL	320	Entrega de energia	49.41	27.38%
STRMESTRAL	22	1.00	COTRATADA	Recarregos e + cargas	49.44	27.42%
ANUAL	24		LIMITE INFERIOR	Outra Serviço	0.00	0.00%
MC	24		LIMITE SUPERIOR	Total	252.26	100.00
CR	24	2.00				

**ATENÇÃO**  
Requisito Tarifário - Vigência 20/07/19-Res.ANEEL - nº 2.586 - Até 18/12/20 - 4,40% Médio  
- Requisito Tarifário - Vigência 20/02/19-Res.ANEEL - nº 3.586 - Até 18/12/20 - 4,40% Médio  
- Leitura confirmada

Patents.com

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Welton Junior Andrade de Lima inscrito (a) no CPF sob o N° 057.714.324-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Welton Junior Andrade de Lima inscrito (a) no CPF sob o N° 014.568.164-54, do sinistro de DPVAT cobertura Residencial da Vítima Welton Junior Andrade de Lima inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua João Leiteiro de Souza	Número	349	Complemento	Casa 104		
Bairro	Mucumagro	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58031.220
Email		Telefone comercial (DDD)	83 3512-6017	Telefone celular (DDD)	83 98600-8077		

João Pessoa, 2 de Setembro de 2019

DJ

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

I-V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 8

	<b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>		Impressão 30/04/2019 09:50
PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias	
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57	
LOCAL:		SEXO: Masculino	
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
CONVÊNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO	

### Evolução Enfermagem

#HD: 1DPO DE LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO 4º QDD + COBERTURA DE FALHA DE PARTES MOLES DO 4º QDE COM RETALHAO FASCIOCUTÂNEO LOCAL.

#NEGA DM, HAS E ALERGIAS

PACIENTE EVOLUINDO COM EGR, AO EXAME GERAL EVOLUI BEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, ACORDADO, CALMO, CONTACTUANTE, EUPNEICO, EM O2 AMBIENTE, MANTENDO BOA SATURAÇÃO E PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ, TÓRAX SIMÉTRICO E EXPANSIVO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, NORMOCORADO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO, AVP EM MSE PERVIO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E EM USO DE HIDRATAÇÃO VENOSA EM CURSO, FO EM MSE COM CURATIVO LIMPO EM USO DE TIPOIA, ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS, DEAMBULA. SEGUO EM OBSERVAÇÃO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

ORIENTADO QUANTO AO GERENCIAMENTO DE RISCO

#PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR, ORIENTO AOS CUIDADOS PÓS ALTA, PACIENTE SAIU DE ALTA.



  
**Tássia S. C. Castro**  
 Enfermeira  
 COREN PB 264352

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

COREN : 400108



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
 Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 9

Diagnóstico  
Descrição: S697 - TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS DO PUNHO E DA MÃO

Fugulin

Último Mews: 24/04/2019 06:35

Resultado: 2

Interpretação: PERÍODO MÁXIMO DE AVALIAÇÃO DO MEWS DE 4 A 6 HORAS ( SE NECESSARIO MENORES PERÍODOS)  
DECISÕES E AVALIAÇÕES NO AMBITO DA ENFERMAGEM ;  
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUENCIA DE MONITORIZAÇÃO E/OU SOLICITA AJUDA MÉDICA

Estado da Pele  
Esperado: Hidratada; Afebril; Acianótico; Anictérico;

Sono e Repouso  
Observação: Preservados

Higiene  
Observação: Satisfatório

Sistema Cárdio Vascular  
Sem histórico de HAS; Pulso Normal Simétrico;

Sistema Gênito Urinário  
espontânea

Gerenciamento de Curativos  
Cirúrgica; Instalação: 24/04/2019; Troca: 25/04/2019;

Cuidados Paliativos

Paciente: Caminha sozinho; Lê sozinho; Toma banho sozinho; Come sozinho; Não tem problema com a visão; Não tem problema de audição; Não tem depressão; Não tem ansiedade; Não tem sentimento de desesperança; Não tem dissensão familiar; Relacionamento da equipe assistencial com paciente e familiares é confortável; Família não questiona cuidado médico; Sem dificuldade de enfermagem com equipe médica; Sem queixas com administração de medicamentos; Paciente não encomodado com visitas; Paciente acompanhado com família/cuidador;

TISS  
Resultado: -

Nível Consciência  
Orientado; Alerta;

Sistema Respiratório

Respiração Simétrica; Respiração Confortável; Fala Fluente; Sem Tosse;

Uso de Oxigênio  
Ambiente;

Sistema Gastrointestinal  
Dieta Oral; Abdome Flácido; Apetite Preservado;

Precaução  
Precaução Padrão; Acesso Venoso Periférico-MSD; Data: 23/04/2019;

Pendências Clínicas  
Sem Pendências



Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

COREN : 400108

HOSPITAL HNSN

30/04/2019 09:50

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico  
Relatório de Avaliação

Emitido por: JOAO.SOUZA

Página 1 de 1

### Avaliação

Prontuário:	21350	Idade:	29 Anos
Paciente:	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA		
Prestador(a) Assistente/Conselho:	TIBERIO VANOMARK CHAVES		8252
Função:	MEDICO(A)		
Atendimento:	124299	23/04/2019 10:57	
Convênio:	AMIL	Plano:	NIVEL 100 A 400 - DUPLO
Prestador responsável pelo documento:	MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA	COREN - PB - 400108	
Função:	ENFERMEIRO(A)		
Indicador:	FUGULIN (FECHADO)	24/04/2019 08:32	
ESTADO MENTAL	1 - Orientado		
OXIGENAÇÃO	1 - Não depende de O2		
SINAIS VITAIS	1 - Controle em rotina < 8 horas		
MOTILIDADE	1 - Movimenta todos os movimentos corporais		
DEAMBULAÇÃO	1 - Auto-suficiente		
CUIDADO CORPORAL	1 - Auto-suficiente		
ELIMINAÇÃO	1 - Auto-suficiente		
TERAPÉUTICA	2 - EV intermitente		
RESULTADO	9.0		
INTERPRETAÇÃO	CUIDADOS MÍNIMO		

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA Tássia S. C. Castro  
COREN - PB - 400108 Enfermeira  
COREN PB 264352





## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:50

PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESPECIALIZAÇÃO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÉNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### Gerenciamento de Risco

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Queda</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Flebite</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades da cama elevada; <input type="checkbox"/> Manter medidas farmacológicas p/controle de agitação; <input type="checkbox"/> Manter repouso conforme prescrição médica; <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda; <input type="checkbox"/> Realizar escala de MORSE diariamente; <input type="checkbox"/> Suporte ao paciente sem que necessário saída do leito; <input type="checkbox"/> Travar rodas da cama antes de retirar paciente do leito.	<input checked="" type="checkbox"/> Diluir medicações conforme prescrição médica; <input type="checkbox"/> Manter fixação do cateter venoso limpa, seca e bem aferida; <input type="checkbox"/> Programar tempo de infusão conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Realizar antisepsia do conector com álcool 70%; <input checked="" type="checkbox"/> Remover AVP se presença de rubor, dor, eritema ou edema; <input checked="" type="checkbox"/> Trocar AVP a cada 96h; <input type="checkbox"/> Trocar equipos e dispositivos de acordo c/padrão CCIH; <input type="checkbox"/> Util. acesso excl em contraste, NPT e Hemocomponente
<input type="checkbox"/> <b>Broncoaspiração</b>	<input type="checkbox"/> <b>TEV</b>
<input type="checkbox"/> Confirmar tempo de jejum; <input type="checkbox"/> Interromper dieta 6 horas antes da extubação; <input type="checkbox"/> Interromper dieta se tosse, dispneia, apneia, queda SAT; <input type="checkbox"/> Manter cabeceira e posicionamento em 30° e 45°; <input type="checkbox"/> Não administrar dieta VO se rebaixamento de nível de consciência; <input type="checkbox"/> Realizar higiene oral com enxaguante bucal; <input type="checkbox"/> Retirar prótese dentária antes da realização de procedimento.	<input type="checkbox"/> Avaliação diária da dependência funcional do paciente; <input type="checkbox"/> Mobilização precoce; <input type="checkbox"/> Profilaxia farmacológica ou mecânica.

