



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	
GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES (AUTOR)		WENDELL ARAUJO SOUSA (ADVOGADO) JESSIKA WALESKA FARIAS ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38430 917	15/01/2021 12:09	Petição	Petição
38430 918	15/01/2021 12:09	2701230_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
38430 919	15/01/2021 12:09	2701230_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14916110

Pag. 00805/00806 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7ª 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

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 PONTES

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

Nome completo:

CPF:

GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

704.765.764-90

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

OPERADOR MÁQUINAS E. IMÓVEL DA COSTA RAMOS

87

1º ANDAR

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

UNIVERSITÁRIO

CAMPINA GRANDE

PB

58429-115

E-mail:

Tel.(DDD):

aduwendellara@gmail.com

83 98687-0723

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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: BRANESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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, 11/07/2019

Nome: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

CPF: 704.765.764-90

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

COMPREV COMPREV

04 SET. 2019

Assinatura

Assinatura

(*) 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 Nº 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 FIBULA). Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição transportou a vítima para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzava Fernandes.

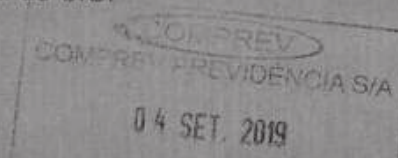
Para constar, eu **ASPIRANTE, CRISLAINE MACEDO TRAJANO**, Matrícula **527.465-6** Chefe do **RESGATE**, digitei a presente Certidão, que vai assinada por mim e pelo auxiliar.

CRISLAINE MACEDO TRAJANO – ASP QOBM

Chefe do Resgate

ERIC MEDEIROS MARINHO – ST QPMP-0

Auxiliar do CIOP



DA PARAIBA

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA 2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, 114 - 14º JOTE, CEP. 51961-120 - CAMPINA GRANDE-PB
TEL. (31) 3274-2155 FAX (31) 3274-2156

AG. JOAO 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

BRADESCO1610201905000000000023700493000000038914236250 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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 0800-1596 / 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 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eruvan Fernandes de Medeiros

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

Glauber Luann de Brito Pontes inscrito (a) no CPF sob o Nº 704765764, 90

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Glauber Luann de Brito Pontes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 704765764, 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. Vigarão ealixto</u>	Número: <u>375</u>	Complemento:
Bairro: <u>Estoril</u>	Cidade: <u>e grande</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>jt.Medeiros1@gmail.com</u>	CEP: <u>58401236</u>	Tel.(DDD): <u>8581438421</u>

Local e Data: e grande 04/09/2019

José Eruvan Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante



DLRL001 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



30/04/2019



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE GÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



IDIMMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.1886497)

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE GÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.776.866/0038-52

Av. Mai. Floriano, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/04/2019

Boletim de Encia (B.E) - Modelo 07 Atendente : Daniela Dos Santos Lima

PACIENTE: JUBER LUAN DE BRITO CPF: 58400002 Nascimento: 19/03/1999

BRITO POI

Endereço: INAA COSTA RAMOS

Cidade: Campande

Idade: 320

Nome da Mãe: DE BATISTA DE BRITO

RG:

CPF:

Responsável:

Estado Civil: S(a)

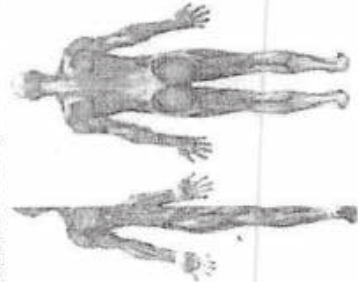
Motivo: ACIDIE MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMO TRAUMA

LOCAL DA Lesão: o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Enfiamento subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortado
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corte-cortado
- 17. F. Perfuro-cortado
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injuriamento venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendão
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento tônico paralisal
- 28. Objeto Enfiado
- 29. Otorrágia
- 30. Paralisia
- 31. Perforação
- 32. Perforação
- 33. Queimadura
- 34. Rino-orragia
- 35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADUI Superfície al lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

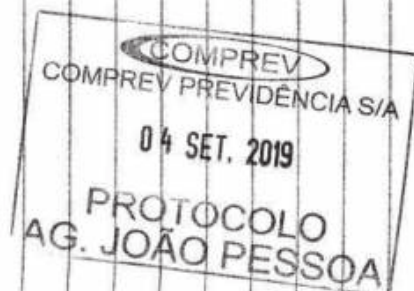
DIGNOSTIC: POLITRAUMA

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

30/04/2019

EXAME SECUJO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo



DESTINO DO: NTE / / às : hs.

