



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 | |
|--|--------------------|---|-------------------|
| WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA (AUTOR) | | LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 38851287 | 28/01/2021 16:01 | Petição | Petição |
| 38851289 | 28/01/2021 16:01 | 2687736_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 | Outros Documentos |
| 38851290 | 28/01/2021 16:01 | 2687736_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Outros Documentos |

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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, contatos 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. 01987/01988 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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





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:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 00003065

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência de invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signi-

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

INVALIDEZ PERMANENTE

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019

Gen. Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776 St. João Pessoa/PB

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

☐ 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 (variável)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



548526
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.**

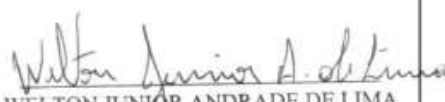
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

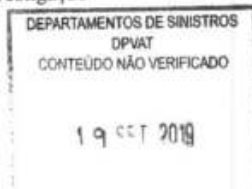
QUE, segundo o declarante no dia 23/04/2019 por volta das 06:30 horas quando transitava, pelo Perimetral Sul, Gramame, João Pessoa-PB, com o veículo tipo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ano e modelo: 2014/2015, de cor branca de placa: QFD8958/PB CHASSI: 9C6DG2510F0018137 pertencente ao declarante; Que segundo 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 CIRURGICA NA MÃO DIREITA, RECONSTRUÇÃO DO MEC. EXTENSOR TERMINAL DO 4º QDD E REPARO CAPSULOLIGAMENTAR DORSAL DA AIFD, conforme DESCRIÇÃO CIRURGICA 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


WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 10056.01.2019.1.00.401

Fonte Seguradora S/A.





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:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **Wilton Junior Fuchade de Lima**
6 - CPF: **014.568.164-54**
7 - Profissão: **Motorista**
8 - Endereço: **Rua Trais Bela**
9 - Número: **33** 10 - Complemento: **Casa 104**
11 - Bairro: **muu magro** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58066-152**
15 - E-mail: **98600-8077** 16 - Tel.(DDD):

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:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: **00003065**

AGÊNCIA:

CONTA:

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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência de invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signi-

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
INVALIDEZ PERMANENTE
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 SET 2019
Gen. Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 778 St. 108 João Pessoa/PB

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (variável)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 56.015-070 - CNPJ: 08.123.004/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69808678

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

REFERÊNCIA
JUL/2019

EWERTON PIERRE MIRANDA LEMOS
RUA PRAIA BELA, 33 - CASA 104 - MUCUMAGRO JOAO
PESSOA PB 58066-152

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|--|--------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| 001.093.110.0175.104 | 104 | Residencial | Comercial | Industrial | Outro | |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | | |
| Y10S506935 | 07/10/2010 | INTLACR | LIGADO | POTENCIAL | | |
| ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM DE DIAS | | PRÓXIMA LEITURA | |
| 730 | 736 | 7 | 29 | | 01/08/2019 | |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M3 | | | | | | |
| JUN/2019 | 9 | PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES | | | | |
| MAI/2019 | 8 | TURBIDEZ 268 293 293 | | | | |
| ABR/2019 | 14 | CLORO 268 293 293 | | | | |
| MAR/2019 | 5 | 60 | COL. TERHOT 0 0 0 | | | |
| FEV/2019 | 7 | 60 | COR 73 83 83 | | | |
| JAN/2019 | 9 | | COL. TOTAIS 268 293 293 | | | |
| MEDIA(H) | 6 | | DADOS REFERENTES A: MAI/2019 | | | |

DATA DA IMPRESSÃO: 02/07/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:55:28

| | | |
|--------------------------|---------|------------|
| DESCRIÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
| ÁGUA | | |
| 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



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

RATEIO: 1
TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/05/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO NÃO HÁ 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





