



Número: **0800613-03.2018.8.15.0021**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Caaporã**

Última distribuição : **12/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

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	
EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS (AUTOR)		IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17719569	12/11/2018 10:58	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
17720020	12/11/2018 10:58	<a href="#">Petição Inicial - Everton do Nascimento</a>	Outros Documentos
17720029	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos básicos - Everton do Nascimento</a>	Outros Documentos
17720032	12/11/2018 10:58	<a href="#">Procuração e Declaração</a>	Outros Documentos
17720039	12/11/2018 10:58	<a href="#">B.O e Ficha de Atendimento</a>	Outros Documentos
17720045	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 1</a>	Outros Documentos
17720057	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 2</a>	Outros Documentos
17720067	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 3</a>	Outros Documentos
17720082	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 4</a>	Outros Documentos
17720091	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 5</a>	Outros Documentos
17720096	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 6</a>	Outros Documentos
17720105	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 7</a>	Outros Documentos
17720111	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 8</a>	Outros Documentos
17720114	12/11/2018 10:58	<a href="#">Documentos médicos - Everton do Nascimento-otimizado 9</a>	Outros Documentos
17720125	12/11/2018 10:58	<a href="#">Comprovante - Pagamento Administrativo</a>	Outros Documentos
22625109	24/07/2019 13:08	<a href="#">Provimento Correccional</a>	Provimento Correccional
23131627	01/08/2019 18:50	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

Em anexo.





**IGOR SANTOS**  
Advocacia

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_ VARA  
MISTA DA COMARCA DE CAAPORÃ/PB.**

**ÉVERTON DO NASCIMENTO SANTOS**, brasileiro, convivente em união estável, ajudante de eletricista, portador da cédula de identidade sob o nº 3.803.928 – SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 101.965.824-07, residente e domiciliado à Rua: Dr. José Macedo Viana, S/N, Centro, Caaporã/PB, por seu advogado que esta subscreve (instrumento de mandato incluso), com endereço profissional localizado à Av. João Machado, 964, sala 102, Centro, Emp. Eudo Jansen, João Pessoa/PB, onde recebe suas notificações e intimações, e-mail: **igorsantosadvocacia@gmail.com**, vem, mui respeitosamente a presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO –  
DPVAT**

Em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001 - 04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20031- 205; pelas razões que passa a expor:

**PRELIMINARMENTE**  
**DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**

O requerente pleiteia os benefícios da justiça gratuita (arts. 98 e 99, 4§, do Código de Processo Civil), tendo em vista não poder arcar com as despesas processuais, sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família.

---

Av. João Machado, 964, Empresarial EudoJansen, Sala 102, Centro – João Pessoa  
CEP 58.000-000 – Telefone: (83) 30315861  
E-mail: igorsantosadvocacia@gmail.com





## **1 - DOS FATOS**

No dia 06/04/2018, por volta das 07:00h, o autor foi vítima de um acidente de trânsito (Moto X Animal), nesse município, quando na PB 044, surgiu inesperadamente um cachorro, ocasião em que colidiu com o mesmo, vindo a cair ao solo. Devido a colisão, foi socorrido para o Hospital local e logo em seguida foi transferido para o Hospital de Trauma em João Pessoa/PB, conforme BE 1073915 e Prontuário 108065 conforme laudo médico que atesta CID 10 S42.0.

Em decorrência desse acidente, após realizar vários exames no Hospital de Trauma – João Pessoa/PB, ficou atestado através de laudo médico, que o autor fraturou a clavícula direita (trauma em membro superior direito), sendo submetido a intervenção cirúrgica, tudo atestado pela Dra. Juan Jaime Alcoba Acre (CRM/PB 3323).

A parte promovente, em decorrência do acidente de trabalho ocorrido, de posse da documentação exigida em Lei, procurou uma das administradoras de seguro DPVAT, a CAPEMISA, para receber a indenização pelo acidente ocorrido, tendo recebido o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), valor este, muito aquém da gravidade das lesões permanentes e do estabelecido em Lei.

Sendo assim, não restou outra alternativa ao promovente senão pleitear a justa indenização a ele devida, no que tange ao seguro obrigatório DPVAT, em razão da invalidez permanente do grave acidente de que foi acometido, em observância à disposição contida no inciso II, do art 3º, da Lei nº 6.194/74, alterado pela Lei nº 11.482/2007.

## **2 – DO DIREITO**

A cobertura do seguro obrigatório – DPVAT – abrange os casos de indenização por morte ou por invalidez permanente e de reembolso de despesas médico - hospitalares, objetivando proporcionar a todas as vítimas de acidentes automobilísticos indenizações pelos danos sofridos.