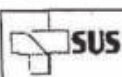
() Centro cir _____ () Alta hospitalar / () Já revella
() Internação _____ () Decisão Médica
() Transferência SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Suelio Moreira Torres
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

10.1.1.148/p/cg/impreurgencia.php?contar=1886497

2/2

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1886528

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/03/1999

9 - SEXO
Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
LUCILEIDE BATISTA DE BRITO

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 83 Nº DE TELEFONE 988088439

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
INACIO DA COSTA RAMOS, 87, MALVINAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400 15 - UF PB 16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Refere acidente motociclistas / Trauma na perna d. EF: PUBLOS H PERF. PERF. H FORTAMENTO EXTENSO / EXPOSIÇÃO DESSA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

X Perna d

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

190005316860006

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
30/04/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



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

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES				1886528	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 19/03/1999		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUCILEIDE BATISTA DE BRITO				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 988088439	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) INACIO DA COSTA RAMOS, 87, MALVINAS					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400		15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Refere-se paciente motociclista / Trauma na perna direita EF: DUBLO (H) PERF PERIF (H) Ferimento EXTENSO / Exposição ossa					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO ANIMA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) X PERNA D					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura exposta das ossas da perna D					
21 - CID 10 PRINCIPAL S72.0					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO S72.0					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS S72.0					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO EDUCAÇÃO CIRURGIA / FIX. DA PERNA D					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 01.01.01.001					
26 - CLÍNICA DENTEL 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 190005316860006	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 190005316860006		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/04/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 3541			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO LUIZ GONZAGA FERNANDES										REQUISIÇÃO DE EX	
NOME:													PRONTUÁRIO
IDADE:													575
SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR:	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	Cont. T	ENF:	7	LE	2
DADOS CLÍNICOS:													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:													
R X perne @ AP / P													
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO:									
DATA:	01/05/19												

65 cep

RAIO X
REALIZADO EM:
01/05/19

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



03/05/2019

HPM-Painel Administrativo



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/05/2019

Horas: 08:07:31

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

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 PERNA D

DIA 03/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

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

EVOLUÇÃO

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

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, AFEBRIL

NV: PRESERVADO

DOR: 2/4+

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

SO. R-X DE CALCÂNEO D

501.45/45

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcão





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

RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA II
Destino: ENF 02 - L 02

HEMOGLOBINA 10.5

[DATA DA COLETA: 03/05/2019 10:27]

Material: Sangue

Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:

F: Feminino: 11,5 - 16,0 g%

M: Masculino: 13,5 - 18,0 g%

HEMATOCRITO, DETERMINAÇÃO DE 31.5 %

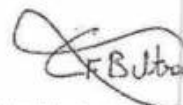
[DATA DA COLETA: 03/05/2019 10:28]

Material: Sangue

Método: Wintrobe

Valores de Referência:

37 - 47 % (Wintrobe)



Carlos Felipe Souza de Menezes
Biomédico
CREM 5409

Emissão: 03/05/2019 11:42 - Página 1 de 1

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



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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 PERNA D

DIA 02/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 18 21 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	14 18 21 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 18 21 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	14 18 21 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	14 18 21 06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	14 18 21 06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO Concentrado de hemácias, 30UI, 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

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
 MR. Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 7825

Dr. Wagner Falcao
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner De Melo Falcao

UNIDADES	HEMOCC	DATA	21/7	ABOIRH
DOADOR:	211	VOLUME:	A+	
INICIO:	18190327076			
PA	PULSO	TEMP:		

UNIDADES	HEMOCC	DATA	21/7	ABOIRH
DOADOR:	101022	VOLUME:	A+	
INICIO:	1930			
PA	PULSO	TEMP:		

UNIDADES	HEMOCC	DATA	21/7	ABOIRH
DOADOR:	110109080	VOLUME:	A+	
INICIO:	23.10			
PA	PULSO	TEMP:		

10.1.1.168/projetointeg/imprpveo.php?data=2019-05-02&cont=1886528&IDC=12267



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

30/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 30/04/2019

Horas: 15:43:29

Médico (a) Diarista : Ericsson Albuquerque Marques

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: ⁷URPA Leito: ² Diagnóstico:

DIA 30/04/2019

MÉDICO(A): Ericsson Albuquerque Marques /

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

30/4/19 leite. Amilado 1 FMNM EX-579
 203 23503 na 12-14 D
 10: AD Centro Cirurgico