### Lesão por Pressão

<input type="checkbox"/> Evitar fricção ao enxugar a pele, na mudança de decúbito e transferência do paciente; <input checked="" type="checkbox"/> Ispescionar a pele; <input type="checkbox"/> Manter cabeceira elevada 30° se não houver contra indicação <input type="checkbox"/> Aplicar protocolo de mudança de decúbito a cada 2 horas.	<input type="checkbox"/> Utilizar coxins para manter as proeminências ósseas sem contato com outras superfícies; <input checked="" type="checkbox"/> Hidratar pele; <input type="checkbox"/> Trocar a fraida a cada eliminação fisiológica; <input type="checkbox"/> Realizar planejamento nutricional perante risco associado do paciente.
--	--

### Risco de acordo com escore de Braden

Brando => Sem ação     Moderado => Utilizar colchão caixa de ovo     Severo => Utilizar colchão pneumático

<input type="checkbox"/> <b>Hipotermia</b>	<input type="checkbox"/> <b>Náuseas e vômitos</b>
<input type="checkbox"/> Fazer uso de cobertores na admissão do paciente ao centro cirúrgico; <input type="checkbox"/> Utilizar mantas e aquecedores térmicos; <input type="checkbox"/> Manter a temperatura ambiente entre 18 e 22 °.	<input type="checkbox"/> Manter a cabeceira do leito elevada entre 30 e 40° quando permitido; <input type="checkbox"/> Manter permeabilidade das vias aéreas e sondas; <input type="checkbox"/> Tranquilizar o paciente que retorna a consciência; <input type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais.

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

COREN : 400108





Prescrição: 900511 Data: 24/04/2019 08:31  
Usuário....: MONALIZA.FERREIRA  
Atendimento: 124299 Dt Nasc: 05/11/1989 (29a 5m 24d)  
Convênio...: AMIL  
Paciente...: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 23/04/2019 10:57 1 Dias(s) int  
Médico....: TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB 8252  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA  
Unid. Int.: INTERNACAO 3º POSTO 01 Leito.: LEITO 306 B Cobertura: APARTAMENTO DUPLO  
Cid.....: S697 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS DO PUNHO E DA MÃO Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA - COREN - PB - 400108  
FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável	



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

GERENCIAMENTO DE RISCO	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RISCO DE LESAO POR PRESSAO						[24/04] 08:31
Obs.: Inspecionar diariamente a pele Hidratar pele						
2 RISCO DE FLEBITE						[24/04] 08:31
Obs.: Diluir medicacoes conforme prescriçao medica Remover AVP se presente de rubor, dor, eritema ou edema Trocar AVP a cada 96h						
3 RISCO DE QUEDA						[24/04] 08:31
Obs.: Manter grades da cama elevada Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda						
GATILHO DE INTEGRACAO	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 MEWS 1 A 4 PONTOS	1				6HS/6HS	[24/04] 08:31 14:31 20:31 [25/04] 02:31 08:31 14:31
Justificativa: sem alteração Obs.: PERÍODO MÁXIMO DE AVALIAÇÃO DO MEWS: DE 4 A 6 HORAS ( SE NECESSARIO MENORES PERÍODOS) DECISÕES E AVALIAÇÕES NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM : ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO E/OU SOLICITA AJUDA MÉDICA j-> AFERIR SINAIS VITais	1					

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352  
  
MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA  
COREN - PB - 400108

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 13



## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÉNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### Evolução

sem alteração

### Avaliação MEWS

Anterior 23/04/2019 21:06

Atual 24/04/2019 06:35

Resultado	1	2
-----------	---	---

### Interpretação de MEWS atual:

PERÍODO MÁXIMO DE AVALIAÇÃO DO MEWS DE 4 A 6 HORAS ( SE NECESSARIO MENORES PERÍODOS)  
DECISÕES E AVALIAÇÕES NO AMBITO DA ENFERMAGEM;  
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUENCIA DE MONITORIZAÇÃO E/OU SOLICITA AJUDA MÉDICA

Cuidados Paliativos

### Interpretação de MEWS atual

#### CONDUTA:

- Monitorização conforme MEWS:  
MEWS 1 A 4 DE 6H X 6H
- Seguir rotina fora do MEWS por:  
Motivo:
  - Sem pontuação
  - Paciente de Alta

### Interpretação de SEPSE

- Rebaixamento Nível Consciência
  - Frequência Respiratória maior 22 rpm
  - PAS Menor 100 mmhg
- Interpretação Alerta SEPSE
- Alerta Protocolo Sepse

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

COREN : 400108

HOSPITAL HNSN

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico  
Relatório de Avaliação

30/04/2019 09:50

Emitido por: JOAO.SOUZA

Página 1 de 1

### Avaliação

Prontuário: 21350	Idade: 29 Anos
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	
Prestador(a) Assistente/Conselho: TIBERIO VANOMARK CHAVES	8252
Função: MEDICO(A)	23/04/2019 10:57
Atendimento: 124299	Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO
Convênio: AMIL	
Prestador responsável pelo documento: ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO	COREN - PB - 169976
Função: ENFERMEIRO(A)	
Indicador: MORSE (FECHADO)	24/04/2019 01:02
HISTORIA DE QUEDA NOS ULTIMOS 3 MESES	0 - Nao
DIGNOSTICO SECUNDARIO	0 - Nao
AJUDA PARA CAMINHAR	0 - Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas
TERAPIA INTRAVENOSA	20 - Sim
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA	0 - Normal/acamado/imóvel
ESTADO MENTAL	0 - Consciente das suas capacidades
RESULTADO	20.0
INTERPRETAÇÃO	RISCO BAIXO

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN - PB - 169976



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 15

Atendimento: 124299      Data anotação: 24/04/2019

Hora anotação: 07:00  
Idade: 29 Anos 5 Meses

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Data de Nascimento: 05/11/1989

Responsável: TIBERIO VANOMARK CHAVES

Setor: INTERNACAO 3º PAVIMENTO

### ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

#### Anotação

7HS=> RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO EM APARTAMENTO.

9H10=> PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO + TEC. DE ENFERMAGEM E FAMILIAR.

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1621/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.

ADRIANA KARLA LOPES TORRES DIAS 00807489450, AC VALDO RFB. 00807489450.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT)



**HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES LTDA**  
**MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico**  
**Relatório de Resumo de Alta**

PÁGINA 2 DE 2  
Emitido por: TTIBERIO VANOMARK  
Em:28/04/2019 18:34

**RESUMO DE ALTA**

DATA DA ALTA - 24/04/2019 06:59:00

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CPM 182/2007, Resolução CFO 91/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.

TTIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA, 04799910493, AC ONLINE, RFB, 04799910433.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



**SOULMV - SIMPLES E COMPLETO**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 17

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª via - FARMÁCIA	2ª VIA - PACIENTE
Hospital Nossa Senhora das Neves CNPJ: 01.817.749/0001-99 Rua Etelvina Macedo de Mendonça, 298 - Torre CEP: 58040-530 João Pessoa - PB Telefone: 83 - 3565.9000	TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB: Nº.8252 <u>Assinatura e Carimbo</u>	
<b>PACIENTE</b> WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA		
<b>ENDEREÇO</b> RUA DO URUCUM - Nº: 102 - AP 302 - PARATIBE - JOAO PESSOA - PB		
<b>PRESCRIÇÃO</b> USO ORAL	<p>1. CEFADROXILA 500MG ----- 14 CP TOMAR 01 CP VO 12/12H POR 07 DIAS</p>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____ _____ Ident.: _____ Org. Emissor: _____ End.: _____ _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: ( ) _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ <u>Assinatura do Farmacêutico</u> João Pessoa, 24 de Abril de 2019	

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil, MPR-200-2009 - Resolução CPMF 1821/2007 - Resolução CFC 01/2009, devidamente gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Documentos do Registro Eletrônico em Saúde (SRS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 04.



ESTAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 18



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

ESTAMOS POR VOCÊ AGORA  
E QUANDO PRECISAR.

### RECEITUÁRIO SIMPLES

#### DADOS DO EMITENTE

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB: Nº.8252

#### DADOS DO PACIENTE

NOME: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

IDADE: 29 Anos 5 Meses 19 Dias SEXO: Masculino

#### MEDICAÇÕES/ORIENTAÇÕES:

##### ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1. MANTER IMOBILIZAÇÃO
2. EVITAR DEIXAR O MEMBRO OPERADO PARA BAIXO
3. MOVIMENTAR OS DEDOS
4. EVITAR COMER FRUTOS DO MAR E CARNE DE PORCO
5. TOMAR AS MEDICAÇÕES CONFORME RECEITAS
6. QUALQUER INTERCORRÊNCIAS ENTRAR EM CONTATO COM O MÉDICO (83)99890-3109
7. RETORNO NA TERÇA-FEIRA (30/04/19) AS 08:30h  
PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DA BEIRA RIO  
AV. MINISTRO JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA, 204, TORRE  
3221-3045

João Pessoa, 24 de Abril de 2019

Assinatura e Carimbo

Este documento foi assinado eletronicamente e autenticado pelo ICP-Brasil, MP-2.200-2-2001, Resolução CPM 162/12/2017, Reestrutura CPO 01/2016, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico com Saúde (SRFS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) ato nº 043.

