



Número: **0830003-44.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **26/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.097,57**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES (AUTOR)</b>	<b>WENDELL ARAUJO SOUSA (ADVOGADO)</b> <b>JESSIKA WALESKA FARIAZ ARAUJO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38430 917	15/01/2021 12:09	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38430 918	15/01/2021 12:09	<a href="#"><u>2701230_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38430 919	15/01/2021 12:09	<a href="#"><u>2701230_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095111700000036648241>  
Número do documento: 21011512095111700000036648241

Num. 38430917 - Pág. 1

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

---

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190515067**      **Vítima: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

**Data do Acidente: 30/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

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

**Senhor(a), GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14916110



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

---

**Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190515067**      **Vítima: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

**Data do Acidente: 30/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000493-6**

**Conta: 000000038914-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
2<sup>a</sup> SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
7<sup>a</sup> DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB  
Rua João Viana Amorim Guedes, 1037, Catingueira, C. Grande/PB

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

**Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**Hora e data do fato:** Às 14:15, do dia 30 de abril de 2019.

**Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento:** Às 09:33, do dia 15 de julho de 2019.

**Local do Ocorrido:** ALÇA SUDOESTE, EM FRENTE AO POSTO DE GASOLINA DA COTEMINAS

**COMUNICANTE:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES, do sexo masculino, nascido no dia 19/03/1999, com 20 anos de idade, ID: 4.155.319 SSP-PB, OP. MÁQUINAS, filho de GERLÂNIO DE SOUZA PONTES e de LUCILEIDE BATISTA DE BRITO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRO, natural de CAMPINA GRANDE, BRASILEIRO, residente na RUA INÁCIO DA COSTA RAMOS, 87, complemento P. REDE COMPRAS, bairro MALVINAS, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 9.8687-0723

**VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE**

**TESTEMUNHAS:** WENDELL ARAÚJO SOUSA, do sexo masculino, ADVOGADO, residente na RUA TOMAZ SOARES DE SOUSA, 1010, P. AO MOTIVA, complemento AP. 201, bairro CATOLÉ, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 9.9850-6142. ELIZABETH COSTA ARAÚJO, OP. MÁQUINAS, residente na RUA TOMAZ SOARES DE SOUSA, 1010, P. AO MOTIVA, complemento AP. 201, bairro CATOLÉ, na cidade de C. GRANDE, PB.

**ACUSADO(S): A INVESTIGAR**

**HISTÓRICO:** informa o comunicante que, no dia do fato, estava transitando na BR 230, Alça Sudoeste, ocasião em que um carro cuja placa não conseguiu visualizar saiu repentinamente do posto de gasolina, não pegando um giradouro ali existente para tal manobra, adentrando de vez na pista, o que ocasionou um acidente, tendo o comunicante perdido o controle da moto Honda CG 160 Fan, ano 2018/2019, cor preta, placa QDG8420/PB; QUE foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido ao Hospital, conforme documentação anexa.

**AUTORIDADE**

KARINE DE LIMA VASCONCELOS

**COMUNICANTE**

GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

**ESCRIVÃ**

SIMONE RODRIGUES





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:  
704.765.764-90 GLAUBER LUANN DE BRITO PONTE

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

Nome completo: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTE CPF: 704.765.764-90  
Profissão:  Endereço: Número: 87 Complemento: L  
Alexandre Matiunin R. INÁCIO DA COSTA RAMOS  
Bairro: UNIVERSITÁRIO Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 58429-115  
E-mail: aduwendella@gmail.com Tel.(DDD): 83 98687-0723

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

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0493

CONTA: 0038914

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 de 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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e Data, CAMPINA GRANDE - PB 11/10/2019  
Nome: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTE  
CPF: 704.765.764-90

TESTEMUNHAS

1º | Nomes:

CPF:

04 SET. 2019

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(\* Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA  
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
2º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITAR

Campina Grande – PB, 14 de Maio de 2019.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 024/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 30/04/2019, conforme registro nº BM 2019.0430.1415-00043, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 14h15min o Sr. GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES, documento de identificação nº 2914128 SSP/PB vítima de Acidente de Trânsito (ATROPELAMENTO NÃO FATAL) ocorrido na BR-230, próximo a Coteminas, Bairro: Velame, Campina Grande-PB. O sinistro foi atendido pela guarnição da viatura de prefixo AR-37, tendo como chefe o CB BM Claudino, Matrícula: 521.978-7. A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE AO SOLO COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA FRATURA EXPOSTA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO (TÍBIA E FÍBULA). Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição transportou a vítima para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

Para constar, eu ASPIRANTE, CRISLAINE MACEDO TRAJANO, Matrícula 527.465-6 Chefe do RESGATE, digitei a presente Certidão, que vai assinada por mim e pelo auxiliar.