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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Libânio Diego Pereira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.714.324 / 74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Welton Junior Andrade de Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 014.568.164 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima
Welton Junior Andrade de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 Líder-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 | <u>Rua João Teixeira de Carvalho</u> | Número | <u>349</u> | Complemento | <u>Casa 104</u> |
| Bairro | <u>Meu Magro</u> | Estado | <u>PB</u> | CEP | <u>58031-220</u> |
| Cidade | <u>João Pessoa</u> | Telefone comercial(DDD) | <u>83 3512-6017</u> | | |
| Entrei | | Telefone celular(DDD) | <u>83 98600-8077</u> | | |

João Pessoa de Setembro de 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 SET 2019

1-V001/2017



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 | 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 PADRAO 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. SEGUE 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



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 NECESSÁRIO MENORES PERÍODOS)
DECISÕES E AVALIAÇÕES NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM ;
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUÊNCIA 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; Pulsos Normais Simétricos;

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

04/03/2019 14:08:13

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

04/03/2019 14:08:13

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

04/03/2019 14:08:13

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

04/03/2019 14:08:13

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

04/03/2019 14:08:13

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

04/03/2019 14:08:13

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

04/03/2019 14:08:13

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA

04/03/2019 14:08:13

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 | |
| Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA | Idade: 29 Anos |
| 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 MINIMO |

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA
COREN - PB - 400108

Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:50

PACIENTE: 0000021350

WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

ATENDIMENTO: 00124299

LOCAL:

MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES

CONVÊNIO: AMIL

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

Gerenciamento de Risco

☒ Queda

- ☒ Manter grades da cama elevada;
- ☐ Manter medidas farmacológicas p/controle de agitação;
- ☐ Manter repouso conforme prescrição médica;
- ☒ Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda;
- ☐ Realizar escala de MORSE diariamente;
- ☐ Suporte ao paciente sem que necessário saída do leito;
- ☐ Travar rodas da cama antes de retirar paciente do leito.

☒ Flebite

- ☒ Diluir medicações conforme prescrição médica;
- ☐ Manter fixação do cateter venoso limpa, seca e bem aderida;
- ☐ Programar tempo de infusão conforme prescrição médica;
- ☐ Realizar antisepsia do conector com álcool 70%;
- ☒ Remover AVP se presença de rubor, dor, eritema ou edema;
- ☒ Trocar AVP a cada 96h;
- ☐ Trocar equipos e dispositivos de acordo c/padrão CCIH;
- ☐ Util. acesso excl em contraste, NPT e Hemocomponente

☐ Broncoaspiração

- ☐ Confirmar tempo de jejum;
- ☐ Interromper dieta 6 horas antes da extubação;
- ☐ Interromper dieta se tosse, dispnéia, apneia, queda SAT;
- ☐ Manter cabeça e posicionamento em 30° e 45°;
- ☐ Não administrar dieta VO se rebaixamento de nível de consciência;
- ☐ Realizar higiene oral com enxaguante bucal;
- ☐ Retirar prótese dentária antes da realização de procedimento

☐ TEV

- ☐ Avaliação diária da dependência funcional do paciente;
- ☐ Mobilização precoce;
- ☐ Profilaxia farmacológica ou mecânica.

☒ Lesão por Pressão

- ☐ Evitar fricção ao enxugar a pele, na mudança de decúbito e transferência do paciente;
- ☒ Inspeccionar a pele;
- ☐ Manter cabeça elevada 30° se não houver contra indicação;
- ☐ Aplicar protocolo de mudança de decúbito a cada 2 horas.

- ☐ Utilizar coxins para manter as proeminências ósseas sem contato com outras superfícies;
- ☒ Hidratar pele;
- ☐ Trocar a fralda a cada eliminação fisiológica;
- ☐ 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

☐ Hipotermia

- ☐ Fazer uso de cobertores na admissão do paciente ao centro cirúrgico;
- ☐ Utilizar mantas e aquecedores térmicos;
- ☐ Manter a temperatura ambiente entre 18 e 22 °.

