



Número: **0800384-80.2019.8.15.0741**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Boqueirão**

Última distribuição : **02/09/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**



Justiça gratuita? **SIM**


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



Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO BATISTA DE LIMA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24044709	02/09/2019 15:14	Petição Inicial	Petição Inicial
24044715	02/09/2019 15:14	GuiaCustas	Outros Documentos
24044716	02/09/2019 15:14	Doc. Médica 3	Outros Documentos
24044718	02/09/2019 15:14	Doc. Médica 2	Outros Documentos
24044719	02/09/2019 15:14	Doc. Médica 1	Outros Documentos
24044720	02/09/2019 15:14	SAMU, BO e Negativa	Outros Documentos
24044722	02/09/2019 15:14	Doc. Pessoais e Comp. de Residência	Documento de Identificação
24044723	02/09/2019 15:14	Procuração	Procuração
24044724	02/09/2019 15:14	Petição Inicial	Outros Documentos
24532269	18/09/2019 13:09	Despacho	Despacho
28462297	20/02/2020 09:44	Expediente	Expediente

Petição Inicial em anexo.



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 074.3.19.00269/01
Nº do Processo: Comarca: Boqueirao			Data de emissão: 02/09/2019
Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de vencimento: 30/09/2019
Número da guia: 074.2019.600269 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,58
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.011,60 Promovente: LEANDRO BATISTA DE LIMA - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS - Taxa bancária: R\$ 1,35 CONSÓRCIOS DE SEGUROS			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
Valor total: R\$ 1.227,45			Desconto total: R\$ 0,00
866600000123 274509283181 520190930070 431900269017 			Valor final: R\$ 1.227,45

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 074.3.19.00269/01
Nº do Processo: Comarca: Boqueirao			Data de emissão: 02/09/2019
Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de vencimento: 30/09/2019
Número da guia: 074.2019.600269 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,58
Promovente: LEANDRO BATISTA DE LIMA Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Cartas R\$ 12,00			Parcela: 1/1
Valor total: R\$ 1.227,45			Desconto total: R\$ 0,00
Valor final: R\$ 1.227,45			

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 074.3.19.00269/01
Nº do Processo: Comarca: Boqueirao			Data de emissão: 02/09/2019
Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7			Data de vencimento: 30/09/2019
Número da guia: 074.2019.600269 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,58
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.011,60 Promovente: LEANDRO BATISTA DE LIMA - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS - Taxa bancária: R\$ 1,35 CONSÓRCIOS DE SEGUROS			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
Valor total: R\$ 1.227,45			Desconto total: R\$ 0,00
866600000123 274509283181 520190930070 431900269017 			Valor final: R\$ 1.227,45





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 074.2019.600269

Data Vencimento: 30/09/2019

Data Emissão: 02/09/2019

Comarca: Boqueirao

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 1.011,60

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.226,10

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

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



FOLHA DE ANESTESIA		DATA		PULSO		PRESSÃO ARTERIAL		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA		OUTROS		URINA		TIPO SANGÜÍNEO		AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		ANESTESIAS ANTERIORES		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		INDUÇÃO		SATISF.: Excit.: _____ Tosse: _____		LARINGO ESPARMO: _____ Lenta: _____		NÁUSEAS: _____ Vômitos: _____		OUTROS: _____		MANUTENÇÃO		Relaxante de Bupivacaína 0,5% de 100ml		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		Não, por quê? _____		DESPERTAR		Reflexos na SO: _____		Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		NÁUSEAS: _____ Vômitos: _____		OUTROS: _____		Com cânula: _____		Paro o Leito Sim _____ Não _____		CONDIÇÕES: _____	
HUECC		08/05/19		130/85		70bpm		36,5°C		37,0°C		70kg		1,70m								AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		ANESTESIAS ANTERIORES		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		INDUÇÃO		SATISF.: Excit.: _____ Tosse: _____		LARINGO ESPARMO: _____ Lenta: _____		NÁUSEAS: _____ Vômitos: _____		OUTROS: _____		MANUTENÇÃO		Relaxante de Bupivacaína 0,5% de 100ml		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		Não, por quê? _____		DESPERTAR		Reflexos na SO: _____		Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		NÁUSEAS: _____ Vômitos: _____		OUTROS: _____		Com cânula: _____		Paro o Leito Sim _____ Não _____		CONDIÇÕES: _____	



08/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 08/05/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 42671

DATA DA CIRURGIA: 08/05/2019

Número do Atendimento: 1882918 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 10 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Data da Internação: 25/04/2019

Atendimento: 1882918

Diagnostico Pré-Operatório: *Anulção de TAT de MIE*

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: OSTEOSÍNTESE

Data da Cirurgia: 08/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: JAQUELINE

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSO 3,5 ESPONJOSO COM ARRUELA E 2 ÂNCORAS Nº 5,0;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 08/05/2019


Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907



c=P. Contaminado

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Deamduo Batista de Lima DN. 01/12/81						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
—	Sala 05	SUS	37a.	4882880			
CIRURGIA Fratura cirurg. fratura de fúlex da tíbia anterior da tíbia				CIRURGIÃO Dr. Julio + Dr. Euler + Dr. Bruno			
ANESTESIA Roque + Sedação				ANESTESIA Dr. Joaquina			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
André		08/05/19	07:50	09:15			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
01	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimofa amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Midazolam		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogctas		Ethibond		
01	Maracaina		Equipo de Macrogctas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix		
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco em		Fio de Algodrão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak		
	Quelicin ml		Case Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	01	Mononylon		
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix 1-0		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml				
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coletor	02	SG Gelado fr 500 ml		
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
01	Medrothinazol		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml		
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		+ M Cirurgica 3.5		
	Cyazekina		Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml	02	Ancoras 5.0		
			Torneirinha	01	Parafuso wipon 716		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		Nº 50		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon	01	Anuella		
	Agulha desc. 28 x 28 40 x 12		Latese				
	Agulha desc. 3 x 4,5		Yokta cêdas				
01	Agulha p/ raque nº 25		30000 pili xg				
05	Alcool de Enfermagem						
	Alcool Iodado ml						
	Ataduras de Crepon						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
04	Ag. Oxipicidico						

Modelo Comercial:
PF ANCORAL 5.0
MM 2 FIBER
Código: 40085000020
Lote: 0225717
ANVISA: 10223680071

Modelo Comercial:
PF ANCORAL 5.0
MM 2 FIBER
Código: 40085000020
Lote: 0334078
ANVISA: 10223680071

- EQUIPAMENTOS**
- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (x) Oxímetro de Pulso | () Foco Auxiliar |
| () Serra | () Eletrocautério |
| () Desfibrilador | () Oxícapiógrafo |
| (x) Foco Frontal | (x) Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | (x) Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Maria Helena E. B. da Nobrega
TÉC. DE ENFERMAGEM
CRM 001.257.002

MOD 066





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 CRM 7300

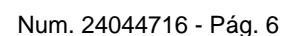
Assinatura do anestesista



Paciente:	Cleandro Batista de Lima		Idade:	37 anos
Convênio:	mop. 1882880		Data:	08/05/19
Procedimento:	Exostose de avulsão de tuberosidade anterior da tibia em nte.			
Cirurgião:	D. Fúlio	Auxiliar:	D. Euler + D. Bruno D.	
		Anestesista:	Dra. Jaqueline	
Início:	7:50	Término:	9:15	Anestesia: Fagui + sedação

[illegible][illegible][illegible]

MOD. 103



08/05/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/05/2019

Horas: 09:23:42

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882918 Paciente: **LEANDRO BATISTA DE LIMA** Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 01/12/1981 Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX JOELHO E

DIA 08/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	<i>24</i> <i>25</i>
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>24</i> <i>25</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<i>24</i> <i>25</i> <i>26</i>
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>24</i> <i>25</i>
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>ciente</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 08/05/2019 HORA: 09:22:55

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RX DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
OR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

06/05/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DO PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/05/2019

Horas: 09:05:30

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882918

Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Idade: 037

Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA

Data de Nascimento: 01/12/1981

Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1

Enfermaria: 10

Leito: 1

Diagnóstico: FX JOELHO E

DIA 06/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12/18 24/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12/18 24/06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS. ANTES DO CAFE	12/18 24/06
6	HEPARINA SODICA 5000 UI/ 0,25 ML SUBCUTANEA S.C, 1AMPOLA, 12h/12h	12/18 24/06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:06/05/2019 HORA:09:05:16

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, AFEBRIL.
COM FRATURA AVULSÃO DA TAT, AGUARDANDO TTO CIRÚRGICO
MIE: BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES LIMPAS, EDEMA
FERIMENTO LIMPO
PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO

CD: CURATIVO

ASSINADO E CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo



09/05/2019

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58.902-809
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 09/05/2019
NOME : Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Data da Internação: 25/04/2019

Data da Alta: 09/05/2019

Registro: 1882918

Tempo de Permanência: 18012

Diagnóstico Inicial: Fratura/Avaliação da TAI do MIE

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS + EXAME CLINICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 09/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR LIMITAÇÃO E DEFORMIDADE EM MIE, FFOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO PARA CONSULTA AMBULATORIAL, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E DE LIMPEZA D FO, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR

Dieta:

Medicações para Casa: PRESCRECO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIS, DEOCIL 01 COM SL 8/8H CASO DOR

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

10.1.1.148/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1882918

1/2



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 02/09/2019 15:13:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215133899800000023289335

Número do documento: 19090215133899800000023289335

Num. 24044718 - Pág. 3

09/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data09/05/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz
Egito De Araujo

CRM - P8 6926
DR. WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

(SAUV)

Nome:	Leonardo Batista de Lima		
End:	R. Manoel Juliano de Oliveira 179 Bairro: Alcantil PB		
Data de Nascimento:	01/02/1981	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.:	25/04/19 Hora: 17:40 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