CRISLAINE MACEDO TRAJANO – ASP QOBM  
Chefe do Resgate

ERIC MEDEIROS MARINHO – ST QPMP-0  
Auxiliar do CIOP

COFRE PREV  
COMPRA PREVIDÊNCIA S/A  
04 SET. 2019

DA PARAIBA

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA – 2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
AV. PERNAMBUCO, 1415 – 5º BLOCO – CEP: 58050-000 – CAMPINA GRANDE – PB  
TEL: (83) 3276-1111 – FAX: (83) 3276-1222

46. JOÃO PESSOA



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000000038914-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO16102019050000000002370049300000038914236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>  
Número do documento: 21011512095138900000036648242

Num. 38430918 - Pág. 6



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu josé Erivan fernandes de Medeiros

inscrito (a) no CPF/CNPJ 026864664, 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Glauber Luann de Bruto Pontes inscrito (a) no CPF sob o Nº 304765764, 90  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Glauber Luann de Bruto Pontes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 304765764, 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso informar Renda: Recurso informar e apresento os documentos comprobatórios:

Recurso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. Vigário Galvão</u>	Número:	<u>375</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58401230</u>
E-mail:	<u>jt.Medeiros1@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>83981438421</u>

Local e Data: João Pessoa 04/09/2019

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>  
Número do documento: 21011512095138900000036648242

Num. 38430918 - Pág. 7



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

**IDENTIMENTO URGENCIA**

**PRONT (B.11886497 CLASS: DE RISCO: VERMELHO**

Av. Mal. Floriano, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Encia (B.E) - Modelo 07

Nascimento:19/03/1999

Sexo:M

Idade:020

Bairro:MALVINAS

RG: N°:87

CPF: CNIS:6546699999996

Nome da Matr:IDÉE BATISTA DE BRITO

Estado Civil:Solteira

Atend:30/04/2019

Hora: 14:59:04

Especialidade:

Médico:

CRM:

Responsável:

Estado Civil:Solteira

Motivo: ACIDIE MOTO

OBS FICHA:

MECANISMO DE 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. Empaixamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Contato
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contante
19. Fratura direta fechada
20. Fratura direta aberta
21. Hematoma
22. Ingergência de venoso
23. Lacerção
24. Lesão residual
25. Luxação
26. Mordedura
27. Mordimento residual para
28. Objeto Enrolado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paroxia
32. Paroxesia
33. Quemadura
34. Rinorrágia
35. Sinal de Isquémia
- 36.

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

QUEIMADOU

Superfície da lesada = %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO: POLI TRAUMA

OBS:

&lt;p



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51

<http://pie.tpbj.us.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>

Número do documento: 21011512095138900000036648242

10.1.1.148/pccg/empregencia.php?contar=1886497

DESTINO DO INTE	/	hs	IDADE	SERVIÇOS REALIZADOS:	
				CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO
<input type="checkbox"/> Centro cir				<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> Revella	
<input type="checkbox"/> Internação				<input type="checkbox"/> Decisão Médica	
<input type="checkbox"/> Transferêntro SETOR ou HOSPITAL				<input type="checkbox"/> Óbito	
<i>X Raciocíncia B de Bolte</i>					
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)					

Data da internação: 30/04/2019 Hora: 15:37:23

<b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <b>GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES</b>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1886528</b>	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>19/03/1999</b>	9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>LUCILEIDE BATISTA DE BRITO</b>			11 - FONE DE CONTATO <b>83 988088439</b>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <b>INACIO DA COSTA RAMOS , 87 , MALVINAS</b>			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>	
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO <b>250400</b>		15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58400002</b>	
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>				
<i>Febre Alentejo maloculto / / Tmns NP Perna ( ) EF: DV6808H PERF. PERN. ( ) Fenimento extenso ( / exposição dura a</i>				
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>				
<i>Febre dura ( )</i>				
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>				
<i>Febre tpm tpm tpm ossos na Perna ( )</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<i>Febre tpm tpm tpm ossos na Perna ( )</i>				
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROcedimento SOLICITADO</b>				
<i>Febre tpm tpm tpm ossos na Perna ( )</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA <b>Dr. V. M. A. 02</b>		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>190005316860006</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>30/04/2019</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>				
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>				
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>				
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b>				
<input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO
<input type="checkbox"/> APOSENTADO		<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>21011512095138900000036648242</b>		
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



Data da internação: 30/04/2019 Hora: 15:37:23

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			4 - CNIS <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <b>GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES</b>			6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1886528</b>	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>19/03/1999</b>	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>LUCILEIDE BATISTA DE BRITO</b>			11 - FONE DE CONTATO DD: <b>83</b> N.º DE TELEFONE: <b>988088439</b>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>INACIO DA COSTA RAMOS , 87 , MALVINAS</b>				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58400002</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Rifte Alentejo melocistilis / Trauma na Perna EF: PUS (H) PERF PERNIF (H) festejamento excesso de exposição dobra</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>P Azma</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exa de Perna</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta ossos da perna</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>H02</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>EDUCA Cirurgia / fix na bila</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA <b>Unifil</b>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>190005316860006</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>30/04/2019</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
33 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR	( <input type="checkbox"/> ) AUTÔNOMO	( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO	( <input type="checkbox"/> ) APOSENTADO	( <input type="checkbox"/> ) NÃO SEGURO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR <i>COMPREV REV PREVIDÊNCIA S/A</i>	45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>04 SET. 2019</i>	
45 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> ) CNS ( <input type="checkbox"/> ) CPF	46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	<i>PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>		