Para o recebimento do seguro DPVAT, nos termos do art. 5º da Lei 6.194/74, com as alterações dadas pela Lei 8.441/92, basta que se comprove o acidente e o dano dele decorrente.

No caso em deslinde, observa - se a presença dos dois requisitos mencionados em lei.

Primeiramente, o autor a foi vítima de acidente de trânsito, colidindo sua







**IGOR SANTOS**  
Advocacia

motocicleta com um cachorro que surgiu de forma inesperada, nesse município.

Ademais, e para assegurar que lhe é devido justa indenização, o acidente resultou em sequelas permanentes, como bem demonstrado pelo laudo médico, em anexo.

Por assim ser, o promovente preencheu todos os requisitos do art. 5º da Lei 6.194/74, quais sejam: prova do acidente de trânsito e o dano oriundo dele.

Sobre isso, a jurisprudência dominante, seguindo orientação do STJ:

**“AGRAVO INTERNO. MONOCRÁTICA NA QUAL NEGOU-SE SEGUIMENTO À APELAÇÃO CÍVEL MANIFESTAMENTE IMPROCEDENTE. DESPROVIMENTO. Para pagamento da indenização referente ao seguro DPVAT, exige a Lei 6.194 de 19 de novembro de 1974, em seu artigo 5.º, a simples prova do acidente e do dano dele decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado”. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00025857920128150141, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator a DESA. MARIA DAS GRAÇAS MORAIS GUEDES, j. em 27-10-2015). (GRIFO NOSSO)**

**“APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA SEGURO DPVAT. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE DE TRÂNSITO DEMONSTRADA. JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. Para o pagamento da indenização securitária DPVAT é necessária a comprovação do acidente de trânsito e do dano decorrente, conforme o art. 5.º, caput, da Lei 6.194/74. O autor juntou cópia do boletim de ocorrência e de prontuário médico de urgência, pelo que é afastada a hipótese de impossibilidade jurídica do pedido, pois suficientemente instruída a inicial. A correção monetária incide a partir da data do evento danoso. Os juros de mora deverão incidir a partir da citação”. (TJ-MG-AC: 10325130001424001 MG, Relator: Amorim Siqueira, Data de Julgamento: 30/07/2014, Câmaras Cíveis / 9ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 06/08/2014). (GRIFO NOSSO)**

**APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT - COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE E DO DANO DECORRENTE – EFETUADA - LAUDO PERICIAL PARTICULAR - PROVA NÃO**





IMPUGNADA - INVALIDEZ PERMANENTE – DANO CORPORAL PARCIAL – SINISTRO OCORRIDO DEPOIS DA ALTERAÇÃO INTRODUTIDA PELA LEI Nº. 11.482/2007 É PELA LEI 11.945/09 – QUANTUM PROPORCIONAL. Nos termos do artigo 5º da Lei nº 6.194/74, para que a vítima faça jus ao recebimento de indenização por invalidez referente ao seguro obrigatório, basta a comprovação da prova do acidente e do dano decorrente, ônus do qual se desincumbiu o autor. Nos termos do art. 333, II do CPC, compete ao réu provar a existência de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito do autor. O julgador não está adstrito ao laudo pericial, entretanto, é este o meio de suprir a carência de conhecimentos técnicos para a apuração dos fatos, mormente quando a elucidação do feito depender de conhecimento técnico. (TJ-MG-AC: 10647140033257001 MG, Relator: Edison Feital Leite, Data de Julgamento: 28/05/2015, Câmaras Cíveis / 15ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 09/06/2015). (GRIFO NOSSO)

Desta feita, a parte Demandante, manejando o seu jus postulanti, direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, previsto na Lei Maior, Constituição Federal, vem buscar a tutela jurídica do Poder Judiciário para obter o que é seu de Direito.

### **3 – DOS PEDIDOS**

Ante o exposto, requer a total procedência da ação, nos seguintes termos:

- a) a citação da empresa seguradora, na pessoa do seu representante legal, a fim de que, querendo, compareça na audiência de conciliação e apresente sua defesa, no tempo devido, sob pena de lhe ser decretada a sua revelia;
- b) a concessão do benefício da assistência judiciária gratuita, tendo em vista que o autor não apresenta, atualmente, condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos da Lei de nº 1.060/50;
- c) requer a dispensa da audiência de conciliação, conforme o art. 334, § 4º, I, §5º, do Código de Processo Civil, já que a matéria necessita da realização de perícia médica;
- d) a condenação da ré ao pagamento da indenização, no valor de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), acrescidos de juros e correção monetária;





**IGOR SANTOS**  
Advocacia

---

e) a condenação da ré ao recolhimento de custas e pagamento dos honorários advocatícios, a critério deste douto Juízo;

f) que as intimações ao autor sejam feitas na pessoa de sua procuradora judicial **IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS – OAB/PB 17.268**, com endereço profissional à Av. João Machado, 964, sala 102, Emp. Eudo Jansen, Centro, João Pessoa/PB.