Ericsson A. Marques
 CRM: 10.115.12095-1
 RPP: 10.115.12095-1
 (tel. 33) 3341-1111



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/05/2019

Horas: 08:24:24

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

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 PERNA D

DIA 01/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

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

EVOLUÇÃO

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

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, AFEBRIL

NV: PRESERVADO

DOR: 2/4+

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

Solicitado RX controle

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De AlmeidaHallisson Barros De Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562

GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				REQUISIÇÃO DE EXA			
NOME:	GILVANE LUIZ DE BEITO PONTES					PRONTUÁRIO: 526			
DATA:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.: LEI			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>							
DADOS CLÍNICOS:									
POLITERMIA									
MATERIAL A EXAMINAR:									
EXAMES SOLICITADOS:									
Rx de bacia									
Rx de perna D									
Rx de tórax									
RAIO X REALIZADO EM: 30/04/19									
RGÊNCIA:	ATA: 30/04/19		ROTINA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>						

Genésio Augusto de Carvalho
Geriatria Geral
CRM: 4475





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

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

ULTRASSONOGRRAFIA 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.

Fígado 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 vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio.


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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Chauler Luana de Brito Registró: _____ Leito: 7.2 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 37.0 °C; P: _____ bpm; FR: 21 l/rpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 94 bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (0) Local: Perna Direita Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs: _____

*** OXIGENAÇÃO**

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS 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: ()
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE Data da punção 02/05/19
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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;
Aspecto: () Outros: _____ Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: ☒ Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Curativo em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Retirado em: ____/____/____
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
Paciente avalia clinicamente estável, consciente e orientado em tempo e espaço, normotermia, normocardia, eupneia, normotensão, 02 em saturação, boa aceitação oral, eliminação vesical preservada, eliminação intestinal preservada, restrição ao leite, AVP em MSE, cuidados corporais parcialmente dependentes, satisfação com o atendimento, comunicação preservada. Realizado cuidados de enfermagem segue sob cuidados da equipe.
C de enfermagem uniflora RB-1812010023 Maria Rita Lima
Assinatura do Enfermeiro: Emerson Tiago dos S. Alves DATA: 02/05/2019 HORA: 16:00 h
ENFERMEIRO COREN: 488.128

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Glaucoz Luan Registrô: 7 Leito: 2 Setor Atual: ort J.

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: l/rpm; 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: (x) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro:

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

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: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. 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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ___/___/___
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: (☒) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há ___ dias () Outros:
Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (☒) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () 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: DATA: 02/05/19 HORA: ___ h
Elinice Afonso de Sousa
COREN-PB 2656-ENF

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Glauber Juan Registro: Leito: 7.2 Setor Atual: nt 2

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: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

Aspiratão: 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

Alteratão: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observatão:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observatão:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () \leq 3 segundos; () $>$ 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MS E</u>	Data da punção <u>01/05/19</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <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: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
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 <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () 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: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio: <u> </u> Local: <u> </u> Descrição: <u> </u>	Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
CUIDADO CORPORAL	
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:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente consciente orientado. Aguarda procedimento cirúrgico. Segue aos cuidados da enfermagem.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u> </u> DATA: <u>01/05/19</u> HORA: <u> </u>	








GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO				HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				REQUISIÇÃO DE EXAME			
NOME:	GABRIEL UIAN DE BRITO PONTES		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEI		
DATA:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A										
DADOS CLÍNICOS:													
POLITRAUMA													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:													
USG FAST													
RGÊNCIA: <input type="checkbox"/> ROTINA: <input type="checkbox"/>													
ATA: 30/04/19 HORA DA SOLICITAÇÃO:													

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em: 30/04/19

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

 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									
ENDEREÇO: RUA EUGÊNIO DE LUCENA NEIVA, SN									
BAIRRO: JARDIM 13 DE MAIO		CEP: 58025-020		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PB(25)			
PACIENTE:						Identidade:		Idade:	
ENDEREÇO:						PRONTUÁRIO:			
BAIRRO:						N°			
DADOS CLÍNICOS:				MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:				 MEDICINA DO TRABALHO ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 9551					
João Pessoa - PB 30/04/2019				Médico: 					

 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									
ENDEREÇO: RUA EUGÊNIO DE LUCENA NEIVA, SN									
BAIRRO: JARDIM 13 DE MAIO		CEP: 58025-020		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PB(25)			
PACIENTE:						Identidade:		Idade:	
ENDEREÇO:						PRONTUÁRIO:			
BAIRRO:						N°			
DADOS CLÍNICOS:				MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:				 MEDICINA DO TRABALHO ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 9551					
João Pessoa - PB 30/04/2019				Médico: 					