VANOMARK CHAVES BEZERRA, 38788810463 AC ONLINE CRM, 04799910463.

TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



Diretor Técnico Médico  
Dr. Mamede Moura - CRM 6002



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 19



## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 24 Dias
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f), ATESTAMOS QUE O SR. (A):

WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA CARTEIRA DE IDENTIDADE DE NÚMERO 3084688

ORGÃO EMISSOR SSP-PB CPF NÚMERO 01456816454 FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA

TRATAMENTO MÉDICO, CLASSIFICADO COM O CID Nº S697 /S667 E, DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO, DE-

VERÁ FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DURANTE 60 DIAS, A PARTIR DE 23/04/2019

EU WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Autorizo o Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES

a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado Médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável

João Pessoa, 24 de Abril de 2019

TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB: Nº. 8252

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil, MP-4.200-2-2007, Resolução CPMF 160/1997, Resolução CPTI 41/2003. Nenhum aviso prévio foi emitido no sistema certificado no processo de Certificação para Serviços da Prática Eletrônica em Saúde (SPES) da Secretaria Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob nº 045.

TO VANOMARK CHAVES BEZERRA 04788810485 AC CRUNE PB 017880008...

TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO PÚBLICO HORÁRIO (PT).



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES LTDA  
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico  
Relatório de Aferição

Página 1 de 1  
Emitido por: JOÃO PAULO SILVA DE SOUZA  
Em: 30/04/2019 09:50

Atendimento: 124299 Data de 24/04/2019  
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA Data de Nascimento: 05/11/1989 Idade: 29  
  
Convênio: AMIL Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO  
Prestador(a) Assistente: TIBERIO VANOMARK CHAVES / CRM - PB - 8252  
Função: MEDICO(A)  
Prestador responsável pelo documento: VANESSA MARIA DE OLIVEIRA LIMA / COREN - PB - 00500800  
Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

AFERIÇÃO					
Descrição	Valor	Instrumento Utilizado	Responsável	Conselho	Data
FREQUENCIA CARDIACA	65.0 (BPM)	MONITOR CARDÍACO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
FREQUENCIA RESPIRATORIA	18.0 (RPM)	VISUAL (VISÃO)	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
PRESSAO ARTERIAL SISTOLICA	110.0 (MMHG)	ESFIGMOMANÔMETRO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
PRESSAO ARTERIAL DIASTOLICA	70.0 (MMHG)	ESFIGMOMANÔMETRO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
TEMPERATURA	36.0 (GRAU CELSIUS)	TERMÔMETRO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
DOR	0 (NIVEL)	REGUA DE DOR	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35
SATURACAO OXIGENIO NO SANGUE	95.0 (PERCENTAGE M)	OXIMETRO DE PULSO	VANESSA MARIA DE	COREN - PB - 00500800	24/04/19 06:35

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

VANESSA MARIA DE OLIVEIRA LIMA  
COREN - PB - 00500800



Paciente: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos 5 Meses 18 Dias

Data de Nascimento: 05/11/1989

Prestador Assistente: TIBERIO VANOMARK CHAVES

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - PB - 8252

Função: MEDICO(A)

### EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

Atendimento 124299

Leito: LEITO 306 B

Admissão: 23/04/2019 10:57

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

#### EVOLUÇÃO: 899786 (FECHADO)

Responsável: MARCELLE MARIA MINA MAHON - CRN 7649

Data de Referência:

23/04/2019

Data/Hora do Documento:

23/04/2019 17:13

Nutritional Risk Screening - NRS 2002

Data: 23/04/19 Leito: 306 B

Peso atual: 80 KG Peso Habitual: 80 KG Altura: 1,71 M IMC: 27,36 KG/M<sup>2</sup>

#### Parte 1. Triagem inicial

1 Paciente apresenta IMC < 20,5? NÃO

2 Houve perda de peso nos últimos 3 meses? NÃO

3 Houve redução na ingestão de alimentos na última semana? NÃO

4 Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI, ou apresenta alguma lesão de pele? NÃO

\* Se a resposta for SIM para qualquer uma das questões, continue e preencha a part 2

\* Se a resposta for NÃO para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a part 2

#### Parte 2. Triagem do Risco Nutricional

##### A. COMPROMETIMENTO DO ESTADO NUTRICIONAL

Ausente (Pontuação 0) (X) Estado Nutricional normal

Leve (Pontuação 1) Perda de peso >5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% das necessidades normais na semana anterior

Moderado (Pontuação 2) Perda de peso >5% em 2 meses ou; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar abaixo de 25-60% das necessidades normais na semana anterior

Grave (Pontuação 3) Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses)ou; IMC<18,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar abaixo de 0- 25% das necessidades normais na semana anterior

##### B. GRAVIDADE DA DOENÇA (EFEITO DO ESTRESSE METABÓLICO NO AUMENTO DAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS)

Ausente (Pontuação 0) (X) Necessidades nutricionais normais

3 (Pontuação 1) Fratura de quadril; Pacientes crônicos com condições agudas: cirrose, DPOC, diabetes,



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES LTDA  
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico  
Relatório de Evolução

Página 2 de 2  
Emitido por: MARCELLE MARIA MINA  
MAHON  
Em 23/04/2019 17:17

Paciente: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos 5 Meses 18 Dias

Data de Nascimento: 05/11/1989

Prestador Assistente: TIBERIO VANOMARK CHAVES

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - PB - 8252

Função: MEDICO(A)

### EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

Atendimento 124299

Leito: LEITO 306 B

Admissão: 23/04/2019 10:57

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

#### EVOLUÇÃO: 899786 (FECHADO)

Responsável: MARCELLE MARIA MINA MAHON - CRN 7649 Data de Referência: 23/04/2019  
Data/Hora do Documento: 23/04/2019 17:13

câncer; hemodiálise crônica

Moderado (Pontuação 2) Cirurgia abdominal de grande porte; AVC; Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas)

Grave (Pontuação 3) Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10)

PONTUAÇÃO A + PONTUAÇÃO B = escore TOTAL = 0

\* Para o escore B escolha apenas a variável de maior gravidade

\* Se o paciente apresentar idade > ou = a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos

RESULTADO: PACIENTE SEM RISCO NUTRICIONAL.

Escore total > ou = a 3: o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada

Escore total < 3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente.

Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2 200-2/2001, Resolução CPM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.

MARCELLE MARIA MINA MAHON 08552001462, AC VALID RR/R: 08552001462.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (DFT).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 23

HOSPITAL HNSN

30/04/2019 09:50

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: JOAO.SOUZA

Relatório de Avaliação

Página 1 de 1

### Avaliação

Prontuário:	21350	Idade:	29 Anos
Paciente:	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA		
Prestador(a) Assistente/Conselho:	TIBERIO VANOMARK CHAVES		8252
Função:	MEDICO(A)		
Atendimento:	124299	23/04/2019 10:57	
Convênio:	AMIL	Plano:	NIVEL 100 A 400 - DUPLO
Prestador responsável pelo documento:	AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO		COREN - PB - 366160
Função:	ENFERMEIRO(A)		
Indicador:	BRADEN (FECHADO)	23/04/2019 15:53	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	3 - Levemente limitado		
UMIDADE	4 - Rara		
ATIVIDADE	4 - Deambula frequentemente		
MOBILIDADE	3 - Discreta limitação		
NUTRIÇÃO	3 - Adequada		
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	3 - Sem problema aparente		
RESULTADO	20.0		

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN-PB-264352

AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO

COREN - PB - 366160



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 24

HOSPITAL HNSN

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico  
Relatório de Avaliação

23/04/2019 14:24

Emitido por: MICHELLE.SILVA

Página 1 de 1

### Avaliação

Prontuário:	21350	Idade:	29 Anos
Paciente:	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA		
Prestador(a) Assistente/Conselho:	TIBERIO VANOMARK CHAVES		8252
Função:	MEDICO(A)		
Atendimento:	124299	23/04/2019 10:57	
Convênio:	AMIL	Plano:	NIVEL 100 A 400 - DUPLO
Prestador responsável pelo documento:	MICHELLE TRIGUEIRO SILVA	COREN - PB - 0243592	
Função:	ENFERMEIRO(A)		
Indicador:	MORSE (FECHADO)	23/04/2019 14:23	
HISTORIA DE QUEDA NOS ULTIMOS 3 MESES	0 - Nao		
DIGNOSTICO SECUNDARIO	0 - Nao		
AJUDA PARA CAMINHAR	0 - Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas		
TERAPIA INTRAVENOSA	20 - Sim		
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA	0 - Normal/acamado/imóvel		
ESTADO MENTAL	0 - Consciente das suas capacidades		
RESULTADO	20.0		
INTERPRETAÇÃO	RISCO BAIXO		

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2 200-2/2001, Resolução CPM 1621/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SREIS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), sob N° 043.