Dando - se à causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

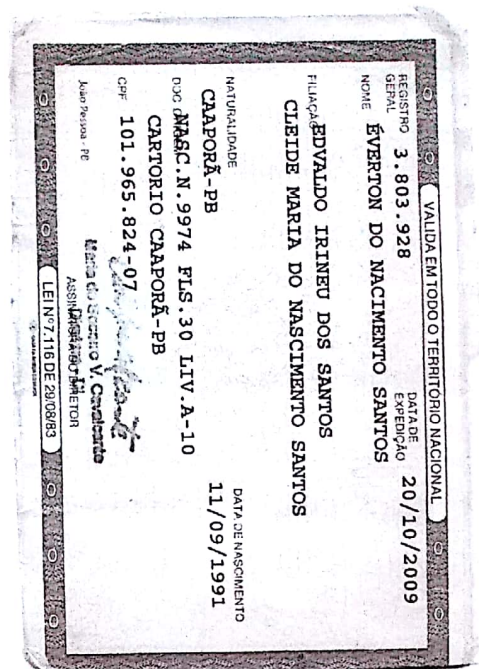
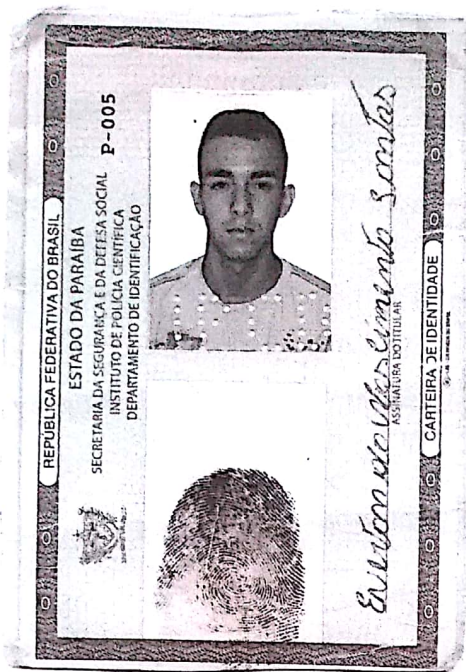
Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa, 12 de novembro de 2018.

**IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS**  
**OAB/PB 19.994**





Scanned by CamScanner



CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS  
RUA DR. JOSE MACEDO VIANA, S/N - CENTRO  
CAAPORA / PE CEP: 55326000 (AG: 18)

Emissão: 12/07/2018 Referência: Jul/2018  
Classe/Sucesso: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO B/230, Km 25 - Centro Redemoin - João Pessoa / PB - CEP 54071-400  
Roteiro: 5 - 19 - 33 - 522 Nº medidor: 00000627183

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ: 08.055.153/0001-40 Insc. Est. 18.016.923-0

Note Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº008.001.515  
Cód. para Deb. Automático: 00010471591

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Jul/2018 Apresentação 12/07/2018 Data prevista da próxima leitura 13/08/2018 CPF/CNPJ/RANI 462.118.244-68

UC (Unidade Consumidora): 5/1067659-1

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/06/18	Data 12/07/18			
Leitura 15518	Leitura 15555	1	69	30

Demonstrativo									
Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. (kWh/R\$)	Base Calc. Fc(R\$)	Cof. (R\$)	Cof. (R\$)	Cof. (R\$)
		Tributos Total(R\$) ICMS(14%) ICMS		Pto/Consumo(R\$) 112845% 145555%					
0601	Consumo em kWh	69,000	0,717620	49,51	49,51	25	12,37	49,51	0,54
0601	Adic. 2ª Vermecha	5,00	5,00	25	1,25	5,00	0,05	0,05	0,25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 05/2018	0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018	1,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCf Código de Classificação do Item TOTAL: 57,26 54,51 12,37 54,51 0,59 2,72

Média últimos meses (kWh) 80 **VENCIMENTO 19/07/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 57,26**

Histórico de Consumo (kWh)											
88	88	75	91	80	84	77	105	77	93	84	
Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18

RESERVADO A 5a2a:f251.f197.723b.faae.59b9.4dfe.19df.