25/04/2019

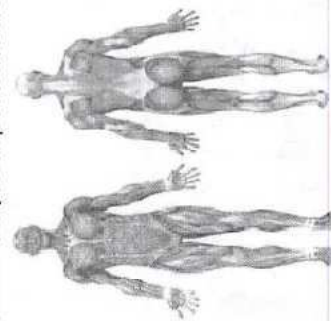


GOVERNO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDEMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1882880 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/04/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Thalia Silva Souza
PACIENTE: LEANDRO BATISTA DE LIMA CEP: 58460000 Nascimento: 01/12/1987
Sexo: M Telefone: 88810505
Idade: 037 Bairro: CENTRO
RG: 2649478 Nº: 33
CPF: 04156416402 Profissão: COSTUREIRO
Data de Atendimento: 25/04/2019 CNS: 701806274757770
Hora: 17:41:23 CONVÊNIO: SUS
CRM: Especialidade:

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA
Responsável:
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:
OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



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

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: Trauma contuso em joelho
10.1.1.1-8/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1882880

HTCG-Panel Administrativo

35

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente com história de queda de 1h, sem uso de cinto de segurança, vindo em uma moto nova de 150cc, com a moto e o motorista atingidos por uma moto de 150cc, com o motorista em joelho.

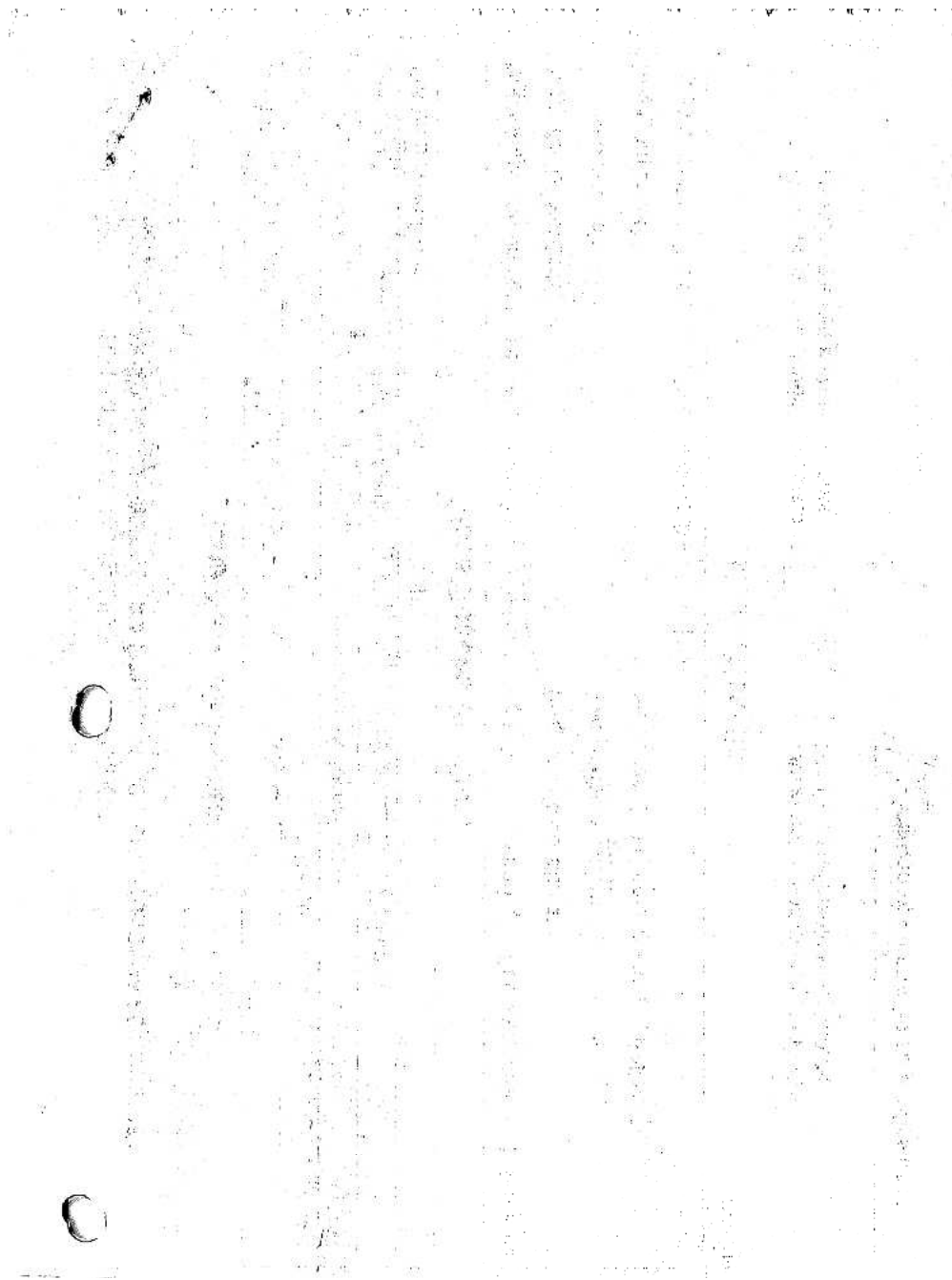
ALERGIA:
MEDICAMENTOS: Nega
PATOLOGIAS: Nega
EXAME FÍSICO: Nega
PUPILAS: 6x Fotorreagentes A) Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow: 15 PA: HGT: 1502
Circunferência abdominal: 100cm
Temperatura: 36,5°C
Frequência cardíaca: 115 bpm
Frequência respiratória: 18 rpm
Pressão arterial: 115/75 mmHg
Saturação de oxigênio: 98%
Exames solicitados:
() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia:
() Radiografias: joelho