☐ Náuseas e vômitos

- ☐ Manter a cabeça do leito elevada entre 30 e 40° quando permitido;
- ☐ Manter permeabilidade das vias aéreas e sondas;
- ☐ Tranquilizar o paciente que retorna a consciência;
- ☐ 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

| | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Datas/Horários |
|--|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 1 RISCO DE LESAO POR PRESSAO | | | | | | [24/04] 08:31 |
| Obs.: Inspeccionar diariamente a pele Hidratar pele | | | | | | |
| 2 RISCO DE FLEBITE | | | | | | [24/04] 08:31 |
| Obs.: Diluir medicacoes conforme prescricao medica Remover AVP se presen/a 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

| | Qtd | 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 -> AFERIR SINAIS VITAIS | | | | | | |
| | 1 | | | | | |

Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

MONALIZA KERCIA SILVA FERREIRA
COREN - PB - 400108

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





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

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 NECESSÁRIO MENORES PERÍODOS)
DECISÕES E AVALIAÇÕES NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM ;
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUÊNCIA 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 Sepsis


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) | | |
| Atendimento: 124299 | | 23/04/2019 10:57 |
| Convênio: AMIL | | Plano: NIVEL 100 A 400 - DUPLO |
| 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



Atendimento: 124299 Data anotação: 24/04/2019 Hora anotação: 07:00
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA Idade: 29 Anos 5 Meses
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.



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 CFM 1821/2007, 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, 04799910493.

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: N.º.8252 <hr/> Assinatura e Carimbo | |
| PACIENTE WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA ENDEREÇO RUA DO URUCUM - Nº: 102 - AP 302 - PARATIBE - JOAO PESSOA - PB PRESCRIÇÃO USO ORAL 1. CEFADROXILA 500MG ----- 14 CP TOMAR 01 CP VO 12/12H POR 07 DIAS | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR | |
| Nome: _____ _____ Ident.: _____ Org. Emissor: _____ End.: _____ _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: () _____ | <hr/> Assinatura do Farmacêutico João Pessoa, 24 de Abril de 2019 | |

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com a Lei nº 11.107/2005, Resolução CFM nº 1.811/2007, Resolução CFM nº 1.915/2008, sendo o seu conteúdo 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 Nº 042.

VANOMARK CHAVES BEZERRA 04788910463, AC ONLINE RFB, 04788910463.

DEIXE AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO EXATAS NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT).



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 relatório foi gerado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1810/2007, Resolução CPO 81/2006, sendo auto 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 Nº 043.

*****VANOMARK CHAVES BEZERRA/3478810463 AC ONLINE RFB, 0478810463.

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



Diretor Técnico Médico
Dr. Mamede Moura - CRM 6002





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 2.200-2/2001. Resolução CFM 1811/2007. Assinatura: CFM 81/2009. Neste tipo de registro, o sistema
certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Médico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 043.
Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BRZERRA (INTERMED). AC ONLINE RFB, INTERMEDIAL.


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



Atendimento: 124299
Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA
Data de: 24/04/2019
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/M²

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)

normal na semana anterior

Perda de peso >5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% das necessidades

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 normal 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 normal 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,



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 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 Nº 043.

MARCELLE MARIA MINA MAHON:08552001462, AC VALID RFB: 08552001462.

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



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

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos

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 limitacao |
| NUTRICAÇÃO | 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



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

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos

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 CFM 1821/2007, 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.

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA.03995101410, AC VALID RFB: 03995101410.



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





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
Convênio: AMIL Plano: NIVEL 100 A 400 - Data de Nascimento: 05/11/1989
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-2.200-2/2001, 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 Nº 043.
TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA 04799910493, AC ONLINE RFB, 04799910493.

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





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

ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CONVÊNIO: AMIL

PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

Gerenciamento de Risco

☒ Queda

- ☒ Manter grades da cama elevada;
- ☒ Manter medidas farmacológicas p/controle de agitação;
- ☐ Manter repouso conforme prescrição médica;
- ☒ Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda;
- ☒ Realizar escala de MORSE diariamente;
- ☐ Suporte ao paciente sem que necessário saia do leito;
- ☐ Travar rodas da cama antes de retirar paciente do leito.