Indicadores de Qualidade				5/2018 - Casos		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	11,34	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa PB	13,06	22,81
DISTRIMENSIONAL	22,59			Camisa de Energia	19,50	63,01
FIGURACIONAL	3,48			Serviço de Transmissão	2,00	9,49
FIGURACIONAL	8,97			Encargos Setoriais	5,82	8,02
FIGURACIONAL	12,95			Impostos e Contribuições	18,38	24,37
DIMENSIONAL	3,29			Outros Serviços	0,00	0,00
DIMENSIONAL	12,22			Total	57,26	100,00

Valor de USD (Ref. 5/2018) R\$ 22,00

**ATENÇÃO**  
- REAVISO DE VENCIMENTO: O valor devido deverá ser pago até a data de vencimento (m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento de(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em ações de proteção ao crédito no caso de não pagamento.

**Faturas em atraso**  
Jun/18 64,09

PARA: 83820000000-5 57280054000-7 10676592018-1 07600018019-0  
Roteiro: 5 - 19 - 33 - 522 **VENCIMENTO 19/07/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 57,26**  
Matricula: 1067659-2018-07-5



Scanned by CamScanner



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013136283898  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20160000530498-4 EXERCÍCIO

1 0110624355-0 00/00000000 2016

NOME  
**EUCLIDES IRINEU DOS SANTOS NETO**

CPF/CNPJ PLACA  
09569695420 QFT3276/PB

PLACA ANT/UF CHASSI  
NOVO PB 9C2KD0810GR485391

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2016 2016

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/162 /CI PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS  
IPVA PAGO EM 23/12/2016 1ª

FAIXA I P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2ª  
\*\*\*\*\* 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 23/12/2016

OBSERVAÇÕES  
A.F BCO PANAMERICANO SA

0

CAAPORA-PB LOCAL DATA  
42072 28/12/2016

7003781

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

PB Nº 013136283898 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  
2016 28/12/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 09569695420 QFT3276/PB

RENAVAM MARCA / MODELO  
01106243550 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI  
2016 9 9C2KD0810GR485391

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 23/12/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.808/0001-04

7003781-1626081-20161228

CAPEMISA  
23 OUT 2018

Scanned by CamScanner



## PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

### OUTORGANTE

Eu, IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado, com identidade 3.803.928-5/PB e OAB/PB nº 101.965.824-07, residente e domiciliado na Rua: Dr. José Macedo Lima, s/n, Pólo Empresarial / PB.

### OUTORGADO(S)

**IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS** brasileiro, solteiro, OAB/PB 17.268, com escritório profissional, instalado à Av. João Machado, 964, Empresarial Eudo Jansen, Sala 102, João Pessoa-PB.

### PODERES

A quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a CLÁUSULA "AD-JUDÍCIA" a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do(s) outorgante(s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s), e defendendo-o(s) quando for(em) réu(s), interessado(s) ou requerido(s), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe(s) convir, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 12 de março de 2018.



OUTORGANTE

Scanned by CamScanner



## DECLARAÇÃO DE ESTADO DE POBREZA PARA FINS JUDICIAIS

Everson de Nascimento, brasileiro, comi-  
mente em união estável, guardante de eli-  
ziário, RG sel. e mº 3.803.978-SSP/PB, e  
inscrito no CPF sel. e mº 101.965.824-07,  
residente e domiciliado à Rua: Dr. José Mace-  
do Lima, S/N, centro, Caaporã/PB.

declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

João Pessoa, 12 de novembro de 2018.



DECLARANTE

Scanned by CamScanner







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
6ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAAPORÃ  
Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 365/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data do ocorrido: dia 06/04/2018

Hora e data que a Delegação tomou conhecimento: 14h38min do dia 06/04/2018

Local do ocorrido: Caaporã-PB



Nome: ÉVERTON DO NASCIMENTO SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade: CAAPORÃ/PB

Idade: 26 anos

Data de nascimento: 11/09/1991

Estado Civil: EM UNIÃO ESTAVEL

Profissão: ajudante de eletricista

Identidade nº: 3.803.928 SSP/PB

CPF: 101 965 824 07

Filiação: Edvaldo Irineu dos Santos e de Cleide Maria do Nascimento Santos

Endereço: Rua José Macedo Viana, 188, Centro, Cidade de Caaporã/PB

Telefone: 83-9-9172 9754

HISTORICO: Que, no dia 06/04/2018, por volta das 07:00horas, estava pilotando a moto, HONDA Bros 160, cor branca, Placa QFT 3276/PB, CHASSI 9C2KD0810GR485391, EM NOME DE EUCLIDES IRINEU DOS SANTOS NETO, quando na PB 044, surgiu inesperadamente um cachorro, ocasião em que colidiu com o mesmo, vindo a cair ao solo; Que devido a colisão, foi socorrido para o Hospital local e logo em seguida transferido para o Hospital de Trauma em João Pessoa/PB, conforme BE 1073915, e Prontuário n.º 108065 conforme Laudo médico que atesta CID 10 S42.0; QUE, o notificante foi socorrido pelo Sr. MARCOS Antonio dos Santos Junior . Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