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / às 18:00 Dia 25/04/19
Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE		PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
Nº	PREScrições E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO	
1	1. Dipirona 500mg + AD, 500mg, 4 vezes	18:00h	
2	2. Analgésico 400mg + AD, 500mg, 4 vezes		
3	3. Alça da cirurgia geral		
4			
5			
6			

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Márcio André Diniz
Médico Cirurgião
CRM: 1882880







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento (SAUV)

Nome:	Leandro Batista de Lima
End:	R. Manoel Juliano de Oliveira 179 Bairro: Alcantil PB
Data de Nascimento:	01/02/1981 Documento de Identificação:
Queixa:	Ac. moto Data do Atend.: 25/04/19 Hora: 17:40 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato	() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Verde - atendimento até 4 horas	() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



09/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data09/05/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz
Egito De Araujo

CRM - P8 6926
DR. WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO




*Im.bk
R.N
CS*

Pele: (☒) Corada () Hipócorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: (☒) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
 Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
 Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção: 28/04/19
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 28/04/19
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: (☒) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
 Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: (☒) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
 Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservada
 Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 28/04/19
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 28/04/19
 Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 28/04/19
CUIDADO CORPORAL
 Cuidado corporal: () Independente () Dependente (☒) Parcialmente dependente. Observações:
 Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
 Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
 (☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
AValiação das Necessidades Psicossociais
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Med
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Jamela S. Cruz Gondim DATA: 29/04/19 HORA: 8:55
 ENFERMEIRA
 COREN-PR 606.860
 FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre (2009).



Data da internação: 25/04/2019 Hora: 18:51:20

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE LEANDRO BATISTA DE LIMA				1882918	
7 - CARTÃO DO SUS 701806274757770		8 - DATA DE NASCIMENTO 01/12/1981		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 88810505	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA PROJETADA, 33, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alcantil		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250053		15 - UF PB	16 - CEP 58460000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doi anterior - pulso @ após queda de moto</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>fratura humeral</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <i>fratura humeral de 7a</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura humeral de 7a</i>					
21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S80.0</i>					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>fratura humeral</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016004346719	
29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/04/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Andre Ribeiro Araujo de Menezes</i> CRM-PB 5793			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ORGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

LEANDRO BATISTA DE LIMA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRURG. DE AVULSÃO DO TAT

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PARAF. FIBROIDES R16 UN50		01	
330000		01	
ANCORA 5,0 - - - - -		02	
<div> <p>IOL IMPLANTES LTDA.</p> <p>Modelo Comercial:</p> <p>PF. ANCORA-IOL 5,0</p> <p>MM2 FIBER</p> <p>Código: 40085000020</p> <p>Lote: 02257/17</p> <p>ANVISA: 10223680071</p> </div>			
<div> <p>IOL IMPLANTES LTDA.</p> <p>Modelo Comercial:</p> <p>PF. ANCORA-IOL 5,0</p> <p>MM2 FIBER</p> <p>Código: 40085000020</p> <p>Lote: 02257/17</p> <p>ANVISA: 10223680071</p> </div>			

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

CAIXA 3,5 P. FRAGMENTOS UN50

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRE

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 133651/CM-PN-8320





GOVERNO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:	Unidade I			
NOME:	Diandro Batista			
PROCEDIMENTO:				
<input checked="" type="checkbox"/> AVP-LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> GELCO Nº: 22	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> IEJU	
<input checked="" type="checkbox"/> BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA				
RETIRADO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES	
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA			
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Janice			
	COREN: 345.715			

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas
Campina Grande - PBCEP: 58.432-809
Email: chefiartraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60



Paciente:	Cleandro Batista de Lima		Idade:	37 anos	
Convênio:	mop. 1882880		Data:	08/05/19	
Procedimento:	Exostose de avulsão de tuberosidade anterior da tibia em nte.				
Cirurgião:	D. Fúlio	Auxiliar:	D. Euler + D. Bruno D.	Anestesista:	Dr. Jaqueline
Início:	7:50	Término:	9:15	Anestesia:	Jaqui + hidroco

[illegible][illegible][illegible]