### REQUISIÇÃO DE EXA

NAME:	Glauber												PRONTUÁ
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LE						
	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			Out. T	7	2						

### DADOS CLÍNICOS:

05 cop

### MATERIAL A EXAMINAR:

~~RAIO X  
REALIZADO EM:  
05/01/19~~

### EXAMES SOLICITADOS:

R X pene D AP / P

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	01/05/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

*Hallisson Borges de Almeida  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA  
CRM-PB 95562*





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1886528 Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO Data de Nascimento: 19/03/1999 Admissão: 30/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXP OSSOS PERNAS D

DIA 03/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓ 00
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	✓ 18 29 00
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	14 22 00
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	12 18 29 00
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 29 00
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	✓ 24
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

**EVOLUÇÃO**

DATA:03/05/2019 HORA:08:07:10

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, AFEBRIL

NV: PRESERVADO

DOR: 2/4+

FO:EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM  
AGUARDA CIRURGIA  
SO. R-X DE CALCÂNEO D

601 145/45

Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 6643

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner De Melo Falcão





GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		REQUISIÇÃO DE EXAI	
		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DONA LUIZ GONZAGA FERNANDES			
ONE:	6111004	DATA:	20/01/2021	PRONTUÁRIO:	899
ADE:	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	CLÍNICA:	ENFERMEIRA: LEI 2
ANOS CLÍNICOS:					
COMARCA:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
RAIO X: REALIZADO EM: 03/05/19					
NAMEIS SOLICITADOS:					
Dr. Wagner INTRODUÇÃO E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643					
AGÊNCIA:	07050709	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
TA:	07/05/2019				



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES  
Dr(a): WAGNER FALCAO  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000464212  
Data: 03-05-2019 10:28  
Idade: 20 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: CLINICA ORTOPEDICA II  
Destino: ENF 07 - L 02

HEMOGLOBINA ..... 10.5

[DATA DA COLETA: 03/05/2019 10:27 ] Valores de Referência:  
Materiais: Sangue Masculino: 11,0 - 16,0 g%  
Método: Cianometahemoglobina Feminino: 13,5 - 18,0 g%

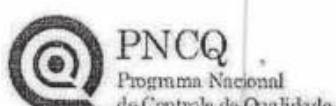
HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE ..... 31.5 %

[DATA DA COLETA: 03/05/2019 10:26 ] Valores de Referência:  
Materiais: Sangue 37 - 47 % (Wintrobe)  
Método: Wintrobe

Carlos Felipe Souza de Oliveira Melo  
Bionédica  
CRM 5409

Emissão: 03/05/2019 11:47 - Páginas: 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C195-3080-6398-2B41-439B-B6F5-59A6-878B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>

Número do documento: 21011512095138900000036648242

Num. 38430918 - Pág. 15

02/05/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
 Data: 02/05/2019  
 Horas: 06:29:52  
 Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1886528 Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES Idade: 020 Sexo: M  
 Nome da Mãe: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO Data de Nascimento: 19/03/1999 Admissão: 30/04/2019  
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXP OSSOS PERNAS D

DIA 02/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

on

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	14 06/05
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	14 06/05
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 22/05
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	14 24/05
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	14 06/05
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06/05
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO Concentrado de hematomas, 3UI, EV.

DATA: 02/05/2019 HORA: 06:29:32

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, AFEBRIL.

NV: PRESERVADO

DOR: 2/4+

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM  
 AGUARDA CIRURGIA  
 SOL. PRÉ-OP

Dr. Wagner Falcao  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PB 8643

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
 M.R. Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PB 1825

ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner De Melo Falcao

01	UNIDADES	HEMOC	DATA	02/05/19	ABOIRH
DOADOR:	1.2021	VOLUME:	A+		
INICIO:	18/05/2019 03:27:07	TEMPO:			
PA	PULSO	TEMP:			

01	UNIDADES	HEMOC	DATA	21/05/19	ABOIRH
DOADOR:	1008401022	VOLUME:	A+		
INICIO:	19/05/2019 19:30	TEMPO:			
PA	PULSO	TEMP:			

01	UNIDADES	HEMOC	DATA	21/05/19	ABOIRH
DOADOR:	190709080	VOLUME:	350 A,		
INICIO:	23.05.19 10:23	TEMPO:			
PA	PULSO	TEMP:			

10.1.1.18/projetohtcg/impripevo.php?data=2019-05-02&amp;conta=18865283&amp;DC=12287



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>  
 Número do documento: 21011512095138900000036648242

Num. 38430918 - Pág. 16



Data: 30/04/2019  
 Horas: 15:43:29  
 Médico (a) Diarista : Ericsson Albuquerque Marques

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1886528 Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES Idade: 020  
 Nome da Mãe: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO Data de Nascimento: 19/03/1999 Sexo: M 7-2  
 Clinica:CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 30/04/2019

MÉDICO(A): Ericsson Albuquerque Marques /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	22/06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	24/06 → para URPA
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	24/06 → para URPA
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	26/06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	26/06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06/07
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

30/4/19 Inte. Anest. 01 FMNM exsiga  
 993 73323 na hora 0  
 Dr. AD centro cirúrgico