*Éverton do Nascimento Santos*

COMUNICANTE


*[Signature]*  
Escrivão de Polícia

CAPEMISA

23 OUT 2018

Scanned by CamScanner





PREFEITURA DE

**CAAPORÁ**


*construindo uma nova história*

ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



SECRETARIA DE SAÚDE

## FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

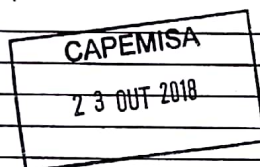
### PACIENTE

NOME DO USUÁRIO: Esterina do Nascimento Santos  
 SEXO: ( ) FEMININO (X) MASCULINO DATA DE NASCIMENTO: 11/09/91 IDADE: 26 A  
 CARTÃO DO SUS: 898000506761837 RG: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: R. José Manoel Vianna, 188 BAIRRO: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO: Caaporá ESTADO: Paraíba UF: \_\_\_\_\_  
 CARÁTER DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 DATA DO ATENDIMENTO: 06/04/18 HORÁRIO DO ATENDIMENTO: 07:15

### ANAMNESE PACIENTE

P.A.		FR		TEMPERATURA	
GLICEMIA		FC		SPO <sup>2</sup>	

### PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM



### EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID
<u>Acidose Metabólica</u>	

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Sr. Souza Br 07.21  
Exercício

Dr. Alisson da Silva Floriani  
Médico

Somara do Nascimento Santos

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

CAPEMISA

23 OUT 2018

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Everton do Nascimento Santos  
DATA DE NASCIMENTO 11/09/91  
NOME DA MÃE Cleide Maria do Nascimento Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 108065  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1073915  
DATA DO ATENDIMENTO 06/04/18  
HORA DO ATENDIMENTO 08:59  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula direita  
CID 10 S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando múltiplas escoriações, dor e limitação de movimentos em ombro direito, ferimento em joelho esquerdo. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro e joelho D


### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita

ALTA HOSPITALAR: 20/04/18  
DATA DA EMISSÃO: 25/06/18

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

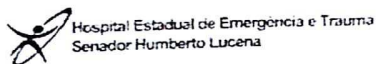
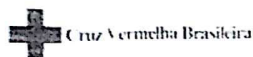
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Scanned by CamScanner





Jorge



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1073915



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1277737	Nome EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 11/09/1991	Idade 26 anos 6 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS		Prontuário	
Escolaridade		Pai EDVALDO IIRNEU DOS SANTOS	
		Responsável (Parentesco) SÂNARA DO NASCIMENTO SANTOS - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998919197	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3803928	Nº Cns 898000506761837	
Local de procedência CAAPORA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade CAAPORA	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58326000	Município de residência CAAPORA	UF PB	Logradouro DOUTOR MACEDO
Número 128	Complemento	Bairro CENTRO	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 06/04/2018 08:59:38	Número da pulseira 1000006482021	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			
PA	X mmHg	Pulso	Temperatura
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
		Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			Tempo 01min 14seg

Imprimir

CAPEMISA  
23 OUT 2018

06/04/2018

Scanned by CamScanner



RECEITUÁRIO

paciente apresenta  
dureza abdominal  
com presença  
inúmeras hérnias a  
luxação articular  
durante dor + edema  
sem membro  
inferior direito  
por Risco +  
de Trauma.

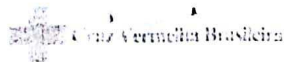
Caaporã/PB, 26/04/18

Dr. Alisson da Silva Floriano

Assinatura e Carimbo Médico  
CRM/PB 11042

CAPEMISA  
23 OUT 2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS</b>	BAE <b>1073915</b>	Data/Hora Entrada <b>06/04/2018 08:59:38</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>11/09/1991</b>	Idade <b>26a 6m 26d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898000506761837</b>
Mãe <b>CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS</b>			Telefone de Contato <b>(83) 998919197</b>
Endereço <b>DOUTOR MACEDO, 128</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO</b>	Nº Cons. Regional <b>2882/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/04/2018 09:07:18</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/04/2018 09:19:10</b>	

## Anamnese

paciente vítima de queda de moto apresentando múltiplas escoriações + dor e limitação de movimento de ombro d  
 movimento de joelho d, não é vacinado contra tetano, toraco-abdome sem anormalidade  
 penduta: rx de ombro d pa p + rx de joelho d pa p + tetanograma 250ui im + orientação de vacinação antetânica +  
 parecer da ortopedia + sutura + alta da cirurgia geral