MOD. 103

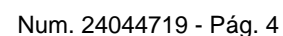




TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10


 CRM 7300

Assinatura do anestesista



c=P. Contaminado

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Deamduo Batista de Lima DN. 01/12/81						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
—	Sala 05	SUS	37a.	4882880			
CIRURGIA Trat. cirúrg. ag. de fúlvoriedade anterior da t. de				CIRURGIÃO Dr. Julio + Dr. Euler + Dr. Bruno			
ANESTESIA Roque + Sedação				ANESTESIA Dr. Joaquina			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
André		08/05/19	07:50	09:15			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
01	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimofa amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Morfinolam		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
01	Morfinolam		Equipo de Macrogctas		Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Macrogctas		Ethibond		
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix		
	Protigmine amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix		
	Protóxido l/m		Esparadrapo Larco em		Fio de Algodrão Sutupak		
	Quelicin ml		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak		
	Rapifen amp.		Case Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Thionembul ml		H ₂ O ₂ ml	01	Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix 1-0		
	Flebocortid amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Glicose amp.		Luvas 8.5				
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m				
	Haemacel ml		Poliflix				
	Heparema ml		PVPI Degemante ml				
	Kanakion amp.		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Lasix amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Medrotrinazol		Saco coletor	02	SG Gelado fr 500 ml		
01	Medrotrinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml		
	Stuptanon amp.		Sonda		SG fr 500 ml		
02	Cefalotina 1g		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cyazekina		Sonda Nasogática		+ M. Cirúrgica 3.5		
			Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml	02	Ancoras 5.0		
			Torneirinha	01	Parafuso wipenfora R16		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		Nº 50		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon	01	Anuella		
	Agulha desc. 28 x 28 40 x 12		Latese				
01	Agulha desc. 3 x 4,5		Latex				
05	Agulha p/ raque nº 25		Latex				
	Alcool de Enfermagem		Latex				
	Alcool Iodado ml		Latex				
03	Ataduras de Crepon		Latex				
	Ataduras de Gessada		Latex				
	Azul metileno amp.		Latex				
04	Agulha p/ raque nº 25		Latex				

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria Helena E. B. da Nobrega

TÉC. DE ENFERMAGEM

CRM 001.237.002

MOD 066



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 02/09/2019 15:13:38

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215133612900000023289336

Número do documento: 19090215133612900000023289336

08/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 08/05/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 42671

DATA DA CIRURGIA: 08/05/2019

Número do Atendimento: 1882918 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 10 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Data da Internação: 25/04/2019

Atendimento: 1882918

Diagnostico Pré-Operatório: *Artrólise de TAT de ME*

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: OSTEOSÍNTESE

Data da Cirurgia: 08/05/2019

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesista: JAQUELINE

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSO 3,5 ESPONJOSO COM ARRUELA E 2 ÂNCORAS Nº 5,0;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 08/05/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907



HUECC		FOLHA DE ANESTESIA		DATA 08/05/19		PRESSÃO ARTERIAL 130/85		PULSO 80 bpm		RESPIRAÇÃO 16 rpm		GLUCEMIA		URÉIA		OUTROS		TIPO SANGÜINEO		URINA	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA		DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ROSEANNE OLIVEIRA DE SOUZA		37		max. 188		max. 188		PESO		ALTURA							
ENFERMARIA		LEITO		IDADE		SEXO		COR													
AP. RESPIRATÓRIO		ASMA		BRONQUITE																	
AP. CIRCULATÓRIO		Arritmia em condução																			
AP. DIGESTIVO		DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO															
ESTADO MENTAL		Consciente, orientado		AVAXIOS		CORTICÓIDES		ALERGIA		HIPOTENSORES		RISCO									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		Fratura de fêmur distal direita																			
ANESTESIAS ANTERIORES																					
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		08:00 Midazolam 5mg, Fentanyl 50µg		APLICADA		AS		EFETO													
AGENTES ANESTÉSICOS		01																			
LÍQUIDOS		ST DL																			
CÓDIGOS		VP. ARTERIAL - O. PULSO - O. RESPIRAÇÃO - AX - AN																			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		X0																			
POSICÃO		Supino																			
AGENTES		Roxolone 45mg, Midazolam 5mg																			
TÉCNICA		Pneumotômica, 14/15 el apalmeadas de Curat, de 14/15 el apalmeadas de Curat, de 14/15 el apalmeadas de Curat																			
OPERAÇÃO		Cricotomia, 14/15 el apalmeadas de Curat, de 14/15 el apalmeadas de Curat, de 14/15 el apalmeadas de Curat																			
CIRURGIAS		Fúria + Eula + Muna																			
ANESTESISTAS		Figueiredo 8331																			
OBSERVAÇÕES																					
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS																					
PERDA SANGÜÍNEA																					



07/05/2019

HPN-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/05/2019

Horas: 10:22:25

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882918 Paciente: LEANDRO BATISTA DE LIMA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA Data de Nascimento: 01/12/1981 Admissão: 25/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 1 Diagnóstico: FX JOELHO E

DIA 07/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>Dieta zero A partir dos 00h00</i>	<i>curto</i>
2	JELCO SALINIZADO	<i>"</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	<i>12/ 18/ 24/ 06</i>
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/ 2h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12/ 24/</i>
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	<i>06</i>
6	HEPARINA SODICA 5000 UI/ 0,25 ML SUBCUTANEA S.C, IAMPOLA, 12h/12h	<i>12/ 24/ 06</i>
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>curto</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 07/05/2019 HORA: 10:22:10

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, AFEBRIL.