Ericsson  
 Albuquerque  
 Marques



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1886528 Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: LUCILEIDE BATISTA DE BRITO Data de Nascimento: 19/03/1999 Admissão: 30/04/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXP OSSOS PERNAS

DIA 01/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	10/05/2019
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	10/05/2019
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	10/05/2019
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	10/05/2019
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	10/05/2019
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	10/05/2019
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	10/05/2019
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	10/05/2019
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	10/05/2019

### EVOLUÇÃO

DATA:01/05/2019 HORA:08:22:46

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, AFEBRIL

NV: PRESERVADO

DOR: 2/4+

FO:EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

*Solicito RX controle*

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida

*CB*  
Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562





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

REQUISIÇÃO DE EXA

LEI  
526

NAME:		LWAN DE BRITO		PONTES		PRONTUÁRIO	
NAME:	LAST NAME:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF.:
Gláuber		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P.	<input type="checkbox"/> A	

DADOS CLÍNICOS:

Politriunia

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de bacto  
Rx de perna D

RAIO X  
REALIZADO EM:  
30/04/19

RGÊNCIA:	ROTTINA:
ATA: 30/04/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Genésio  
CRM: 4475





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES
DATA DO EXAME:	30/04/2019

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

**ANÁLISE:**

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

Figado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e visceras ocaas, assim como de hemoretroperitônio.*

  
**DR. ANDRÉ VENTURA**  
Médico Radiologista  
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Cláudia Irani de Brito | Registrô: | Leito: 72 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 37,0 °C; P: bpm; FR: 21 lpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 74 bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Férme. Duração. Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

#### 4. OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

#### 5. SEGURANÇA FÍSICA

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



Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
 Tempo de enchimento capilar: (✓) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Precordialgia ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? \_\_\_\_\_ Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 x Cateter vascular: (✗) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MS E Data da punção 01/05/19  
 Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

#### ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

x Alimentação: (✗) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /

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

Abdômen: (✓) Normotônico ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

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

Eliminação intestinal: (✗) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✗) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (✓) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

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

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

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

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

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

x CUIDADO CORPORAL Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (✗) Parcialmente dependente. Observações:

x Higiene corporal: (✗) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

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

SONO E REPOUSO ( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia (✗) Sono interrompido. Observações:

#### 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

#### COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✗) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

#### 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

#### RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

#### INTERCORRÊNCIAS

Paciente encontra-se clinicamente instável, comentei em tempo e espaço, manter ferma, manter cardíaca, eupneica, manter tempo, O2 ameaçado. Faz ação de eliminação fecal preservando eliminação intestinal preservada, restringe ao leito, AVP em MSE, cuidado corporal maiormente dependente / satisfatório, haja interrupção de SIC, comunicação preservada. Realizado a validade de enfermagem segue sob cuidados da equipe.

C de enfermagem: Unifacisa RA-1812010023 Maria Rita Bozma

Assinatura é Assinatura do Enfermeiro:

Emerson Tiago dos S. Alves  
 ENFERMEIRO  
 COREN-SP 488.128

DATA: 02/05/2019

HORA: 16:00 h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Glauher Luan | Registrô: 7 | Leito: 2 | Setor Atual: Int. J.

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:   

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria.

Obs:   

##### OXIGENAÇÃO

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

VMNI  VMI TOT nº    Comissura labial nº    FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:   

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:   

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:   

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data:    /    /    Hora:   

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:   

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:   



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

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

Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais? Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção 01/05/19

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 () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /

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

Abdômen: () Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

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

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

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

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Gianótica Turgor da pele: () Preservado

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

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

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

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

**CUIDADO CORPORAL**

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

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

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

**SONO E REPOUSO**

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

**4 - AValiação das necessidades psicossociais**

**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

**5 - Necessidades psicoespirituais**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

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

**INTERCORRÊNCIAS**

Assinatura do Enfermeiro:

Eduardo Afonso de Sousa  
COREN-PB 26656-ENF

DATA: 02/05/19

HORA: h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados no ato de



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Glauher Luau Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 7.2 Setor Atual: 012

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

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

VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispneia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruídos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Chelo.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: HS E Data da punção 01/05/19	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMIII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo sómático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses <input checked="" type="checkbox"/> Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: _____ / _____ / _____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Pete consciente orientado. Aguarda procedimento cirúrgico. Segue os cuidados da enfermagem.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 01/05/19 HORA: _____	





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO**  
**HOSPITAL DE CONVOCACIÃO E TRAJAMA FONE 11 112 6**

HOSPITAL DE FONSECA E TRAJANO DOM JUIZ CONZAGA FERNANDES  
SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO

REQUISIÇÃO DE EXA

## ADOS CLÍNICOS:

POLITPAUKA

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizzata em:  
BO 04/04/19

## EXAMINAR:

U55 EAST

PROFISSÃO:  ROTINA:   
DATA: 30/04/19 HORA DA SOLICITAÇÃO:

Genetics of the C. elegans  
Genome, 4/15  
C. elegans





Sistema Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2| | 1|0|8|4|8|1|9|0|0|0|0|1|5|5|  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALHO  
ENDERECO: RUA EUGÉNIO DE LUCENA NEIVA, SN  
BAIRRO: JARDIM 13 DE MAIO CEP: 58025-020 MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PB(25)