## CUIDADOS

SUTURA DE FERIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

em observação

Dr. Marcos Antônio  
Cirurgião  
Geral

EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO  
R: 2882/PB

CAPEMISA  
23 OUT 2018

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 06/04/2018 09:00:52

http://172.16.0.6.8080/cvb/pagos/prescricao.do?control=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;performa=imprimir&amp;id=251937&amp;pesquisa=8&amp;performa=imprimirPresc

Scanned by CamScanner

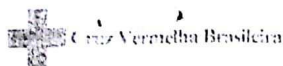


Assinado eletronicamente por: IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS - 12/11/2018 10:57:17

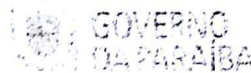
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111210545654500000017251073

Número do documento: 18111210545654500000017251073





Hospital Geral de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



# SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS</b>	BAE <b>1073915</b>	Data/Hora Entrada <b>06/04/2018 08:59:38</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>11/09/1991</b>	Idade <b>26a 6m 26d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898000506761837</b>
Mãe <b>CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS</b>			Telefone de Contato <b>(83) 998918197</b>
Endereço <b>DOUTOR MACEDO, 128</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PE</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO</b>	Nº Cons. Regional <b>4518/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/04/2018 09:07:18</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/04/2018 10:29:31</b>	

## Anamnese

PACIENTE SOFREU TRAUMATISMO NO OMBRO DIREITO E JOELHO DIREITO. RAIOS-X MOSTRA FRATURA DA AVÍCULA DIREITA. INTERNO PARA CIRURGIA.

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

CAPEMISA

23 OUT 2018

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&performa=imprimir&id=256079&pesquisa=S&performa=imprimirPres

Scanned by CamScanner

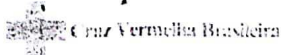


Assinado eletronicamente por: IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS - 12/11/2018 10:57:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111210550665700000017251085

Número do documento: 18111210550665700000017251085

Num. 17720057 - Pág. 1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS</b>	BAE <b>1073915</b>	Data/Hora Entrada <b>06/04/2018 08:59:38</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>11/09/1991</b>	Idade <b>26a 6m 26d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898000506761837</b>
Mãe <b>CLEIDE MARIA DO NASCIMENTO SANTOS</b>	Telefone de Contato <b>(83) 998919197</b>		Frontuário
Endereço <b>DOUTOR MACEDO, 128</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO</b>	Nº Cons. Regional <b>2882/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/04/2018 09:07:18</b>	Data/Hora Prescrição <b>06/04/2018 09:19:10</b>		

## Anamnese

paciente vítima de queda de moto apresentando múltiplas escoriações + dor e limitação de movimento de ombro d  
 Ferimento de joelho d, não é vacinado contra tetano, toraco-abdome sem anormalidade  
 Conduta: rx de ombro d pa p + rx de joelho d pa p + tetanograma 250ui im + orientação de vacinação antetânica +  
 parecer da ortopedia + sutura + alta da cirurgia geral

## CUIDADOS

SUTURA DE FERIMENTO

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS

Dr. Marcos Antônio

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO  
Nº: 2882/PB

CAPEMISA

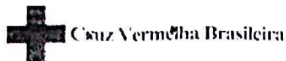
23 OUT 2018

Boletim registrado por: FÁTIMA EUZÉLIA RODRIGUES MÂRCAL em 06/04/2018 09:00:52

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;performa=imprimir&amp;id=2550179&amp;u=igora&amp;sa=8

Scanned by CamScanner





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -  
CNES: 454548 - Tel.:

Impresso por: ERIKA  
CRISTINE MACIEL ANDRIOLA  
Em: 08/04/2018 15:53:42

Paciente <b>EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1073915</b>	Data/Hora Entrada <b>06/04/2018 08:59:38</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>11/09/1991</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898000506761837</b>
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>108065</b>

**FISIOTERAPÊUTICA (ERIKA CRISTINE MACIEL ANDRIOLA - 08/04/2018 15:51:15)**

**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, COLABORATIVO

**AValiação RESPIRATÓRIA**

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO:

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

**SUPORTE VENTILATÓRIO**

RESPIRANDO EM: AA

**AValiação MOTORA**

DIMINUÍDA: MSD

EVOLUÇÃO:

**CONDUTA**

EVOLUÇÃO:

OBSERVAÇÕES:

Aviação e orientações. Paciente vítima de acidente de moto com Frac. lux. de clavícula D, sem indicação para a fisioterapia.