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA 03995101410, AC VALID RFB: 03995101410

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 25



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES LTDA  
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Diagnóstico

Página: 1 / 1  
Emitido por: TIBERIO,  
VANOMARK  
Em: 29/04/2019 08:06

#### DIAGNÓSTICO

Atendimento: 124299	Prontuário: 21350	Data do atendimento: 23/04/2019 10:57:00
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA		Idade: 29 anos e 4 meses 05/11/1989
Convênio: AMIL	Plano: NIVEL 100 A 400 -	Data de Nascimento:
Médico(a) Assistente / CRM: TIBERIO VANOMARK CHAVES / CRM - PB - PB - 8252		
Função: MEDICO(A)		

**DATA DIAGNÓSTICO:** 23/04/2019

**DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO:** S697 - TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS DO PUNHO E DA MÃO (CID - 10)

**TEMPO DE DOENÇA:** 5 Hora(s)

#### DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.205-2/2001, Resolução CFP 1821/2007, Resolução CFO 91/2000, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA 04799910490, AC ONLINE RFB, 04799910490.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 26

	<b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>		Impressão: 30/04/2019 09:50
PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias	
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57	
LOCAL:		SEXO: Masculino	
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
CONVÉNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO	

<b>Gerenciamento de Risco</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Queda</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Flebite</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades da cama elevada; <input checked="" type="checkbox"/> Manter medidas farmacológicas p/control de agitação; <input type="checkbox"/> Manter repouso conforme prescrição médica; <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda;  <input checked="" type="checkbox"/> Realizar escala de MORSE diariamente; <input type="checkbox"/> Suporte ao paciente sem que necessário saída do leito; <input type="checkbox"/> Travar rodas da cama antes de retirar paciente do leito.	<input type="checkbox"/> Diluir medicações conforme prescrição médica; <input type="checkbox"/> Manter fixação do cateter venoso limpa, seca e bem aderida;  <input type="checkbox"/> Programar tempo de infusão conforme prescrição médica <input type="checkbox"/> Realizar antisepsia do conector com álcool 70%; <input checked="" type="checkbox"/> Remover AVP se presença de rubor, dor, eritema ou edema;  <input checked="" type="checkbox"/> Trocar AVP a cada 96h; <input checked="" type="checkbox"/> Trocar equipos e dispositivos de acordo c/padrão CCIH; <input type="checkbox"/> Util. acesso excl em contraste, NPT e Hemocomponente
<input type="checkbox"/> <b>Broncoaspiração</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>TEV</b>
<input type="checkbox"/> Confirmar tempo de jejum; <input type="checkbox"/> Interromper dieta 6 horas antes da extubação; <input type="checkbox"/> Interromper dieta se tosse, dispneia, apneia, queda SAT <input type="checkbox"/> Manter cabeceira e posicionamento em 30° e 45°; <input type="checkbox"/> Não administrar dieta VO se rebaixamento de nível de consciência; <input type="checkbox"/> Realizar higiene oral com enxaguante bucal; <input type="checkbox"/> Retirar prótese dentária antes da realização de procedimento	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação diária da dependência funcional do paciente; <input type="checkbox"/> Mobilização precoce; <input type="checkbox"/> Profilaxia farmacológica ou mecânica.
<input type="checkbox"/> <b>Lesão por Pressão</b>	
<input type="checkbox"/> Evitar fricção ao enxugar a pele, na mudança de decúbito e transferência do paciente; <input type="checkbox"/> Inspecionar a pele; <input type="checkbox"/> Manter cabeceira elevada 30° se não houver contra indicação <input type="checkbox"/> Aplicar protocolo de mudança de decúbito a cada 2 horas.	<input type="checkbox"/> Utilizar coxins para manter as proeminências ósseas sem contato com outras superfícies; <input type="checkbox"/> Hidratar pele; <input type="checkbox"/> Trocar a fralda a cada eliminação fisiológica; <input type="checkbox"/> Realizar planejamento nutricional perante risco associado do paciente.

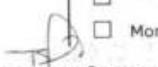
**Risco de acordo com escore de Braden**

Brando => Sem ação

Moderado => Utilizar colchão caixa de ovo

Severo => Utilizar colchão pneumático

<input type="checkbox"/> <b>Hipotermia</b>	<input type="checkbox"/> <b>Náuseas e vômitos</b>
<input type="checkbox"/> Fazer uso de cobertores na admissão do paciente ao centro cirúrgico; <input type="checkbox"/> Utilizar mantas e aquecedores térmicos; <input type="checkbox"/> Manter a temperatura ambiente entre 18 e 22 °.	<input type="checkbox"/> Manter a cabeceira do leito elevada entre 30 e 40° quando permitido; <input type="checkbox"/> Manter permeabilidade das vias aéreas e sondas; <input type="checkbox"/> Tranquilizar o paciente que retorna à consciência; <input type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais.

  
**Tássia S.C. Castro**  
 Enfermeira  
 COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN : 169976





## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### Evolução

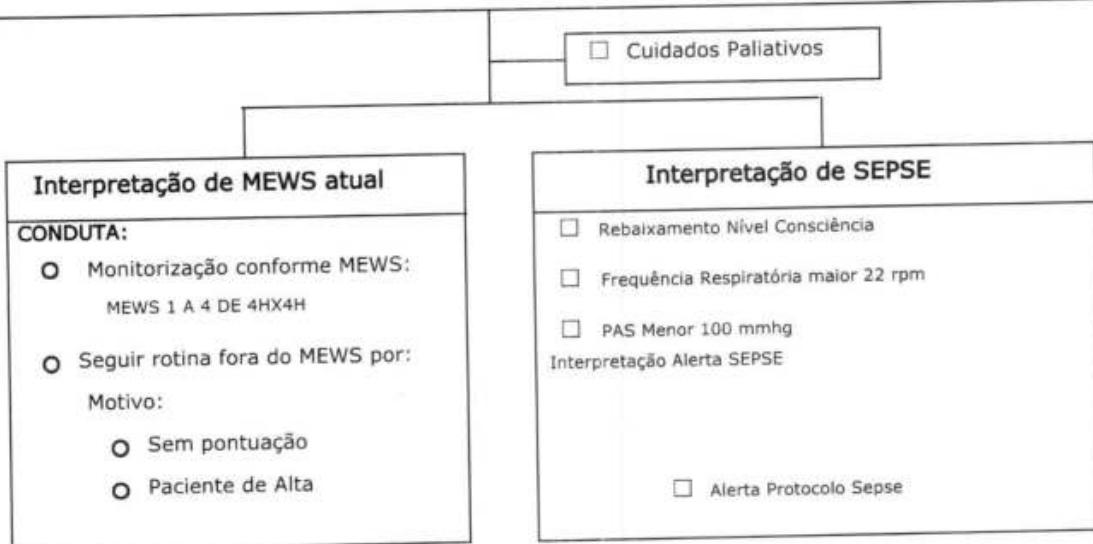
PACIENTE SEGUE COM QUADRO CLINICO MANTIDO

### Avaliação MEWS

Anterior	23/04/2019 15:50	Atual	23/04/2019 21:06
Resultado	0		1

### Interpretação de MEWS atual:

PERÍODO MÁXIMO DE AVALIAÇÃO DO MEWS DE 4 A 6 HORAS ( SE NECESSARIO MENORES PERÍODOS)  
DECISões E AVALIAÇôES NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM ;  
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUêNCIA DE MONITORIZAÇÃO E/OU SOLICITA AJUDA MÉDICA



Tássia S. C. Castro

Enfermeira

COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN

: 169976



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 28

HOSPITAL HNSN

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico  
Relatório de Avaliação

30/04/2019 09:50

Emitido por: JOAO.SOUZA

Página 1 de 1

### Avaliação

Prontuário:	21350	Idade:	29 Anos
Paciente:	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA		
Prestador(a) Assistente/Conselho:	BRUNO GUEDES WANDERLEY		7940
Função:	MEDICO(A)	23/04/2019	7:54
Atendimento:	124207		Plano: NIVEL 100 A 400 -
Convênio:	AMIL		
Prestador responsável pelo documento:	JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA	COREN - PB - 501.536	
Função:	ENFERMEIRO(A)		
Indicador:	BRADEN (FECHADO)	23/04/2019 08:56	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	3 - Levemente limitado		
UMIDADE	4 - Rara		
ATIVIDADE	4 - Deambula frequentemente		
MOBILIDADE	3 - Discreta limitação		
NUTRIÇÃO	3 - Adequada		
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	3 - Sem problema aparente		
RESULTADO	20.0		