COM FRATURA AVULSÃO DA TAT, AGUARDANDO TTO CIRÚRGICO

MIE: BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES LIMPAS, EDEMA

FERIMENTO LIMPO

PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO

CD: CURATIVO

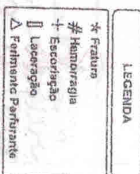
ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

19:00 - Dieta zero A partir dos 00h00
Susp. Heparina

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926



[illegible]

CHAMADA (TELEFONIA) Nº <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100		DATA: 25/04/2010 HORARIO: 15h40min	
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) <u>Leopoldo</u>		CRM:	
MOTIVO: <input type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO* <input type="checkbox"/> OUTRO* *Resposta em 15 minutos		IRRADIAR:	
Solicitante: <u>Município de origem:</u>			
PACIENTE (Téc. Em Regulação)			
Nome Completo: <u>Leandro Batista de Lima</u>			
Endereço onde se encontra o(a) Paciente (Rua, N.º, Apt. Exato, Posto de referência): <u>at Bairro (cent)</u>			
Nº do Documento: <u>741 8062 34257730</u>			
Nº do Cartão do SUS: <u>741 8062 34257730</u>			
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fm. <input type="checkbox"/> B. <input type="checkbox"/> M.			
ESTADO DE CONSCIÊNCIA			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Respiração Normalmente <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> DOR AGUA			
<input type="checkbox"/> Conluco <input type="checkbox"/> Respiração Abnormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cefaleia			
<input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Torção ou Abdominal em fôcos			
<input type="checkbox"/> Convulsionou <input type="checkbox"/> Respiração Irregular <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Reflexos Exaltados <input type="checkbox"/> Não Respira <input type="checkbox"/> Sem pulso <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Outro			
AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTÂNCIA (Método Regulador)			
PARTO <input type="checkbox"/> TRAUMA			
<input type="checkbox"/> 01 Contração 10 min. <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda da própria Altura <input type="checkbox"/> FALSA			
<input type="checkbox"/> 1-2 Contração 10 min. <input type="checkbox"/> Acidente Cíclico <input type="checkbox"/> Queda de altura inf. a 4 m <input type="checkbox"/> Capotamento			
<input type="checkbox"/> 3-5 Contração 10 min. <input type="checkbox"/> Acidente Motorciclista <input type="checkbox"/> Queda de altura sup. a 4 m <input type="checkbox"/> Encarceramento			
<input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Acidente Automobilista <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Queimaduras			
<input type="checkbox"/> Boca Rota <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Outro			
<input type="checkbox"/> Nascimento			
GRANDEZA PRESUMIDA <input type="checkbox"/> ILUSO <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA			
MEIOS <input type="checkbox"/> VSA <input type="checkbox"/> VBR <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> RAPIDO <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICO			
HORÁRIOS <u>15:40</u> <u>15:42</u> <u>15:51</u> <u>16:20</u> <u>16:30</u>			
EQUIPE <u>Medica (a)</u> <u>Enfermeira (a)</u> <u>Policial Militar</u> <u>Polícia Civil</u> <u>Defesa Civil</u> <u>INTEGRAÇÃO</u> <u>OUTROS</u>			
APOIO SOLICITADO <input type="checkbox"/> Campo de Bombardeio <input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR <input type="checkbox"/> POLÍCIA CIVIL <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL <input type="checkbox"/> INTEGRAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS			
INCIDENTE <input type="checkbox"/> CANCELADO <input type="checkbox"/> RESCUEE RESCUEE <input type="checkbox"/> RESCUEE RESCUEE <input type="checkbox"/> RESCUEE RESCUEE <input type="checkbox"/> RESCUEE RESCUEE			
NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL <input type="checkbox"/> NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL <input type="checkbox"/> NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL <input type="checkbox"/> NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL			



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Hora e data do fato: 25/04/2019 Por volta das 15:40 h.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 09:31 Hrs do 10 de junho de 2019.

COMUNICANTE: A PRÓPRIA VÍTIMA

VÍTIMA: LEANDRO BATISTA DE LIMA, Brasileiro, Solteiro, agricultor, ensino fundamental incompleto, CPF: 041.564.164-02, Nascido em 01/12/1981, Filho de Maria do socorro batista de lima, Sítio Brizio, zona rural da cidade de Alcantil-PB, Fone: (83) 9 8671-0876.

HISTÓRICO: QUE na data acima o declarante tinha se deslocado da sua residência em sua motocicleta com destino a fazenda de UREIA, que fica nas proximidades da sua casa, quando em percurso derrapou chegando cair da motocicleta sofrendo fratura na perna esquerda e ferimentos leves, o mesmo foi encontrado pela população que acionaram o SAMU na cidade e em seguida foi levado para o HOSPITAL DO TRAUMA EM CAMPINA GRANDE -PB, ficando 16 dias internado, passando por cirurgia na perna esquerda e tendo alta no dia 09/05/2019. QUE o mesmo estava utilizando a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, de placa KIB 2618 - Surubim/PE, registrada em nome de **Adelson Barbosa dos Santos** CPF 846.153.114-00

AUTORIDADE

JOÃO JOALDO FERREIRA

COMUNICANTE

Leandro Batista de Lima
LEANDRO BATISTA DE LIMA

ESCRIVÃO AD HOC :

Joana Inês Pereira da Costa
JOANA INÊS PEREIRA DA COSTA





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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190441680

Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO BATISTA DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00187/00188 - carta_05 - INVALIDEZ

00050094



Carta nº 14686600



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
041.564.164-02
 Nome
LEANDRO BATISTA DE LIMA
 Nascimento
01/12/1981

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA GÊNICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-112

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Leandro Batista de Lima
 ASSINATURA DO TITULAR

CÓDIGO DE CONTROLE
EC9E.A8AB.F9B1.6F19

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 16:43:52 do dia 01/04/2011 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

649478 DATA DE EMISSÃO: 12 MAR 2011

LEANDRO BATISTA DE LIMA

Leandro do Socorro Batista de Lima

Varentes-PE DATA DE NASCIMENTO: 01/12/1981

NATURALIDADE

Cent. Rec. nº 229, PLS, 08, Liv. A-1
Dist. Alcantar-Quixeram PE

[Assinatura]
 ASSINATURA DO TITULAR

CPF

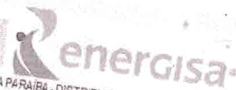


GENI SIMOES
SIT BRIZIO, S/N - AREA RURAL
ALCANTIL / PE CEP: 58460000 (AG. 108)

Ligação MONOFÁSICA
Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Rotômetro 7-265-485-2081
Medidor: 00008538901
Referência: Mai/2019
Emissão: 13/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crote Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.095.123/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024 909 626
Cód. para Déb. Automática: 00016178388



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0300 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a
Mai / 2019

Apresentação
13/05/2019

Data prevista da
próxima leitura
11/06/2019

CPF/ CNPJ/ RANI
370.887.769-39

UC (Unidade Consumidora):

5/1617536-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
11/04/18	9780	13/05/18	9801							
CCI Descrição				1	121	32				
Demonstrativo										
Quantidade Tarifada		Valor Base Útil		Área (m²)	Base Cálculo (R\$)	Leitura (R\$)				
Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$) (0,9716%)	Leitura (R\$)					
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,285180	9,55	3,55	27	2,31	8,55	0,08	0,08
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,456910	34,22	34,22	27	9,24	34,22	0,33	1,63
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	21,000	0,739370	15,40	15,40	27	4,18	15,40	0,15	0,89
0801	Adic. B. Amarela			0,42	0,42	27	0,11	0,42	0,00	0,02
0810	Subsídio			40,78	40,78	27	11,00	40,78	0,40	1,82
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0907	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			15,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 03/2019			0,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 04/2019			0,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 03/2019			1,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 04/2019			1,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019			0,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2019			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-27,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI Código de Classificação de Item		TOTAL		92,77	99,35	26,82	99,35	0,96	4,44	
Tarifa s/ Tributos Até 30kWh 0,192680		Até 100kWh 0,380290		Até 220kWh 0,495420						
Média últimos meses (kWh)										

Média últimos meses (kWh)
108

VENCIMENTO
20/05/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 92,77

Histórico de Consumo (kWh)

71	80	89	78	92	130	99	87	139	129	127	140
Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

RESERVADO AO FISCO

7ad9. ae41. 4e53. 10d1. 5dc0. 15a8. 8e49. 10ea.

Indicadores de Qualidade 3/2019 - Boqueirão

	Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
	11.01	22.03		
DIC MENSAL	11.01	22.03	1.95	
DIC ANUAL	44.07	7.07		
DIC MENSAL	15.84	30.69	1.00	NOMINAL
DIC ANUAL	5.88	16.60	1.95	CONTRATADA
DIC MENSAL				LIMITE INFERIOR
DIC ANUAL				LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	12,89	14,88
Compra de Energia	20,37	21,96
Serviço de Transmissão	2,15	2,32
Encargos Setoriais	2,27	2,45
Impostos Diretos e Encargos	58,19	62,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	92,77	100,00

Valor do EUSO (Ref. 3/2019) R\$ 21,57

ATENÇÃO

- Sua Unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 27,54

Faturas em atraso



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Leandro Batista de Lima, brasileiro (a),
Defensor, documentado portador da Cédula de Identidade nº:
3699978, inscrito no CPF nº: 041 / 569 / 169 / 02, residente e domiciliado
na Rua Sítio Bonito, Nº 511, Bairro, Zona Rural,
na Cidade de Alcantil /PB.

OUTORGADO: INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Dinamarca Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-5048/98769-2274.**

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como subestabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 22 de julho de 2019.

Leandro Batista de Lima
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº 1020, loja 02,
Dinamérica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048 / 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE BOQUEIRÃO-PB.**

LEANDRO BATISTA DE LIMA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de nº 3649478 e CPF de nº 041.564.164-02, residente e domiciliado na Rua Sítio Brizio, s/n, Zona Rural, na cidade de Alcantil/PB, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no preâmbulo desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.201, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

PRELIMINARMENTE

DO DIREITO AO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O Requerente declara em sua consciência que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família.

É de ordem pública o princípio da gratuidade da justiça àqueles que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família nos termos da Lei nº 1.060, de 05 de Fevereiro de 1950, nos seus artigos 2º, parágrafo único; 3º e 4º.