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: CLÍNICA ORTÓPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 20 anos Destino: ENF 07 - L 02

HEMOGRAMA

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

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	2.5 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	7.8 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	23.4 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	94 fL	82.0 a 92.0 fL
H.C.M.....	31 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.5 a 36.0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	6.100 /mm ³ (%)	4.500 a 12.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	122
Segmentados.....	70,0	4.270
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Tipicos.....	27,0	1.647
Atipicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	61
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	149.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... 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-D23F-FFC8-BB54-B43B-45DB-03DB-AF3D



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



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 - L 02

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'42''

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

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO 8'45''

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

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


Geraldo Ramalho 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





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



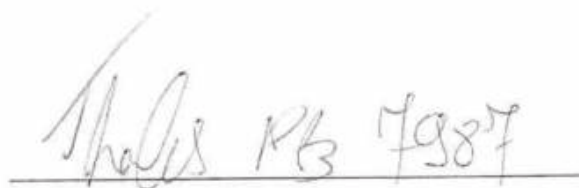
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Gláuber Isaac de Brito Pontes	Idade:	20a
Convênio:	SUS	Data:	
Procedimento:	Trat cirúrgico Fract exposta de perna D		
Cirurgião:	Dr. Sérgio	Auxiliar:	—
		Anestesista:	Dr. Wanderley
Início:	16	Término:	17:30
		Anestesia:	Rogui

[illegible][illegible][illegible]

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

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


Assinatura do anestesista

30/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 30/04/2019

NOME: Joao Paulo Oliveira Nunes



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 137556

DATA DA CIRURGIA: 30/04/2019

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: GLAUBER LUAN DE BRITO PONTES

Data da Internação: 30/04/2019

Atendimento: 1886528

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico 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 cCOM FIXADOR EXTERNO

07- REDUÇÃO INCRUENTA E DO CALCANEIO COM FIO DE k

08- FECHAMENTO POR PLANOS APÓS REVISÃO HEMOSTÁTICA

09- CURATIVOS

Data 30/04/2019

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



mplANTS

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

11594

Hospital de João Paulo Código: _____
 Centro: Unidade de Ortopedia e Traumatologia Cód. Procedimento: _____
 Cirurgião: Dr. João Paulo
 Data Cirurgia: 30/05/2021 Nº prontuário: 1880497 Convênio: _____
 Local: João Paulo Código: _____ (☐) Reposição (☐) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Alcova T350			

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



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

DA. 19/03/1999

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Glauber Luan de Brito Pontes</u>						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Sala 03</u>	<u>Sus</u>	<u>20a.</u>	<u>1886497</u>		
CIRURGIA <u>Trat. cirurg. Fract. Externa Perna</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. João Paulo</u>			
ANESTESIA <u>Raqui</u>			ANESTESIA <u>Dr. Wanderley</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Flavio</u>		DATA <u>30/04/2019</u>	INICIO <u>16:00</u>	FIM <u>17:50</u>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ O ₂		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	20	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimor ^o amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
02	Efrane ml <u>efedrina</u>		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Morcalina <u>Prada</u> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Esparrapado Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Qualicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	03	Mononylon 2.0	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	30	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml	015	PVPI Detergente			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	02	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringir fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml	PILAVAR
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	BIO IMPRESA E PROTESE	
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	01	Fixada linear P1	
01	<u>Nauseidron</u>		Sonda Uretral n°		FERRU2	
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	<u>eletrodo</u>			
	Agulha p/ raque n° 25	02	<u>FIO K. n. 2.0</u>			
015	Alcool de Enfermagem		<u>2.2.5</u>			
	Alcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Ataduras de metileno amp.					