8/  
JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA  
COREN - PB - 501.536

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 29

HOSPITAL HNSN

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico  
Relatório de Avaliação

30/04/2019 09:50

Emitido por: JOAO.SOUZA

Página 1 de 1

### Avaliação

Prontuário: 21350	Idade: 29 Anos
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	
Prestador(a) Assistente/Conselho: BRUNO GUEDES WANDERLEY	7940
Função: MEDICO(A)	23/04/2019 7:54
Atendimento: 124207	Plano: NIVEL 100 A 400 -
Convênio: AMIL	
Prestador responsável pelo documento: JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA	COREN - PB - 501.536
Função: ENFERMEIRO(A)	
Indicador: MEWS (FECHADO)	23/04/2019 08:55
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA MEWS	0 - ALERTA
FREQUÊNCIA CARDIACA	68 - 51 a 90 bpm
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	136 - 111 A 219
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	18 - 12 A 20 rpm
TEMPERATURA	37 - 36 - 38.1 °C
OXIGENIO ADICIONAL	0 - NÃO
SATURAÇÃO O2	98 - 96%
RESULTADO	0.0
INTERPRETAÇÃO	BAIXO RISCO - MONITORAÇÃO DE ROTINA
INTERVENÇÃO	FREQUÊNCIA MÁXIMA DE MONITORIZAÇÃO DE 12/12H

JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA  
COREN - PB - 501.536

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 30

Paciente: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: BRUNO GUEDES WANDERLEY

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - PB - 7940

Função: MEDICO(A)

### EVOLUÇÃO MÉDICA

Atendimento 124207

Leito:

Admissão: 23/04/2019 07:54

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 - INDIVIDUAL

#### EVOLUÇÃO: 898699 (FECHADO)

Responsável: GUSTAVO GOMES MARQUES - CRM - PB  
7155 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência: 23/04/2019

Data/Hora do Documento: 23/04/2019 08:01

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO. REFERE DOR EM MÃO DIREITA E COXAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA, VÔMITOS OU ALTERAÇÕES MOTORAS OU SENSITIVAS.  
A: VIAS AÉREAS PERVEAS, S/ DOR CERVICAL  
B: MV + EM AHT, SEM RHA E SEM DOR NO TORAX  
C: RCR, BNF, S/ SOPROS  
D: ECG:15; PUPILAS ISO/NORMO  
E: ABDOME INDOLOR, DB NEGATIVA; FERIMENTO EM 3º,4º E 5º QDD; QUADRIL SEM INSTABILIDADES  
HD: TRAUMA DE EXTREMIDADE DIREITA  
CD: RX + AVALIAÇÃO DA TRAUMATO

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFO 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.

GUSTAVO GOMES MARQUES 04821956497, AC VALDO RFB v5\_04821956497,  
NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



	<b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>		Impressão 30/04/2019 09:50
PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias	
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57	
LOCAL:		SEXO: Masculino	
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	CRM: 8252	ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
CONVÊNIO: AMIL		PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO	

### Evolução Enfermagem

#HD: POI DE LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO 4º QDD + COBERTURA DE FALHA DE PARTES MOLES DO 4º QDE COM RETALHAO FASCIOCUTÂNEO LOCAL.

#NEGA DM, HAS E ALERGIAS

PACIENTE EVOLUINDO COM EGR, AO EXAME GERAL EVOLUI BEM, CONSCIENTE E ORIENTADO, ACORDADO, CALMO, CONTACTUANTE, EUPNEICO, EM O2 AMBIENTE, MANTENDO BOA SATURAÇÃO E PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ, TÓRAX SIMÉTRICO E EXPANSIVO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, NORMOCORADO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO, AVP EM MSE PERVIO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E EM USO DE HIDRATAÇÃO VENOSA EM CURSO, FO EM MSE COM CURATIVO LIMPO EM USO DE TIPOIA, ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS, DEAMBULA, SEGUO EM OBSERVAÇÃO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.  
ORIENTADO QUANTO AO GERENCIAMENTO DE RISCO

  
**Tássia S. C. Castro**  
 Enfermeira  
 COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO

COREN : 169976



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281601333550000037039757>  
 Número do documento: 2101281601333550000037039757

Num. 38851289 - Pág. 32

*Tássia S. C. Castro*  
Enfermeira  
COREN PB 264352

*PJ*  
AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO  
COREN : 366160



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 33

	<b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>		Impressão 30/04/2019 09:51
PACIENTE: 0000021350 ATENDIMENTO: 00124299 LOCAL: MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CONVÊNIO: AMIL	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  CRM: 8252	IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias DATA: 23/04/2019 10:57 SEXO: Masculino ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO	

**Quelmadura por bisturi elétrico**

- Utilizar placa de bisturi conforme recomendação do paciente;
- Posicionar adequadamente a placa do bisturi à pele do paciente;
- Cumprir cronograma de manutenção preventiva.

  
**Tássia S. C. Castro**  
 Enfermeira  
 COREN PB 264352

AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO

COREN : 366160



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
 Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 34

**Atendimento:** 124299  
**Paciente:** WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
**Data de Nascimento:** 05/11/1989  
**Médico Assistente:** TIBERIO VANOMARK CHAVES  
**Prestador Responsável:** ROMULO JOSE DE MELO  
**Conselho / Número** COREN - PB - 654.960

**Idade:** 29 Anos 5 Meses  
**Leito Atual:** L.306 B  
**Setor:** INTERNACAO 3º PAVIMENTO  
**Função:** TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### Evolução de Enfermagem (Livre)

**Data de Referência:** 23/04/2019

**Hora anotação:** 16:40

**Responsável:** ROMULO JOSE DE MELO

**Leito:** LEITO 306 B

Evolução diurna .

# POI DE LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO 4º QDD + COBERTURA DE FALHA DE PARTES MOLES DO 4º QDE COM RETALHAO FASCIOCUTÂNEO LOCAL.  
# COMORBIDADES : NEGA .  
# ALERGIAS : NEGA .

AS 15 : 30 HS - RECEBI PACIENTE PROCEDENTE DO BLOCO CIRURGICO , CONSCIENTE E ORIENTADO , EUPNEICO , AFEBRIL , CORADO , ANCIANÓTICO , EM O2 AMBIENTE , COM HVP EM MSE , MSD IMOBILIZADO NA TIPOIA , CURATIVO OCLUSIVO EM FO , DIURESE ESPONTANEA , ACEITANDO DIETA VO , NEGA HAS E DM , NEGA ALERGIAS , AFERIDO SSVV , SEGUE SEM QUEIXAS E SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM .

AS 16 HS - PACIENTE FOI MEDICADO CPM .

AS 18 HS - PACIENTE FOI MEDICADO CPM , SEGUE SEM INTERCORRENCIAS , AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM .

Tássia S. C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

ROMULO JOSE DE MELO  
COREN - PB - 654.960



### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Atendimento:	124299	Idade:	29 Anos 5 Meses
Paciente:	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	Sexo:	Masculino
Nome da Mãe:	TEREZA DE ANDRADE LIMA	Convênio:	AMIL
Data de Nascimento:	05/11/1989	Naturalidade:	
Tipo Sanguíneo:		Setor:	INTERNACAO 3º PAVIMENTO
Estado Civil:	CASADO	Profissão:	
Responsável:	AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO		

  
Tássia S.C. Castro  
Enfermeira  
COREN PB 264352

AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO  
COREN - PB - 366160



 <b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>	Impressão 23/04/2019 15:00
PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA
ATENDIMENTO: 00124299	IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias
LOCAL:	DATA: 23/04/2019 10:57
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES	SEXO: Masculino
CONVÊNIO: AMIL	CRM: 8252 ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
	PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### Check list - Transporte Seguro

**Diagnóstico:** PÓS OP.

**Precaução:**  Não  Sim

**Setor de origem:** Centro Cirúrgico

**Setor de destino:** CDI

**Motivo do transporte:**  Exame de Imagem

Procedimento cirúrgico: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EXTENSOS NO 3º, 4º E 5º QDD + RECONSTRUÇÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO 4º QDD

Intercorrença

Alta

**Parametros do Paciente:**

Temperatura(ºC) 36      Frequencia Cardíaca: 68 bpm      Frequencia Respiratória: 17 rpm

Pressão Arterial: 121/90 mmHg      SAT O2: 99 %      Glicemia: -

Supore Respiratório:  VM  BIPAP  VENTURI  Tot

**Uso de NPT/Enteral Contínua:**  Não  Sim

**Acesso venoso:**  Não  Sim Periférico      Local: MSE

**Uso de droga vasoativa:**  Sim  Não

Qual:      Vazão:

Qual:      Vazão:

**Dispositivos:**  Não  Sim

**Equipe de transporte:**  Medico  Enfermeiro  Fisioterapeuta  Técnico de Enfermagem  Maqueiro

**Observação:** POI , CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNÉICO EM O2 AMBIENTE, AFEBRIL, NORMOTENSO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, COM AVP, LIVRE DE DRENOS E SONDAS, SEGUE EM OBSERVAÇÃO, SEM QUEIXAS.