Diante do exposto, o benefício da assistência judiciária gratuita, é garantido constitucionalmente, portanto, o Requerente desde já requer este benefício, uma vez que não tem condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

Rua: Antônio Sérgio de Almeida, nº800 -B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande - PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.

DOS FATOS

A parte autora foi vítima de acidente automobilístico, fato ocorrido no dia 25.04.2019, quando estava se deslocando da sua residência em sua motocicleta Honda CG 125 titan, DE PLACA KIB/2618/PE, com destino a fazenda de ureia que fica nas proximidades de sua residência, quando no percurso derrapou chegando cair da motocicleta, sofrendo lesões graves como: **FRATURA DE PERNA ESQUERDA, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIAS DE OSTEOSSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, o que sem dúvidas realizou comprometimento do membro, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde o mesmo submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, conforme descrito em prontuário medico, atestado médico e no Boletim de Ocorrência em anexo, da Policia.

DA NEGATÓRIA NA VIA ADMINISTRATIVA

M.M, Julgador, a parte autora solicitou administrativamente o pagamento do seguro DPVAT, apresentando para tanto todos os documentos pertinentes. Entretanto, para sua surpresa, **TEVE O BENEFÍCIO NEGADO AO ARGUMENTO DE QUE NÃO HÁ LESÕES A INDENIZAR.**

Ora, Excelência, a autora sofreu diversas lesões físicas, as quais deixaram seqüelas permanentes, fazendo jus, portanto, ao recebimento do seguro ora pleiteado, não devendo prosperar a negativa administrativa.

Nesse sentido Excelência, em decorrência do acidente sofrido pelo autor e da negatória administrativa, este busca a tutela jurisdicional do Estado com o intuito de receber o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre da seguradora Requerida, uma vez ser esta, integrante do grupo de seguradoras que operam o seguro DPVAT instituído pela Resolução 1/75 do Consórcio Nacional de Seguros Privados (CNPS).

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas,



indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

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

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

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

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.



Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007 , devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidez permanente, porém o autor não possui capacidade econômica para arcar



com tais despesas, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV : "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;"

É cediço que a Lei nº 11.482/2007 deu nova redação ao art. 3º da Lei de Regência, estabelecendo novo valor para indenização por invalidez permanente, qual seja, o quantum de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Por outro lado, não se pode olvidar que com o advento da Lei nº 11.945/2009, o pagamento de indenização do seguro DPVAT para os casos de invalidez do beneficiário passou a ser feito com estrita observância ao grau de lesão experimentado pelo segurado, grau esse que só poderá ser objetivamente mensurado com a perícia médica judicial.

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida a indenizar o promovente ao pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor Máximo 13.500,00 (treze mil e quinhentos) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- com fundamento no Art. 246, I do Novo Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);



06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

08 – Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando MEDICO PERITO desta localidade, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

19 – requer que a promovida faça juntar ao caderno processual, o processo administrativo com todos os documentos originais que foram entregues a mesma, especialmente a documentação médica completa;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

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

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 02 de Setembro de 2019.

Inácio Bruno Sarmiento
-Advogado-
OAB/PB 21.472



QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: _____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS): _____

_____.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

_____.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

_____.

Sem mais, em ____/____/_____.

(Assinatura – carimbo – CRM)





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Boqueirão

Rua Amaro Antônio Barbosa, nº 30, Bairro Novo – CEP 58.450-000

Fone/Fax (83) 3391 2329

Processo n.º: 0800384-80.2019.8.15.0741

Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Parte Autora: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Parte Ré: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

De acordo com o art. 334 do CPC, quando a petição inicial preencher os requisitos e não for o caso de improcedência liminar, deveria ser designada data para realização de audiência de conciliação ou de mediação, a não ser que ambas as partes manifestem desinteresse pelo ato.

No entanto, considerando os princípios fundamentais que regem o direito processual civil moderno, especialmente a duração razoável do processo, entendo que, no caso dos autos, a conciliação é improvável, razão pela qual a realização da citada audiência neste momento somente contribuiria para o atraso na marcha processual.

Ademais, na exordial, a parte autora manifesta o desinteresse na composição.

Assim, deixo de designar a audiência de conciliação, sem prejuízo de fazê-lo adiante, se a medida se mostrar adequada para abreviar o acesso das partes à melhor solução da lide.

Destarte, **cite-se** a promovedora por carta (AR) para, querendo e no prazo legal, apresentar contestação, sob pena de revelia (arts. 231, I, 246, I, 335, III, e 344, CPC).

Boqueirão/PB, 18 de setembro de 2019.



Juiza de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE BOQUEIRÃO

Processo nº 0800384-80.2019.8.15.0741

AUTOR: LEANDRO BATISTA DE LIMA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO DE CITAÇÃO

Pelo presente, fica o destinatário CITADO, via sistema, da existência da presente ação para, querendo e no prazo legal, apresentar contestação, sob pena de revelia (arts. 231, I, 246, I, 335, III, e 344, CPC).

DESTINATÁRIO: Parte Promovida.

Boqueirão/PB, 20 de fevereiro de 2020.

De ordem, MAGDALA ALVES VITORINO.

Técnico(a) Judiciário(a)