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

1018-89-0000350 FIXADOR LINEAR P/ FÊMUR PINO 5.0 mm HASTE 350 mm
 LOTE: 38016
 ESTERIL: PLASMA DE PEROXÍDIO DE HÍDROGÊNIO (PPH)
 QTD: 01 ACO INOX REG. ANVISA NÚM.: 80006480013
 RESP. TÉCN.: FÁBIO LUIS GROPO CREIA 18064328512
 PRODUTO DE USO ÚNICO - NÃO REUTILIZAR - VER INSTRUÇÕES DE USO
 30/05/2018
 30/05/2019
 B10



FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Glauber L. de Brito Pontes</u>			IDADE	SEXO	COR
DATA: <u>20-04-19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO		
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
					Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR		
					Reflexos na SD: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
POSIÇÃO					Com cânula: _____		
AGENTES					PARO O LEITO Sim _____ Não _____		
TÉCNICA					CONDIÇÕES:		
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MPD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Núcleo de Segurança do Paciente

TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	IDADE:	PRONTUÁRIO:
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶		
CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SÍTIO CIRÚRGICO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO CONSENTIMENTO	PAUSA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA SAÍDA O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO <input type="checkbox"/> A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM <input type="checkbox"/> BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE <input type="checkbox"/> HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <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?) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?		
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? SIM NÃO SE APLICA		
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? SIM NÃO SE APLICA		
O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE		

Assinatura

ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Glauco Luciano de B. Pontes

portador da carteira profissional Nº _____

esteve internado nesse nosocômio de 03/05/19 a

12/05/19, necessitando de 10 confer

dias de afastamento de suas atividades _____

laçadas

a partir desta data por motivo de doença.

CID 582.2

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU
REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR
O DIAGNÓSTICO CODIFICADO CID-OU
POR EXTENSO

Campina Grande, 12, 05, 19

Dr. Ricardo Anderson G. Filho
Ortopedia e Traumatologia

Ass. Médico - CRM

Rua Dr. Manoel Gouveia, 442 / Centro / Campina Grande / Paraíba
CEP: 56428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br





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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(ESPECÍFICA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT)

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES, brasileiro, solteiro, operador de máquinas, 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.

Glauber Luann de Brito Pontes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/VÍTIMA
(Reconhecer firma por autenticidade)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 SET. 2019

Rua Tomas Soares de Souza, nº 1010 Ap. 201 - Bairro: Catolé - Campina Grande (PB) - CEP.: 58410-235
Contatos: (83) 98886-3132 (Oi) / (83) 99950-6142 (Tim)
e-mail: advwendellaraujo@gmail.com

1º OFÍCIO DE NOTAS DE CAMPINA GRANDE - PARÁBIA
Rua. Curatelo Pinheiro, 111 Catolé - CEP: 58.405-232 (Campina Grande - PB)
Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES, brasileiro, solteiro, operador de máquinas, 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.
Em testada verdade, Campina Grande - PB, 11/07/2019, às 12:05:37.
Fernanda Patrícia Dantas da Silva Camilo - Escrevente
[2019-008949] JEM-LR 49.91 FAPEN-49 0,29 FEP-49 1,98 (34.404.053)
SELO DIGITAL: A107590-3098
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305652/19

Vítima: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

CPF: 704.765.764-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/04/2019

Titular do CPF: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

CPF de: Próprio

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 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

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/04/2019

Titular do CPF: GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES

CPF de: Próprio

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 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

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª 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 subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GLAUBER LUANN DE BRITO PONTES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respetivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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 nexos de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, 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.joaobarbosaadvass.com.br



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

ACESSIBILIDADE

Sua busca por placa: QSG8420 UF: PB CATEGORIA: 09*

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

(*) Motocicleta

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas

Voltar

Imprimir

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014082694885

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

COD RENAVAM

INSTR

EXERCÍCIO

1

01173373052

00/00000000

2018

NOME

GLAUBER LOPES DE MATO PONTES

CPF/CNPJ

PLACA

70476576490

QSG8420/PB

PLACA ANT/UF

CHASSI

NOVO

9C2KC2200KR005163

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLETA, NAQ ABILIG

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

ANO FAB

ANO MOD

HONDA/CG 160 FAN

2018

2019

CAP/POT/CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/162 /CI

PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENC COTA UNICA

VENC/COTAS

1ª

2ª

3ª

FAIXA I.P.V.A

PARCELAMENTO/COTAS

0

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

34,39

0,00

34,39

29/11/2018

OBSERVAÇÕES

A.E ADM DE CONC NATION HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPINA GRANDE - PB

DATA

30/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014082694885 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2018

30/11/2018

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

70476576490

QSG8420/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

01173373052

HONDA/CG 160 FAN

ANO FAB

CAT. TARIF

Nº CHASSI

2018

9

9C2KC2200KR005163

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO

PAGO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA UNICA

☐ PARCELADO

29/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

36170-1438389-20181130

01/2019

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.

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



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^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas 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.

Frisa-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 indenitória 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



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
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