#NÃO HOUVE PEÇA.

#GERENCIAMENTO DE RISCO:

MANTER GRADES ELEVADAS: RISCO DE QUEDA

MANTER AVP IDENTIFICADO, LIMPO E BEM ADERIDO: RISCO DE FLEBITE

MANTER PACIENTE AQUECIDO: RISCO DE HIPOTERMIA

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA

COREN

:0243592





## HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 14:35

PACIENTE: 0000021350	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias
ATENDIMENTO: 00124299		DATA: 23/04/2019 10:57
LOCAL:		SEXO: Masculino
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES		ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO: AMIL	CRM: 8252	PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

### Queimadura por bisturi elétrico

- Utilizar placa de bisturi conforme recomendação do paciente;
- Posicionar adequadamente a placa do bisturi à pele do paciente;
- Cumprir cronograma de manutenção preventiva.

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil MP-2.200-2-2001, Resolução CPM 160/12/2007, Resolução CFO 81/2000, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRSIS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), com N° 04.

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA (38851289) ATUALIZADO: 23/04/2019 14:35

FORMATOS DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 38





Prescrição.: 899554 Data: 23/04/2019 14:21  
Usuário...: TIBERIO.VANOMARK  
Atendimento: 124299 Dt Nasc: 05/11/1989 (29a 5m 23d)  
Convênio...: AMIL  
Paciente...: 21350 - WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 23/04/2019 10:57 0 Dias(s) int  
Médico....: TIBERIO VANOMARK CHAVES - CRM - PB 8252  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA  
Unid. Int.: INTERNACAO 3º POSTO 01 Leito.: LEITO 306 B Cobertura: APARTAMENTO DUPLO  
Cid.....: S697 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS DO PUNHO E DA MÃO Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:

**2ª VIA**

--	--



Rubrica do Responsável

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 NAUSEDRON INJETAVEL 4MG AMPOLA 2ML	1	AMP C/2ML		EV	8HS/8HS	[23/04] . 16 [24/04] . 00 . 08 . 16
Obs.: JUNTO COM TRAMAL						
=> AGUA DESTILADA (AMPOLA 10ML) INJETAVEL		1. AMP C/10ML				
=> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER-LOK S/AGULHA BD		1 UNIDADE				
REF:990172  => AGULHA DESCARTAVEL C/ DISP DE SEGURANCA 25X0.70 BD		1 UNIDADE				
30281864						
EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 RX MAO DIREITA ; Exame: 73051	1					[23/04] 15:30
Justificativa: CONTROLE POS-OP						
PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
8 AFERIR SINAIS VITais					6HS/6HS	[23/04] . 16 . 22 [24/04] . 04 . 10 . 16
9 CUIDADOS GERAIS						CONTINUA
10 MANTER MMSS ELEVADO						CONTINUA
Obs.: MSD						

Este registro foi realizado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CFM 1821/2007, Resolução CFC 91/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob N° 043.

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA 04799910490, AC ONLINE: RFB: 04799910490.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



SOULMV - SIMPLES E COMPLETO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 39

 <b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>	Impressão 23/04/2019 14:18
PACIENTE: 0000021350      WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA ATENDIMENTO: 00124299 LOCAL: MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CONVÊNIO: AMIL	IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias DATA: 23/04/2019 10:57 SEXO: Masculino ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil NIP 2.206.22001. Registrador CRM 16/12007. Registrador CFO 81/0101. Foi feito com protocolo em sistema certificado no prazo de Certificação para Registros de Registros Eletrônico em Saúde (RRES) da Secretaria Brasileira de Informática em Saúde (SBSI) com N° 942.

SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 0000021350. IC: VALID NIP: (6030375451)

TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 40





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA

### DECLARAÇÃO

I. Eu Wilton Junior Andrade de L autorizo o Dr. (a) Wesley Benício a realizar a seguinte anestesia Sedação e Resusci durante a cirurgia Laringoplastia.

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta de anestesia ao qual serrei submetido (a), seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas.

III. Reconheço e entendendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto as complicações que poderão ocorrer, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN) são qualificados e utilizarão todos os meios e técnicas (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente preconizados para que o melhor resultado seja alcançado.

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposta inicialmente.

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do meu médico até o momento em que o tratamento for iniciado;

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrando-me incapacitado para tomar decisões, o médico está autorizado a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionalmente aceitos;

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade:  SIM  NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do médico responsável quando esta decisão se der em meu benefício;

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim ou para mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo.

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável legal a qualquer tempo.

PACIENTE: Wilton Junior Andrade de Lima DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1989  
RG: 3089688 CPF: 004568159 N° 31 COMP.: APF 302  
ENDERECO: R: DO URUCUM BAIRRO: PARATIPE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB  
ASSINATURA: Wilton Junior Andrade de Lima

REPRESENTANTE LEGAL: Rosicléia Fernandes de CARVALHO  
RG: 5711635 CPF: 03842594 DATA DE NASCIMENTO: 06/04/1979  
ENDERECO: R: DO URUCUM BAIRRO: PARATIPE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB  
ASSINATURA: Rosicléia Fernandes LOCAL:  DATA/HORA: 23/06/19/09:32

TESTEMUNHA - NOME: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_

PO DCT 017-4



Hospital Nossa Senhora das Neves  
WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
RG: 38851289-39 Ano:  
Sexo: Masculino  
Data Atual: 23/04/2018  
Data Alter.: 23/04/2018  
Res: TERESA DE ALMEIDA LIMA



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE CIRURGIA

### DECLARAÇÃO

I. Eu Welton Junior Andrade de Lima, autorizo o Dr. (a) Bruno Weisserly a realizar a seguinte cirurgia:

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta do procedimento cirúrgico ao qual serei submetido (a), seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas;

III. Reconheço e entendendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto aos resultados do tratamento, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN) utilizarão todos os meios técnicos (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente preconizados para que o melhor resultado seja alcançado;

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposta inicialmente;

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do meu médico até o momento em que o tratamento for iniciado;

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrando-me incapacitado para tomar decisões, o médico está autorizado a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionalmente aceitos;

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade.  SIM  NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do médico responsável quando esta decisão se der em meu benefício;

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim ou para mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo;

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável legal a qualquer tempo.

PACIENTE: Welton Junior Andrade de Lima  
RG: 38851289 CPF: 019.363.653-03 DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1979  
ENDERECO: R: URUBUCA 03 Nº 32 COMP.: APT 302  
BAIRRO: PARATIBA CIDADE: JOAO PESSOA UF: PB  
ASSINATURA: Welton Junior Andrade de Lima

REPRESENTANTE LEGAL: Rosicleia Fernandes de Carvalho  
RG: 571.163-8 CPF: 070.922.519-09 DATA DE NASCIMENTO: 06/06/1979  
ENDERECO: R: DOURADINA 23 Nº 32 COMP.: APT 302  
BAIRRO: PARATIBA CIDADE: JOAO PESSOA UF: PB  
LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA/HORA: 23.04.2018 / 09:32

TESTEMUNHA - NOME: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_

FO DCT 016-3



 <b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>	
PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA ATENDIMENTO: 00124299 LOCAL: MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CONVÊNIO: AMIL	
CRM: 8252 IDADE: 29 Anos 5 Meses 24 Dias DATA: 23/04/2019 10:57 SEXO: Masculino ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO	

## Descrição Cirúrgica

<b>Dados da cirurgia</b>			
Aviso	13746	Data	23/04/2019 Início 12:15 Data 23/04/2019 Fim 13:00
Cirurgião	TIBERIO VANOMARK CHAVES	Leito: INTERNACAO 3º POSTO 01, LEITO 306 B	