PACIENTE:	Identidade:	Idade:
ENDERECO:	PRONTUÁRIO:	
BAIRRO:	Nº	
DADOS CLÍNICOS:		MATERIAL A EXAMINAR:
EXAMES SOLICITADOS:		<p><i>Dr. Suelio Moreira Torres</i></p> <p>MEDICINA DO TRABALHO ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 9551</p>
João Pessoa - PB 30/04/2019		
Médico:		

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	GOVERNO DA PARAÍBA	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES
NÚMERO DO CADASTRO   2 3 6 2 8 5 6  1 - CPF   2    1 0 8 4 8 1 9 0 0 0 0 1 5 5  2 - CNPJ				
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALHO ENDERECO: RUA EUGÉNIO DE LUCENA NEIVA, SN BAIRRO: JARDIM 13 DE MAIO CEP: 58025-020 MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PB(25)				
PACIENTE:	Identidade:	Idade:		
ENDERECO:	PRONTUÁRIO:			
BAIRRO:	Nº			
DADOS CLÍNICOS:		MATERIAL A EXAMINAR:		
EXAMES SOLICITADOS:		<p><i>Dr. Suelio Moreira Torres</i></p> <p>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 9551</p>		
João Pessoa - PB 30/04/2019				





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES  
Dr(a): WAGNER FALCAO  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000464072  
Data: 02-05-2019 11:11  
Idade: 20 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: CLINICA ORTOPEDICA II  
Destino: ENF 07 - L 02

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 02/05/2019 11:09 ]

Resultados Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	2.5 milhões/mm <sup>3</sup>	4.2 à 6.0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	7,8 g/dL	13,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	23,4 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	94 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	6.100 /mm <sup>3</sup>	4.500 à 12.000 /mm <sup>3</sup>	
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )	
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	122	
Segmentados.....	70,0	4.270	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0 à 5,0 % - até 500 /mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Tipicos.....	27,0	1.647	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 /mm <sup>3</sup>
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monocitos.....	1,0	61	2,0 à 10 % - até 1.000 /mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	149.000 mm <sup>3</sup>	140.000 à 400.000/mm <sup>3</sup>	

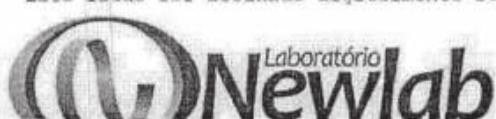
**OBSEVAÇÕES.....** Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8A12-D23E-FFC8-BB54-B43B-45DB-03DB-AF3D





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a):	GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES	Protocolo:	0000464072	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	WAGNER FALCAO	Data:	02-05-2019 11:11	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	20 anos	Destino:	ENF 07 - 02

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2'42''

[DATA DA COLETA: 02/05/2019 11:11 ] Valores de Referência:  
Material: sangue DE 1 A 3 MINUTOS.  
Método: Duke

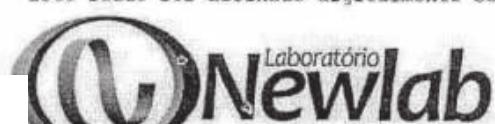
TEMPO DE COAGULACAO ..... 8'45''

[DATA DA COLETA: 02/05/2019 11:11 ] Valores de Referência:  
Material: Sangue DE 5 A 10 MINUTOS  
Método: Lee-White

Geraldo Raimundo da Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM - 5010

Emissão: 02/05/2019 11:40 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E677-B141-B7C2-68B2-28E4-BF59-8A8F-A2FE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>  
Número do documento: 21011512095138900000036648242

Num. 38430918 - Pág. 30



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Gláuber Ivan de Britto Penteado Idade: 20a  
Convênio: SUS Data:  
Procedimento: Tratamento Fisiológico de perna D

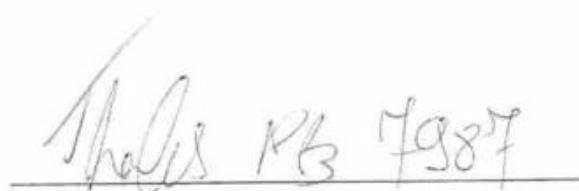
Cirurgião: Dr. Socio Auxiliar: — Anestesista: Dr. Vassoura  
Início: 16 Término: 17:10 Anestesia: Rogério





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 &lt; 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 &gt; 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 &gt; 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		



Assinatura do anestesista



30/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 30/04/2019

NOME : Joao Paulo Oliveira Nunes



Número do Prontuário: 137556 DATA DA CIRURGIA: 30/04/2019

Número do Atendimento: 1886528 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 2

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES

Data da Internação: 30/04/2019

Atendimento: 1886528

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia: 30/04/2019

Equipe:

Cirurgião: DR JOAO PAULO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: DR WANDERLEY

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- AMPLIAÇÃO DA FERIDA

05- LAVAGEM EXAUSTIVA SF0.9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

06- redução cruenta e fixação c/ COM FIXADOR EXTERNO

07- REDUÇÃO INCRUENTA E DO CALCANEU COM FIO DE k

08- FECHAMENTO POR PLANOS APÓS REVISÃO HEMOSTÁTICA

09- CURATIVOS

Data 30/04/2019

Dr. João Paulo  
MEDICINA DO TRABALHO  
ASSISTENTE TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9551  
Assinatura/Carimbo  
Joao Paulo Oliveira Nunes