☒ Flebite

- ☐ Diluir medicações conforme prescrição médica;
- ☐ Manter fixação do cateter venoso limpa, seca e bem aderida;
- ☐ Programar tempo de infusão conforme prescrição médica;
- ☐ Realizar antisepsia do conector com álcool 70%;
- ☒ Remover AVP se presença de rubor, dor, eritema ou edema;
- ☒ Trocar AVP a cada 96h;
- ☒ Trocar equipamentos e dispositivos de acordo c/padrão CCIH;
- ☐ Util. acesso excl em contraste, NPT e Hemocomponente

☐ Broncoaspiração

- ☐ Confirmar tempo de jejum;
- ☐ Interromper dieta 6 horas antes da extubação;
- ☐ Interromper dieta se tosse, dispnéia, apneia, queda SAT;
- ☐ Manter cabeça e posicionamento em 30° e 45°;
- ☐ Não administrar dieta VO se rebaixamento de nível de consciência;
- ☐ Realizar higiene oral com enxaguante bucal;
- ☐ Retirar prótese dentária antes da realização de procedimento

☒ TEV

- ☒ Avaliação diária da dependência funcional do paciente;
- ☐ Mobilização precoce;
- ☐ Profilaxia farmacológica ou mecânica.

☐ Lesão por Pressão

- ☐ Evitar fricção ao enxugar a pele, na mudança de decúbito e transferência do paciente;
- ☐ Inspeccionar a pele;
- ☐ Manter cabeça elevada 30° se não houver contra indicação;
- ☐ Aplicar protocolo de mudança de decúbito a cada 2 horas.
- ☐ Utilizar coxins para manter as proeminências ósseas sem contato com outras superfícies;
- ☐ Hidratar pele;
- ☐ Trocar a fralda a cada eliminação fisiológica;
- ☐ 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

☐ Hipotermia

- ☐ Fazer uso de cobertores na admissão do paciente ao centro cirúrgico;
- ☐ Utilizar mantas e aquecedores térmicos;
- ☐ Manter a temperatura ambiente entre 18 e 22 °.

☐ Náuseas e vômitos

- ☐ Manter a cabeça do leito elevada entre 30 e 40° quando permitido;
- ☐ Manter permeabilidade das vias aéreas e sondas;
- ☐ Tranquilizar o paciente que retorna a consciência;
- ☐ 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:

PERIODO MAXIMO DE AVALIAC?O DO MEWS DE 4 A 6 HORAS (SE NECESSARIO MENORES PERIODOS)
DECIS?ES E AVALIAC?ES NO AMBITO DA ENFERMAGEM ;
ENFERMEIRA HABILITADA A DECIDIR SE INCREMENTA FREQUENCIA DE MONITORIZAC?O E/OU SOLICITA AJUDA MEDICA

☐ Cuidados Paliativos

Interpretação de MEWS atual

CONDUTA:

- ☐ Monitorização conforme MEWS:
MEWS 1 A 4 DE 4HX4H
- ☐ 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 Sepsis

Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO
COREN : 169976



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 | | 7940 |
| Prestador(a) Assistente/Conselho: BRUNO GUEDES WANDERLEY | | |
| 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 limitacao | |
| NUTRICAÇÃO | 3 - Adequada | |
| FRICÇÃO E CISCALHAMENTO | 3 - Sem problema aparente | |
| RESULTADO | 20.0 | |

8/
JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA
COREN - PB - 501.536Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

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

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos

Prestador(a) Assistente/Conselho: BRUNO GUEDES WANDERLEY

7940

Função: MEDICO(A)

Atendimento: 124207

23/04/2019 7:54

Convênio: AMIL

Plano: NIVEL 100 A 400 -

Prestador responsável pelo documento: JOSIVALDO DE OLIVEIRA SILVA

| COREN - PB - 501.536

Função: ENFERMEIRO(A)