<b>Procedimentos da Cirurgia</b>			
30722462 - LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA, MAO - DIREITA, Limpa 30731135 - TENORRafia MULTIPLA EM OUTRAS REGIOES, MAO - DIREITA, Limpa 30101786 - SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO, MAO - DIREITA, Limpa 30101522 - EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETAL, MAO - DIREITA, Limpa, (Principal)			

<b>Descrição Cirúrgica</b>			
1. PCT EM DDH SOB ANESTESIA DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇÃO 2. ASSEPSIA, ATISSEPSIA, COLOCAÇÃO CAMPOS ESTÉREIS 3. EXSSANGUINAÇÃO + GARROTEAMENTO DO MSD 4. REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE EXTENSOS FERIMENTOS NO DORSO DO 3º, 4º E 5º QDD, PRINCIPALMENTE NO 4º QDD 5. IDENTIFICADO LESÃO SEGMENTAR DO MECANISMO EXTENSOR TERMINAL DO DO 4º QDD, LESÃO COMPLETA CAPSULOLIGAMENTAR DA ARTIC. INTERFALANGEANA DISTAL COM EXPOSIÇÃO DAS SUPERFÍCIES ARTICULARES E FALHA DE COBERTURA DA ARTICULAÇÃO 6. IDENTIFICADO FERIMENTO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR TERMINAL DO 3º QDD 7. REALIZADO RECONSTRUÇÃO DO MEC. EXTENSOR TERMINAL DO 4º QDD E REPARO CAPSULOLIGAMENTAR DORSAL DA AIFD 8. COBERTURA DA FALHA NO DORSO DA AIFD COM ROTAÇÃO DE RETALHO LOCAL FASCIOCUTÂNEO + FIXAÇÃO DA AIFD DO 4º QDD EM LEVE HIPEREXTENSÃO COM 01 FIO DE K 1.0 PARA PROTEÇÃO DO REPARO, COM AUXILIO DE ESCÓPIA 9. REPARO DA LESÃO DO TENDÃO DO EXTENSOR TERMINAL DO 3º QDD + SUTURA DA PELE 10. SUTURA DOS FERIMENTOS NO DORSO DO 5º QDD 11. RETIRADO GARROTE DO MSD. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DE TODOS OS DEDOS 12. CURATIVO ESTÉRIL 13. IMOBILIZAÇÃO 14. AO RPA AOS CUIDADOS DO ANESTESISTA			

<b>Intercorrelações</b>			

<b>Órtese e Próteses</b>	<b>Tipo de Anestesia</b>
01 FIO DE K 1.0	BLOQUEIO LOCAL + SEDACAO

<b>Médicos que participaram deste procedimento</b>			
TIBERIO VANOMARK CHAVES(CIRURGIAO) BRUNO MONTENEGRO (AUXILIAR) JOAO AURILIO RODRIGUES ESTRELA(ANESTESISTA)			

<b>Previsão de Alta</b>			
24/04/2019 Início da manhã			

TIBERIO VANOMARK CHAVES

Este relatório foi assinado eletronicamente de acordo com o ICP-Brasil MP-2.295-0/2001, Revisão CPM 1021/2007, Revisão CPO 97/2010, sendo emitido por um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Fármaco em Saúde (SRS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) em 09/04/2021.



ICP-Brasil - Sistema de Certificação para Sistemas de Registro Fármaco em Saúde

ICP-Brasil - Sistema de Certificação para Sistemas de Registro Fármaco em Saúde

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 43



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 44

	<b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>		Impressão 29/04/2019 08:06
PACIENTE: 0000021350 ATENDIMENTO: 00124299 LOCAL: MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CONVÊNIO: AMIL	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA	CRM: 8252	IDADE: 29 Anos 5 Meses 24 Dias DATA: 23/04/2019 10:57 SEXO: Masculino ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

- Azia:
- Hérnia de Hiato:
- Náuseas, vômitos
- Mudança de hábito Intestinal:
- Alteração na cor das fezes:
- Anemia:

**Dados importantes da Anamnese:**

**Cirurgias / Anestesias Prévias / Complicações:**

**Medicamentos:**

**Exame Físico**

Peso:	Kg	Altura:	mts	ACV: RCR 2T BNF   AR: MV+ S/RA   HIDRATADO, CORADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.
Frequência Cardíaca:	BPM			
Sistólica	Diastólica			
<b>PA</b>	X			

<b>Avaliação Vias Aéreas:</b>				<b>Exames Laboratorial</b>					
Mallampati:	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	Data:				
<input checked="" type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Distância inter-incisivos _> 3cm			Hb:	Ht:	Glic:	Cr:	U:
<input checked="" type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Distância tirementoneana _> 6cm			Na:	K:	TC:	TS:	Plac:
<input checked="" type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Dist. esternomentoniana _> 12cm			Coagulograma: <input type="radio"/> Normal <input checked="" type="radio"/> Alterado INR:				

TIBERIO VANOMARK CHAVES

CRM - PB : 8252



**HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES**

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA  
ATENDIMENTO: 00124299  
LOCAL:  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES  
CONVÊNIO: AMIL

CRM: 8252

Impressão 30/04/2019 09:51  
IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias  
DATA: 23/04/2019 10:57  
SEXO: Masculino  
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

**Anestesista:**

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

**Procedimento(s):**

EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETAL  
LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA  
SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO  
TENORRAFIA MULTIPLA EM OUTRAS REGIOES

**Cirurgião:**

BRUNO GUEDES WANDERLEY; BRUNO GUEDES WANDERLEY; BRUNO GUEDES WANDERLEY; BRUNO GUEDES WANDERLEY

**Recomendação do Anestesista:**

**Indice de Aldrete e Kroulik**

Data	23/04/2019	Hora	14:00	Intervalo:	30	Minutos
<b>ITEM</b>	<b>0</b>			<b>1</b>		<b>2</b>
Atividade	<input checked="" type="radio"/> Move 0 membros			<input type="radio"/> Move 2 membros		<input type="radio"/> Move 4 membros
Respiração	<input checked="" type="radio"/> Apnéia			<input type="radio"/> Limitada, dispnéia		<input type="radio"/> Profunda, Tosse
Consciência	<input checked="" type="radio"/> Não responde ao chamado			<input type="radio"/> Desperta ao chamado		<input type="radio"/> Acordado
Circulação (PA)	<input checked="" type="radio"/> 50% nível pré-anestésico			<input type="radio"/> 20 a 49% nível pré-anestésico		<input type="radio"/> 20% nível pré-anestésico
SpO2	<input checked="" type="radio"/> Sat. <90% com O2			<input type="radio"/> Sat. >90% com O2		<input type="radio"/> Sat >92% em ar ambiente

Horário	Atividade	Respiração	Consciência	Circulação (PA)	SpO2	Pontuação Final
14:00	1	2	1	2	2	8
14:30	1	2	1	2	2	8
15:00	2	2	1	2	2	9
15:30						
16:00						
16:30						
17:00						
17:30						

**RESULTADO FINAL** Paciente em condições de liberação

**Informações Adicionais :**

**José Bonifácio Imperiano**  
Diretor Médico  
jose.bonifacio@hnsn.com.br  
(83) 99100-7576  
CPF: 11.673.024-04  
HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

CRM - PB : 3107



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA

Data 23/04/2019	Código 13746
Hora da Admissão 13:20h	Hora da Alta 14:30h

### PRÁTICAS DE CONTROLE

#### Pulseira de Identificação:

- Todas as informações da pulsiera

#### Prevenção de Quedas:

- Manter grades elevadas  
 Manter rodas maca/cama travadas  
 Contenção mecânica. Qual?

#### Manter Decúbito:

- Dorsal  Fowler  
 Ventral  Outros

#### Acessos

- Acesso venoso e identificado e prévio  
 Aplicação de Medicamentos/Via:

#### Peça Cirúrgica:

- SIM  NÃO  
 Etiqueta de identificação  
 Registro no Formulário

#### Checkagem de Drenos:

- Identificados. Qual?  
 Não se aplica.

### ANTES DA ALTA VERIFICAR

- SVD  SNE  SNG  AVP  Identificada  Não se aplica.

### EVENTOS ADVERSOS

### ESCALA DE DOR

- Reação Medicamentosa  
 Reação Anestésica  
 Reação Transfuncional Hemoderivados



### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

POD DE RECONSTRUÇÃO ARTROSCOPIA DE OMBRO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNÉICO EM O2 AMBIENTE, AFEBRIL, NORMOTENSO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, COM AVP, LIVRE DE DRENOS E SONDAS, SEGUE EM OBSERVAÇÃO, SEM QUEIXAS AGUARDANDO LIBERAÇÃO.

#NÃO HOUVE PEÇA.