## mplants

## **MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento  
11594

Centro: Hospital de Base Código: \_\_\_\_\_  
Município: Francisco Glicério de Oliveira Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_  
Nome: Clarisse Liane de Paula  
Data de Nascimento: 20/01/1991  
Sexo: F Cirurgia: 30/01/1991 Nº prontuário: 1886491 Convênio: \_\_\_\_\_  
Endereço: Av. das Paulas Código: \_\_\_\_\_ (  ) Reposição (  ) Caixa Pronta

## DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO

---

#### Anotações do Médico

---

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Dr. João Paulo  
MEDICINA DO TRABALHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9551



DN. 19/03/1999

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *Grauber Luan de Brito Pontes*  
 QI *Sala 03* LEITE *Sus* CONVÉNIO *Sus* IDADE *20 a.* REGISTRO *1886497*

CIRURGIA *Trat. curv. Frat. Exposta Peira* PIRURGÃO *Dr. Sérgio Paula*

ANESTESIA *Raque* ANESTESIA *Dr. Wanderley*

INSTRUMENTADORA *Elaine* DATA *30/04/2019* INICIO *16:00* FIM *17:30*

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

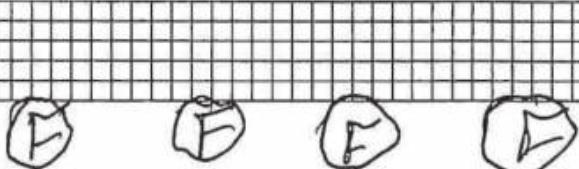
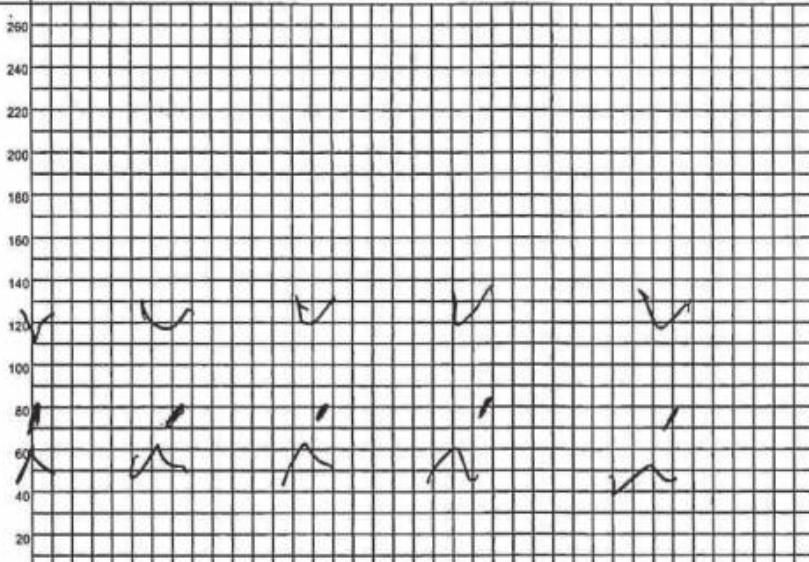
Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Óxg.	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sisl. Fech.	Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	20	Compressa Grande P. P. *	Catgut cromado Sertix	
01	Dimor. amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide	Catgut Simples Sertix	
02	<del>Efrane ml e fedurina</del>		Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°	Cera p/ osso	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°	Ethibond	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°	Ethibond	
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nacaina <del>Posacac</del> % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Espasadrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	Mononylon 2.0 ***	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23 *	Prolene Sertix	
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0 *	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5 P. *	Vicryl Sertix	
	Flebotortid amp.	02	Luvas 8.0 P. *	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	30	Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflux		
	Haemacel ml.	015	PVPI <del>Degemerante</del> Close		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	02	Sabão Antiséptico	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml *	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml *	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml *	SG fr 500 ml P1 LAVAR	
	Revivan amp.		Sonda	Qtd.	BIO IMPLANTE E PROTESE
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	01	Fixa dan sonda P1
02	Cefalolina 1g		Sonda Nasogálica		
01	<del>nausediam</del>		Sonda Uretral n°		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	EQUIPAMENTOS
	Aguilha desc. 25 x 7	Geicon 18	(+) Oxímetro de Pulso (+) Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese	(-) Serra (2) Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5		(-) Desfibrilador (1) Oxicapnógrafo
	Aguilha p/ raque n° 25	05 <i>eletrodes</i>	(+) Foco Frontal (2) Cardiomonitor
	Alcool de Enfermagem	02 <i>FIO K. n. 2.0</i>	(-) Fonte de Luz (1) Perfurador Elétrico
	Alcool Iodado ml	2.25	
02	Ataduras de Crepon		
	aduras de Gessada		
	ul metileno amp.		