Indicador: MEWS (FECHADO)

23/04/2019 08:55

| | |
|----------------------------|--|
| NIVEL DE CONSCIÊNCIA MEWS | 0 - ALERTA |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA | 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



Em 23/04/2019 14:35

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





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 | 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 PADRAO 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. SEGUE EM OBSERVAÇÃO, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

ORIENTADO QUANTO AO GERENCIAMENTO DE RISCO


Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

2/
ANA CAROLINA DE AZEVEDO BRITTO MACHADO
COREN : 169976




Tássia S.C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352


AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO
COREN : 366160






HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:51

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| PACIENTE: 0000021350 | WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA | IDADE: 29 Anos 5 Meses 29 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 |

☐ 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.


Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO
COREN : 366160



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

Data anotação: 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 FASCIOTOMIA 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



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

Página 2 de 2
Emitido por: JOÃO PAULO SILVA DE SOUZA
Data da Emissão: 30/04/2019 09:51

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Atendimento: 124299

Paciente: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

Idade: 29 Anos 5 Meses

Nome da Mãe: TEREZA DE ANDRADE LIMA

Data de Nascimento: 05/11/1989

Tipo Sanguíneo:

Estado Civil: CASADO

Responsável: AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO


Sexo: Masculino

Convênio: AMIL

Naturalidade:

Setor: INTERNACAO 3º PAVIMENTO

Profissão:


Tássia S. C. Castro
Enfermeira
COREN PB 264352

2/
AMANDA KEMPS ALMEIDA COUTINHO
COREN - PB - 366160





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 15:00

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
CONVÊNIO: AMIL 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

☐ Intercorrência

☐ Alta

Parametros do Paciente:

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

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

Suporte 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, EUPNEICO 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 GRADESELEVADAS: RISCO DE QUEDA

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

MANTER PACIENTE AQUECIDO: RISCO DE HIPOTERMIA

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA

COREN

: 0243592



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



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 14:35

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

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

☐ 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 161/2007, Resolução CFO 81/2005, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Secretaria Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) - SUS-SP. DGS.

MICHELLE TRIGUEIRO SILVA (038851289) - ACD VALID RPS: 038851289

FORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (GMT).





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES LTDA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 2 / 2
Emitido por: TIBERIO.VANOMARK
Em: 29/04/2019 08:06

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 DUPL0

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 |
| Obs.: JUNTO COM TRAMAL | | | | | | [24/04] . 00 . 08 . 16 |
| -> AGUA DESTILADA (AMPOLA 10ML) INJETAVEL | 1 | AMP C/10ML | | | | |
| -> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER-LOK S/AGULHA BD REF:990172 | 1 | UNIDADE | | | | |
| -> AGULHA DESCARTAVEL C/ DISP DE SEGURANCA 25X0.70 BD 30281864 | 1 | UNIDADE | | | | |

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 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 Nº 043.

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA 04799910430, AC ONLINE RFB: 04799910430.

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



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 14:18

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 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 |
| CONVÊNIO: AMIL | | PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO |

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil MP 2.200-2/2001. Assinatura: CPF 16112037. Assinatura: CPF 911019. Assinatura: CPF 911019. Assinatura: CPF 911019.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 68100379401 - AC VALIO NFR 0630079401

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





TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA

DECLARAÇÃO

I. Eu, Wilton Junior Andrade de L, autorizo o Dr. (a) Dr. Nelson Benício a realizar a seguinte anestesia Sedação da Respiração durante a cirurgia Liberação da Ligamentação.