#### #GERENCIAMENTO DE RISCO:

MANTER GRADESELEVADAS: RISCO DE QUEDA  
 MANTER AVP IDENTIFICADO, LIMPO E BEM ADERIDO: RISCO DE FLEBITE  
 MANTER PACIENTE AQUECIDO: RISCO DE HIPOTERMIA

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2-200-20001, Resolução CPM-182/1997, Resolução CFU-91/2000, sendo assim gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Documentos do Registro Estadual em Saúde (RES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIG) - seu N° 342.

—ELIEZIAS TIRONE SALVATORE 03886171151, AC-VUL/0 RFB, DIRECTOR

A TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 47

 <b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>		Impressão 23/04/2019 12:46
PACIENTE: 0000021350      WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA ATENDIMENTO: 00124299 LOCAL: MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CONVÊNIO: AMIL		IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias DATA: 23/04/2019 10:57 SEXO: Masculino ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com o ICP-Brasil, MP-2.205-2/2001, Resolução CPMF 162/2001, Resolução CFU 81/2006, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde (SRS) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), sob N° 040.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 08502079451, AC VALID TPF, 00030379451.

TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GFT).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 48

		<b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>	
Impressão 23/04/2019 12:44			
PACIENTE: 0000021350 ATENDIMENTO: 00124299 LOCAL: MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CONVÊNIO: AMIL	WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA     CRM: 8252	IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias DATA: 23/04/2019 10:57 SEXO: Masculino ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO	

**1.7 - Confirma Reserva de Hemocomponentes:** NAO

**Observações:**

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este relatório foi assinado eletronicamente de acordo com o ICP-Brasil, nºP-J200-2-2007, Revisão CPM 1821/2007, Revisão CFD 21/2006, sendo seu gerador é um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), sob nº 043.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS (0033037845), AC VALD (PFB: 2633037845).

As informações de data e hora neste relatório estão no mesmo PUSO-HOWARD (PHT).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>

Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 49



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão: 28/04/2019 14:23

PACIENTE: 0000021350 WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA IDADE: 29 Anos 5 Meses 18 Dias  
ATENDIMENTO: 00124299 DATA: 23/04/2019 10:57  
LOCAL: SEXO: Masculino  
MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CRM: 8252 ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CONVÉNIO: AMIL PLANO: NÍVEL 100 A 400 - DURÍO

- DRENO TÓRAX       SUCÇÃO       SILICON       LATEX       S/RESTRIÇÃO       C/RESTRIÇÃO

DRENO DE BLACK

ANTISSÉPTICO UTILIZADO:

ASPECTO:

BALÃO INSUFLADO COM (ml):

### **9. Services Realizadas:**

- BANCO SANGUE       RADIOLÓGICO       ARCO CIRÚRGICO       PAIXÃO       NÃO SE APlica

#### **10. Exames Realizados:**

- HEMOGRAMA     COAGULOGRAMA     GASOMETRIA     CULTURA     BIOPSIA CONGELAÇÃO     NÃO SE APlica

#### **11. Pecas para Anátomo Patológico:**

- SIM       NÃO

FORMOL       SF0,9%      LOTES:      VALIDADE:

## 12. Intercorrências:

- SIM       NÃO

**Descreva:**

### **13. Ao Fim da Cirurgia**

- TIPO DE Encastre:**  OCLUSIVO  SEMI-OCLUSIVO  COMPRESSIVO  DESCOBERTO  
 TAMPÃO OUTROS:

**14. Contagem de:**

ANTES DA CIRURGIA	DEPOIS DA CIRURGIA
INSTRUMENTAIS: 31+16 PCS	31+16PCS
COMPRESSAS: 02 PCTS	10 UNID
GAZES: 03 CTS	30 UNID
LÂMINAS: 01 UNID	01 UNID
AGULHAS: 02 UNID	02 UNID

## 15. Transferência do Paciente:

#### SINAIS E SINTOMAS DE COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS

- SIM ----->  HIPOTENSÃO  HIPERTENSÃO  REAÇÃO ANAFLÁTICO  CHOQ. ANAFILÁTICO  
 NÃO

LINDA SOBAYA BARROSO DO C. SANTOS

COREN 1101B6EA



	<b>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES</b>										
											Impressão 30/04/2019 09:51
PACIENTE: 0000021350      WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA ATENDIMENTO: 00124299 LOCAL: MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES CONVÊNIO: AMIL					IDADE: 29 Anos 5 Meses 25 Dias DATA: 23/04/2019 10:57 SEXO: Masculino ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO						

<b>FICHA DE ANESTESIA</b>														
Data/Hora:	23/04/2019		12:45		Intervalo de Aferição:		12		Minutos					
	Hora:	12:45	12:57	13:09	13:21	13:33	13:45	13:57	14:09	14:21	14:33	14:45	14:57	15:09

**Monitoramento de Sinais Vitais:**

F.C. (bpm):	87	87	77	88	76	76								
CO2 (mmHg):														
F.R. (irpm):														
SpO2 (%):	99	99	99	99	99	100								
P.V.C. (mmHg):														
TEMP. (°C):														
P.A.S.	142		132		134	123								
P.A.M.	94		90		91									
P.A.D.	70		70		70	70								
BIS:														

**Monitoramento de Gases:**

O2 L/Min:	2	2	2	2	2	2								
N2O L/Min:														
AR COMP. L Min:														
SEVORANE:														

Tempos:	INÍCIO HORA	FIM HORA	Procedimentos Realizados:									
ANESTESIA:	11:45	14:00										
CIRURGIA:	12:25	13:45										
GARROTE:	12:15	13:30										

**Equipe Cirúrgica:**  Não se Aplica  S1  S2  Anestesista Agenda

TIBERIO  
BONIFACIO

**José Bonifácio Imperiano**  
 Diretor Médico  
 jose.bonifacio@hnsn.com.br  
 (83) 99106-7676  
 CPF: 132.679.024-04  
 HOSPITAL MEMORIAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

CRM - PB : 3107





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 52



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

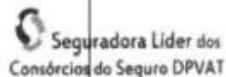
LACRE	DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			Nº 014202782441
VIA	CÓD. RENAVAM	PRT	0101567761-1	20180000504057-8
RE				EXERCÍCIO
1	09/00000000			2018
NOME				
WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA				
CPF / CNPJ		PLACA		
01456816454		QFD8958/PB		
PLACA ANT / UF		CHASSI		
NOVO PB		9C6DG2510F0018137		
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLTC		ALCO/GASOL		
MARCAS/Modelo		ANO FAB.	ANO MOD.	
YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED		2014	2015	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI		PARTIC	BRANCA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. /COTAS	
I		00/00/0000	1º	
P				
V	FADIA LRVA,	PARCELAMENTO / COTAS	2º	
A	*****	0	3º	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	
*****		SEGUR	PAGO 28/09/2018	
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO				
LOCAL		DATA		
JOAO PESSOA-PB		07/11/2018		
9999999		909670		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 54

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325049/19

**Vítima:** WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

**CPF:** 014.568.164-54

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/04/2019

**Titular do CPF:** WELTON JUNIOR  
ANDRADE DE LIMA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA : 057.714.324-74**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA : 014.568.164-54**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019  
Nome: LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA  
CPF: 057.714.324-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



Declaração do Proprietário

Eu, Everton Pienna Miranda Lemos, inscrito com CPF nº 025.922.994-80, declaro que sou proprietário de imóvel localizado no bairro Rua Praia D'Ala, nº 33 - casa 104 - Mucumagro - João Pessoa - PB, é vizinho como imóvel o sr. Walter Junior Andrade da Silva, inscrito com CPF nº 039.568.164-59.

Informo também que o sr. Walter Junior Andrade da Silva, residir neste mesmo endereço a mais de um ano.

João Pessoa, 18 de Março de 2019

Everton Pienna Miranda Lemos

CPF nº 025.922.994-80

Proprietário do imóvel

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013335500000037039757>  
Número do documento: 21012816013335500000037039757

Num. 38851289 - Pág. 57

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190540576      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA    **Data do acidente:** 23/04/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO EXTERNO EM 3º, 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DESBRIDAMENTO (P.35)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190540576      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA    **Data do acidente:** 23/04/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO EXTERNO EM 3º, 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DESBRIDAMENTO (P.35)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08097980220198152003**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

**POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**



Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

**VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.**

**Dianete do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 26 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013488300000037039758>  
Número do documento: 21012816013488300000037039758

Num. 38851290 - Pág. 2

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 16:01:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012816013488300000037039758>  
Número do documento: 21012816013488300000037039758

Num. 38851290 - Pág. 3