1018-89-0000350 FIXADOR LINEAR P/FÉMUR PINO 5,0 mm HASTE 350 mm  
 LOTE: 3016 FAB: 30/05/2018 EXPI: 30/05/2019  
 ESTERIL: PLASMA DE PEROXÍDO DE HIDROGÊNIO (PPH)  
 QTD: 01 ACO INOX REG. ANVISA NUM: 80006480013  
 RESP: TÉC: FÁBIO LUIS GROPO CREA: 180649285-7  
 PRODUTO DE USO ÚNICO - NÃO REUTILIZAR - VER INSTRUÇÕES DE USO  
 SANTO

B70

FOLHA DE ANESTESIA		NOME		IDADE		SEXO	COR
DATA	20-04-19	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sup>2</sup>					INDUÇÃO	
	LÍQUIDOS					Satisf.:	Excit.:
		Laringo espasmo:	Lenta:				
		Náuseas:	Vômitos:				
		Outros:		MANUTENÇÃO			
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO	260					ANESTESIA SATISF: Sim ____ Não ____	
	240					Não, por quê? _____	
	220	DESPERTAR					
	200	Reflexos na SO:					
	180	Obstr.:	CO <sub>2</sub> :	Excit.:			
	160	Náuseas:	Vômitos:				
	140	Outros:					
	120	Com cânula:					
	100	Paro o Leito	Sim ____ Não ____				
	80	CONDIÇÕES:					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
AGENTES	Neon - 10mg + Dimorf - 10mg + Hamed - 10mg - cefaz - 0,25g						
TÉCNICA	Raiz				CÂNLAS		
OPERAÇÃO	Trst Cr. frst Expto ferro						
CIRURGIÕES	Jap						
ANESTESISTAS	Wanderley -						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		

MDD.068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>  
 Número do documento: 21011512095138900000036648242

Num. 38430918 - Pág. 36

Núcleo de Segurança do Paciente  
**TRAUMA - CG**

GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:  
ACULOS JUAN C  
ESTES DA INDUÇÃO ANEST

**CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE  
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
SITIO CIRÚRGICO  
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO  
CONSENTIMENTO**

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

DO PACIENTE POSSUI:

ENERGIA CONHECIDA?

**— SIM —**  
**AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?**

**SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL  
CO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML**

**NAO**  
SIM E HA ACESSO VENOSO ADEQUADO E  
PLANEJAMENTO PARA REPOSAO

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

**SIM**      **NÃO** SE APLICA  
**AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?**

11

<b>Dentes Dn. 19/03/1999</b>	<b>IDADE: 20</b>	<b>PRONTUÁRIO: 1886491</b>
<b>ANTES DA INCISÃO</b>		<b>ANTES DO PACIENTE SAI DA CIRÚRGICA</b>
		
<b>PAUSA CIRÚRGICA</b>		
<b>CIRURGIAO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAN VERBALMENTE</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>SÍTIO CIRÚRGICO</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PROCEDIMENTO</b>		
<input type="checkbox"/>		

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

<input type="checkbox"/> <b>REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?</b>	<input type="checkbox"/> <b>REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPOAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</b>	<input type="checkbox"/> <b>REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)</b>	<input type="checkbox"/> <b>HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUaisQUER PREOcupaÇõES?</b>
<input type="checkbox"/> <b>COMPRENSAS E AGULHAS ESTÃO CORREIAS? NÃO SE APLICAM</b>	<input type="checkbox"/> <b>BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE</b>	<input type="checkbox"/> <b>HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO</b>	<input type="checkbox"/> <b>O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOcupaÇõES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE</b>

*Jean* \_\_\_\_\_ Assinatura

336



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

# RESUMO TE RES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
ONCLUIDA

XIMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

PACIENTE POSSUI:

JURÍDICA CONHECIDA?

NAO SMM

**ALFA-1 ANTITRYPsinICO DE BRUNOCASE**  
NÃO • 6  
SIM • HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL  
CO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML

NÃO  
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E  
PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

**SIM** **NÃO SE APLICA**

Assinatura

TIFFICAÇÃO DO PACIENTE:		IDADE:	PRONTUÁRIO:
•ES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►		► ANTES DA INCISÃO ►	► ANTES DO PACIENTE SÁIR DA SALA CIRÚRGICA
CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SITIO CIRÚRGICO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO CONSENTIMENTO		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CIRURGIAO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE           <ul style="list-style-type: none"> <li>• SÍTO CIRÚRGICO</li> <li>• PROCEDIMENTO</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PAUSA CIRÚRGICA</li> </ul>
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA ONCLUIDA		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIAO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?</li> <li><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</li> <li><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)</li> <li><input type="checkbox"/> HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISSER PREOCCUPAÇÕES?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</li> <li><input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO</li> </ul>
XÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PACIENTE POSSUI:</li> <li><input type="checkbox"/> CIRURGIA CONHECIDA?</li> <li><input type="checkbox"/> AÉRSEA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO</li> <li><input type="checkbox"/> SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL</li> <li><input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGUÍNEA &gt; 500 ML</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO</li> <li><input type="checkbox"/> SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM</li> <li><input type="checkbox"/> BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE</li> <li><input type="checkbox"/> HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO</li> </ul>
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SIM</li> <li><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</li> </ul>	Assinatura _____





AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU  
REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR  
O DIAGNÓSTICOS CODIFICADO CID-OU  
POR EXTERNO

### ATESTADO MEDICO DE INTERNACAO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Gláuber Lucena de B. Pontes

portador da carteira profissional N° \_\_\_\_\_

esteve internado nesse nosocomio de 03/05/19 a

12/05/19, necessitando de 10 (dez) \_\_\_\_\_

dias de afastamento de suas atividades \_\_\_\_\_

labores

a partir desta data por motivo de doença.