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

III. Reconheço e entendo 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
RG: 3089688 CPF: 004.568.166 DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1989
ENDEREÇO: R. DO URUCUM Nº 32 COMP.: APT 302
BAIRRO: PARATIBE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB
ASSINATURA: Wilton Junior Andrade de L

REPRESENTANTE LEGAL: ROSICLEIA FERNANDES DE CARVALHO
RG: 5711635 CPF: 038.922.58 DATA DE NASCIMENTO: 06/04/1979
ENDEREÇO: R. DO URUCUM Nº 32 COMP.: APT 302
BAIRRO: PARATIBE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB
ASSINATURA: Rosicleia F. Carvalho
LOCAL: _____ DATA/HORA: 23-04-19/09:32

TESTEMUNHA - NOME: _____
RG: _____ CPF: _____
ASSINATURA: _____

FO-DCT-017-4



HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES
WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA
NASC.: 05/11/1989 - 28 ANOS
ATEND.: 104259 - Sexo: M
CEP: 52116-35
DATA ATEND.: 23/04/2021
DR. TEREZA DE ANDRADE LIMA



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE CIRURGIA

DECLARAÇÃO

I. Eu, Wilton Junior Andrade de Lima
Autorizo o Dr. (a) Dr. Bruno Wanderley

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 entendo 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 (X) 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
RG: 3084588 CPF: 014.563.365 DATA DE NASCIMENTO: 05/11/1989
ENDEREÇO: R. Douradina Nº 32 COMP.: APT 302
BAIRRO: PARATIBE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB
ASSINATURA: Wilton Junior Andrade de Lima

REPRESENTANTE LEGAL: Rosicleia Fernandes de Carvalho
RG: 5211635 CPF: 039.922.514 DATA DE NASCIMENTO: 06/04/79
ENDEREÇO: R. Douradina Nº 32 COMP.: APT 302
BAIRRO: PARATIBE CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB
ASSINATURA: Rosicleia F. P. Carvalho
LOCAL: _____ DATA/HORA: 23.04.21/09:32

TESTEMUNHA - NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

ASSINATURA: _____

FO DCT 016-3





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

Descrição Cirúrgica

Dados da cirurgia

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

Procedimentos da Cirurgia

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)

Descrição Cirúrgica

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 INTERFALANGEANA DISTAL NO DORSO.
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 HIPEXEXTENSÃO COM 01 FIO DE K 1.0 PARA PROTEÇÃO DO REPARO, COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
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

Intercorrências

Órtese e Próteses

01 FIO DE K 1.0

Tipo de Anestesia

BLOQUEIO LOCAL + SEDAÇÃO

Médicos que participaram deste procedimento

TIBERIO VANOMARK CHAVES(CIRURGIAO)
BRUNO MONTENEGRO (AUXILIAR)
JOAO AURILIO RODRIGUES ESTRELA(ANESTESISTA)

Previsão de Alta

24/04/2019

Início da manhã

TIBERIO VANOMARK CHAVES

Este registro foi assinado eletronicamente de acordo com a ICP-Brasil, MP-2.200-2/2001, Resolução CPM 1021/2007, Resolução CPD 41/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) - R4 Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) com NP (S4).

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA (DEFINITIVO) AC ONLINE RFB 0479810463.

As informações de DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ENTÃO NO MESMO FUSO HORARIO (GMT).







HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 29/04/2019 08:06

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

- ☐ ☒ 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

Frequência Cardíaca: BPM

PA Sistólica Diastólica
X

ACV: RCR 2T BNF | AR: MV+ S/RA | HIDRATADO, CORADO,
EUPNEICO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO.

Avaliação Vias Aéreas:

Mallampati: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

- ☒ SIM ☐ NÃO Distância inter-incisivos > 3cm
☒ SIM ☐ NÃO Distância tirementoneana > 6cm
☒ SIM ☐ NÃO Dist. esternomentoniana > 12cm

Exames Laboratorial

Data:

Hb: Ht: Glic: Cr: Ur:

Na: K: TC: TS: Plac:

Coagulograma: ☐ Normal ☐ Alterado INR:

TIBERIO VANOMARK CHAVES

CRM - PB : 8252





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:51

PACIENTE: 0000021350

WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

ATENDIMENTO: 00124299

LOCAL:

MÉDICO: TIBERIO VANOMARK CHAVES

CONVÊNIO: AMIL

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

Anestesista:

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO

Cirurgião:

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

Recomendação do Anestesista:

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

Índice de Aldrete e Kroulik

Data 23/04/2019

Hora 14:00

Intervalo: 30

Minutos

| ITEM | 0 | 1 | 2 |
|-----------------|--|--|---|
| Atividade | <input type="radio"/> Move 0 membros | <input type="radio"/> Move 2 membros | <input checked="" type="radio"/> Move 4 membros |
| Respiração | <input type="radio"/> Apnéia | <input type="radio"/> Limitada, dispnéia | <input checked="" type="radio"/> Profunda, Tosse |
| Consciência | <input type="radio"/> Não responde ao chamado | <input checked="" type="radio"/> Desperta ao chamado | <input type="radio"/> Acordado |
| Circulação (PA) | <input type="radio"/> 50% nível pré-anestésico | <input type="radio"/> 20 a 49% nível pré-anestésico | <input checked="" type="radio"/> 20% nível pré-anestésico |
| SpO2 | <input type="radio"/> Sat. <90% com O2 | <input type="radio"/> Sat. >90% com O2 | <input checked="" 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) 99106-7576
CPF: 112.673.024-04

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 pulseira

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

Checação 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 Transfucional Hemoderivados



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

POI 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 HOUE 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 RDP-Brasil, MP-2.259-2/2001, Resolução CFM 1621/2007, Resolução CFO 81/2008, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Registro em Saúde (SRS), da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 343.

*****SUELIO MOREIRA TORRES 0000101410 AC VALD RFB 0000101410.

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





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 12:46

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 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 |
| CONVÊNIO: AMIL | | PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO |

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS

Este registro foi assinado eletronicamente no acordo com a ICP-Brasil, MP-2.270-2/2001. Assinatura: CPF 16210967, Renovação: CPF 810559, sendo sendo gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), com N° 165.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 0603079451, AC VALID 0795, 0603079451

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





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 12:44

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 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 |
| CONVÊNIO: AMIL | | 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 a ICP-Brasil, MP nº 2.206-2/2001, Resolução CFM nº 1.821/2007, Resolução CFM nº 81/2009, sendo todo 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 nº 045.

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS 0933376457, AC VALID RPS: 0633376457.

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





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 23/04/2019 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
CONVÊNIO: AMIL PLANO: NIVEL 100 A 400 - DUPLO

- ☐ DRENO TÓRAX ☐ SUCÇÃO ☐ SILICON ☐ LATEX ☐ S/RESTRIÇÃO ☐ C/RESTRIÇÃO
☐ DRENO DE BLACK
☐ ANTISSEPTICO UTILIZADO: BALÃO INSUFLADO COM (ml):
ASPECTO: REALIZADO POR:

9. Serviços Realizados:

- ☐ BANCO SANGUE ☒ RADIOLOGIA: ☐ ARCO CIRÚRGICO ☐ RAO X ☒ NÃO SE APLICA

10. Exames Realizados:

- ☐ HEMOGRAMA ☐ COAGULOGRAMA ☐ GASOMETRIA ☐ CULTURA ☐ BIOPSIA CONGELAÇÃO ☒ NÃO SE APLICA

11. Peças para Anátomo Patológico:

- ☐ SIM ☐ NÃO
☐ FORMOL ☐ SF0,9% LOTES: VALIDADE:
DESCRIÇÃO DA PEÇA(S): LATERAL_LISTA: TOPOGRAFIA:

12. Intercorrências:

- ☐ SIM ☒ NÃO
Descreva:

13. Ao Fim da Cirurgia

- CURATIVO: ☐ OCLUSIVO ☒ SEMI-OCCLUSIVO ☐ 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. ANAFLÁTICO
☐ NÃO ☐ ☐

LINDA SORAYA BARBOSA DOS SANTOS
COREN : 1018654





HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

Impressão 30/04/2019 09:51

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

FICHA DE ANESTESIA

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|------------|-------|-------|-------|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|--|
| 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 | 15:21 | | |

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 ☐ Anestesta AgendaTIBERIO
BONIFACIO

José Bonifácio Imperiano
Diretor Médico
jose.bonifacio@hnsn.com.br
(83) 99106-7576
CPF: 132.673.024-04
HOSPITAL MEMORIAL NOSSA SENHORA DAS NEVES

JOSE BONIFACIO NOBREGA IMPERIANO
CRM - PB : 3107



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME: **MELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO: **3084688 SSP PB**

CPF: **014.568.164-54** DATA NASCIMENTO: **05/11/1989**

TRUÇÃO: **LUIZ TARGINO DE LIMA**
TEREZA DE AMORADE LIMA

FORMAÇÃO: **PROFISSIONAL** ACIC: **PROFISSIONAL** CATEGORIA: **AD**

Nº REGISTRO: **04298700591** VALIDADE: **28/09/2022** 1ª INSERÇÃO: **21/02/2008**

DESCRIÇÃO: **CLASSE;**

Melton Junior Andrade de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB** DATA PASSADO: **17/10/2017**

João Pessoa
ASSINATURA DO EMISSOR

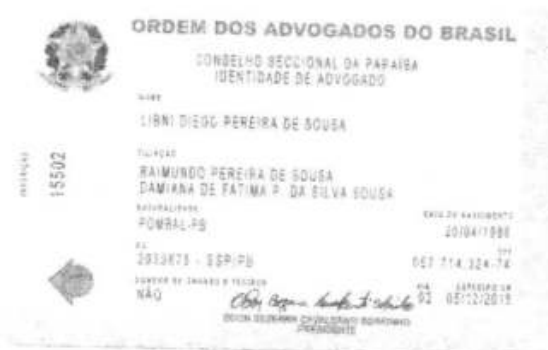
PARAÍBA

08762195838
PB035446894

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1545260054

PROVEDO PLASTIFICAR
1545260054





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **014202782441**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 0101567761-1 RNT R.C.: 00/00000000 EXERCÍCIO: 2018

NOME: **WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA**

CPF / CNPJ: 01456816454 PLACA: QFD8958/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 9C6DG2510F0018137

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAP / POT / CIL: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC CCR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA UNICA: 00/00/0000 VENC. COTA UNICA: 1º VENC / COTAS: 1º

FAXA I.R.V.A.: ***** PARCELAMENTO / COTAS: 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** IOF (R\$): SEGURO PRÊMIO TOTAL (R\$): P A G O DATA DE PAGAMENTO: 28/09/2018

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL: JOAO PESSOA - PB DATA: 07/11/2018

9999999 909670



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325049/19

Vítima: WELTON JUNIOR ANDRADE DE LIMA

CPF: 014.568.164-54

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/04/2019

Titular do CPF: WELTON JUNIOR
ANDRADE DE LIMA

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 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

LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu EWERTON PIERRE MIRANDA LEMUS INSCRITO
COM CPF Nº 025.922.994-80, DECLARO QUE SOU PROPRIETÁRIO
DE IMÓVEL LOCALIZADO NO ENDEREÇO RUA PAULA
BELA, Nº 33 - CASA 104 - MURTAZAO - JOÃO PESSOA - PB,
E TERMO COMO INQUILINO O SR. WOLTER JUNIOR ARRADE
DE LIMA INSCRITO COM CPF Nº 039.568.164-59.
INFORMO TAMBÉM QUE O SR. WOLTER JUNIOR ARRADE
DE LIMA, RESIDE NESTE ENDEREÇO A MAIS DE
UM ANO.

JOÃO PESSOA, 18 de Março de 2019

Ewerton Pierre Miranda Lemos

CPF Nº 025.922.994-80

PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 SET 2019





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 EXTENSO 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 % | R\$ 0,00 |



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 EXTENSO 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 % | R\$ 0,00 |





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 Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, 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 inexistente 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.

PORTANTO, 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.

Diante 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



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