CID 582.2

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU  
REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR  
O DIAGNÓSTICOS CODIFICADO CID-OU  
POR EXTERNO

Campina Grande,

12 / 05 / 19

Dr. Ricardo Antônio G. Pinto  
Ortopedista e Traumatologista

Ass. Médico - CRM

Rua Delfino Góes, 442 / Centro / Campina Grande / Paraíba  
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2702 1101 / [www.hat.com.br](http://www.hat.com.br)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>  
Número do documento: 21011512095138900000036648242

Num. 38430918 - Pág. 40

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190515067      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES      **Data do acidente:** 30/04/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA. PÁG 26

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190515067      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES      **Data do acidente:** 30/04/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA. PÁG 26

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**(ESPECÍFICA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT)**

**BENEFICIÁRIO/VÍTIMA: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**, brasileiro, solteiro, operador de maquinas, CPF: 704.765.764-90, RG: 4.155.319 SSDS/PB, residente e domiciliado na Rua Inácio da Costa Ramos, nº 87, Bairro Universitário, nesta cidade de Campina Grande - Paraíba, CEP.: 58429-115.

**PROCURADORES:** WENDELL ARAÚJO SOUSA, brasileiro, casado, advogado inscrito na **OAB/PB nº 25.715**, RG: 3.121.341 SSP/PB, CPF: 070.009.504-71, com endereço profissional na Rua Tomas Soares de Souza, nº 1010, ap. 201, Catolé, cidade de Campina Grande – PB, CEP.: 58.410-235, e **JOSÉ ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**, brasileiro, divorciado, corretor, RG: 1.381.455 SSDS/RN, CPF: 026.864.664-30, com endereço profissional na Av. Vigário Calixto, nº 375, Catolé, cidade de Campina Grande – PB, CEP.: 58401-236.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo como meus procuradores acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimentos da Seguradora Líder, bem como junto a Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em fichas de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT a que tenho direito, podendo ainda requerer o que se fizer necessário, assinar, dar quitação, praticando, enfim, todos os atos para o fiel e pleno cumprimento deste mandato, pelo que dará a tudo por bom, firme e valioso. -----

Campina Grande - PB, 08 de julho de 2019.

**ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/VÍTIMA**

*(Reconhecer firma por autenticidade)*

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

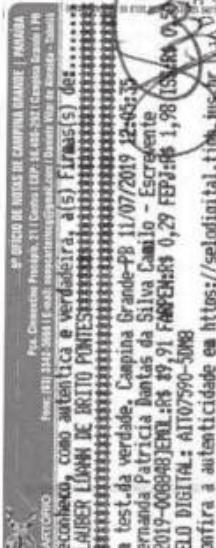
04 SET. 2019

## PROTOCOLO

Rua Tomás Soares de Souza, nº 1010 Ap. 201 – Bairro: Catolé – Campina Grande (PB) – CEP.: 58410-235

Contatos: (83) 98886-3132 (Dil) / (83) 99950-6142 (Tim)

e-mail: [advwendellaraudio@gmail.com](mailto:advwendellaraudio@gmail.com)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305652/19

**Vítima:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

**CPF:** 704.765.764-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/04/2019

**Titular do CPF:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS : 026.864.664-30**

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES : 704.765.764-90**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019

Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS  
CPF: 026.864.664-30

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305652/19

**Número do Sinistro:** 3190515067

**Vítima:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

**CPF:** 704.765.764-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/04/2019

**Titular do CPF:** GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS : 026.864.664-30**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019  
Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS  
CPF: 026.864.664-30

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095138900000036648242>  
Número do documento: 21011512095138900000036648242

Num. 38430918 - Pág. 45



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7<sup>ª</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

**Processo: 08300034420198150001**

**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 **GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

**(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, suprareferida, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

**DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095195500000036648243>  
Número do documento: 21011512095195500000036648243

Num. 38430919 - Pág. 1

**Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.**

**Informa a Seguradora Ré Exa., que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão de mora do pagamento do Seguro DPVAT. Veja Exa., que até a presente data, a parte Autora não procedeu com o pagamento do Seguro Obrigatório referente ao ano civil do acidente, ano de 2019, ou seja, inadimplente à data do alegado sinistro ocorrido no dia 30/04/2019, vejamos:**

Seguro DPVAT

## Consulta a Pagamentos Efetuados

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2018	R\$34,39	Quitado	

(\*) Motocicleta

Como Pedir Indenização

Voltar Imprimir

Documentos Despesas Médicas

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.



Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74<sup>x</sup>, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vitimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória



**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Friza-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 22 de dezembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095195500000036648243>  
Número do documento: 21011512095195500000036648243

Num. 38430919 - Pág. 4

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 12:09:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011512095195500000036648243>  
Número do documento: 21011512095195500000036648243

Num. 38430919 - Pág. 5