ção: HTOP - ENF 11 Leito: LEITO 02

Profissional responsável pela informação: ERIKA CRISTINE MACIEL ANDRIOLA

Número Conselho: 108943

CAPEMISA

23 OUT 2018

108943

Scanned by CamScanner



CAPEMISA

23 OUT 2018



# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM TRANSOPERATORIA

Técnico de Enfermagem

ETM

## 1. Identificação

Nome do Paciente: Elton do Nascimento Silva BE/Prontuário: 1073935  
Idade: 26 Sexo: ☒ Masc ☐ Fem Enfermaria: 11 Leito: 02  
Data: 18/10/18 Hora: 13:30

## 2. Admissão de Enfermagem na Sala de Cirurgia

Paciente admitido em sala, consciente e orientado;  
em boa, eupneico, normo corado; clubbing de  
dedos e diátese; TAP em 15E; des 3500  
PA: 156x95 mmHg, FC 126 bpm, PO<sub>2</sub> 99%

## 3. Dados Trans-Operatório

Procr. Fratura de Calcâneo  
Cirurgia realizada: 14:15 Horário do Término: 16:00 hs  
Tipo de Anestesia: Peridural ☐ Raqui ☐ Geral ☒ Bloqueio de Plexo ☐ Geral + Sedação  
Grau de Contaminação: Infectada ☐ Contaminada ☐ Potencialmente Contaminada ☒ Limpa  
Posição do Paciente no Trans-Operatório: Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Lateral D ☐ Lateral E ☐ Ventral  
Isolamento Elétrico: ☒ Sim ☐ Não Local da Placa: \_\_\_\_\_  
Utilização de Coxins: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Diluição usada na assepsia: ☒ OPVI ☐ Clorexidina ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner





LEI 13.406/2017  
Estatuto da Saúde

# RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HEETSHL

LEITO: 1102

FRONTALHO: 103313

PACIENTE: Exton do Nascimento Santos

DATA: 12/11/2018

INÍCIO RPA: : h: m: s: IN TÉRMINO RPA: : h: m: s:

## ÍNDICE PARA AVALIAÇÃO DOS PACIENTES NO PERÍODO PÓS-ANESTÉSICO

INTERVALO	0	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150
<b>HORARIO</b>											
Saturação de Oxigênio (0 - 2)	2	1	0								
menor ou 90%											
PAD ≥ 20% do nível pré-anestésico	2	1	0								
PAD < 20% > 50% do nível pré-anestésico											
PAD < 50% do nível pré-anestésico											
Despertar totalmente	2	1	0								
Responde a estímulos auditivos											
Não responde a estímulos auditivos ou táteis											
Náuseas e vômitos ausentes	2	1	0								
Apenas náuseas presentes											
Náuseas e vômitos presentes											
Capacidade de movimentar 4 membros	2	1	0								
Capacidade de movimentar 2 membros											
Incapacidade de movimentar os membros											
Zero (0) Sem dor	4	3	2	1	0						
Um a três (1 a 3) Fraca											
Quatro a seis (4 a 6) Moderada											
Sete a nove (7 a 9) Intensa											
Dez (10) Insuportável											
<b>TOTAL DE PONTOS</b>											

PAD: Não aplicável para pacientes de 0 a 12 anos

Valor máximo para alta: 12 pontos  
Se liberar para alta enquanto um item em negrito estiver presente

HORA											
PA											
FR											
FC											
TEMP											
ASSINATURA E COREN											

Hora da alta: : his

Anestesiologista/Médico:

Assinatura:

Score final:

CRM: 1400000017251095

CAPEMISA

23 OUT 2018

FINGJASCR 013-1





# Sistematização da Assistência de Enfermagem Evolução de Enfermagem Pós Anestésica



DATA: 18/04/18

Hora: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: Eustório do Nascimento Santos		
IDADE: 28	SEXO: ( ) F (X) M	PRONTUÁRIO/B.E.: 1073915
SETOR: RPA	ENF.: 11	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 18/04/18		
CIRURGIA REALIZADA: Trat. cirúrgico de Fratura de Clavícula (E)		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:		
<b>DADOS DA ANESTESIA</b> <input type="checkbox"/> Geral Venosa <input type="checkbox"/> Geral Combinada <input type="checkbox"/> Geral Combinada (V+I) <input type="checkbox"/> Peridural c/ cateter <input type="checkbox"/> Peridural s/ cateter <input type="checkbox"/> Raquianestesia <input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio <input checked="" type="checkbox"/> Sedação	<b>MONITORIZAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PA Invasiva	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torporoso <input checked="" type="checkbox"/> Orientado
<b>DRENOS/ CÂNULAS</b> <input type="checkbox"/> Sonda Gástrica <input type="checkbox"/> Sonda Nasoenteral <input type="checkbox"/> Sonda de Nelaton <input type="checkbox"/> Penrose Silicone <input type="checkbox"/> Dreno de Tórax <input type="checkbox"/> Guedel nº _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____	<b>IDENTIFICAÇÃO DE RISCO</b> <input type="checkbox"/> Queda (Cor Amarela) <input checked="" type="checkbox"/> Flebite (Cor Azul) <input type="checkbox"/> Perda de Sonda (Cor Vermelha) <input checked="" type="checkbox"/> UPP (Cor Verde)	
<b>LOCAL PARA COLAR AS ETIQUETAS</b>		

## ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

[ ] Não se aplica

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado.	1
	Não responde	0
SATURAÇÃO DE O2	É capaz de manter saturação de O2 maior que 92% respirando em ar ambiente.	2
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio.	0
TOTAL		9

CAPEMISA  
23 OUT 2018

F(NG).ENF.042-1

Scanned by CamScanner





# Sistematização da Assistência de Enfermagem Evolução de Enfermagem Pós Anestésica



DATA: 18/04/18

Hora: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: <u>Everson do Nascimento Santos</u>		
IDADE: <u>26</u>	SEXO: ( ) F (X) M	PRONTUÁRIO/B.E.: <u>1073915</u>
SETOR: <u>RPA</u>	ENF.: <u>11</u> LEITO: <u>02</u>	DATA DE ADMISSÃO: <u>18/04/18</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>Trat. cirúrgico de Fratura de Clavícula (C)</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:		

DADOS DA ANESTESIA	MONITORIZAÇÃO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
<input type="checkbox"/> Geral Venosa	<input type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado
<input type="checkbox"/> Geral Combinada	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente
<input type="checkbox"/> Geral Combinada (V+I)	<input checked="" type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> Comatoso
<input type="checkbox"/> Peridural c/ cateter	<input type="checkbox"/> PA Invasiva	<input type="checkbox"/> Sonolento
<input type="checkbox"/> Peridural s/ cateter		<input type="checkbox"/> Inconsciente
<input type="checkbox"/> Raquianestesia		<input type="checkbox"/> Sedado
<input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio		<input type="checkbox"/> Torporoso
<input checked="" type="checkbox"/> Sedação		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado

CAPEMISA  
23 OUT 2018

DRENOS/ CÂNULAS	IDENTIFICAÇÃO DE RISCO
<input type="checkbox"/> Sonda Gástrica	<input type="checkbox"/> Queda (Cor Amarela)
<input type="checkbox"/> Sonda Nasoenteral	<input checked="" type="checkbox"/> Flebite (Cor Azul)
<input type="checkbox"/> Sonda de Nelaton	<input type="checkbox"/> Perda de Sonda (Cor Vermelha)
<input type="checkbox"/> Penrose Silicone	<input checked="" type="checkbox"/> UPP (Cor Verde)
<input type="checkbox"/> Dreno de Tórax	
<input type="checkbox"/> Guedel nº	
<input type="checkbox"/> Outros:	

LOCAL PARA COLAR AS ETIQUETAS

ÍNDICE DE ALDRETE E PROULIN

## RESPIRAÇÃO

Apresenta dispnéia

Tem apnéia

## CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

PA em 20-49% do nível anestésico

PA em 50% do nível pré-anestésico

## CONSCIÊNCIA

Está lúcido e orientado no tempo e espaço

Desperta, se solicitado.

Não responde

## SATURAÇÃO DE O2

Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%

Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo oxigênio.

Scanned by CamScanner







REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

REF. 15111

Número:

Paciente:

Procedimento:

SUS ( ) Não SUS ( )

Médico:

Prontuário: 1073915

Data: 18 de 18

Reposição:

Data: / /

Caixa Pronta:

Evento do Nascimento de  
Pro. cir. Fratura de Clavícula D  
M. Alexandre Vitorino; Dr. René

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Caixa 35			
	Alça de neurotização de 09 furos			
	contendo sendo 07 furos no furo de espelho 01			
	Alça para os contornos n. 1813-2013	04		
	Parafusos reparação n. 2002 n. 1612	02		
DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
B. Bionum	Alça de neurotização 150	01		

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM


CAPEMISA  
23 OUT 2018

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Médico - CRM

Scanned by CamScanner

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>Atop</i>			4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Atop</i>				
<b>Identificação do Paciente</b>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>1043915</i>	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Elberten do Nascimento Santos</i>			9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1    Fem. <input type="checkbox"/> 3	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO    15 - UF    16 - CEP	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL    24 - CID 10 SECUNDÁRIO    25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    31 - QTD	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    34 - QTD	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL    37 - QTD	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <i>ex 3.5</i>            Fica a reconstrução de 09 pontos contendo pontos de fixação na tórax do paciente.            Para mais detalhes ver 18/3 - 2013            Por exames laboratoriais ref. 2202 ns 16/2         </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <i>Farmacê</i>  <i>Agência de Regulação (AROS)</i> </div> </div>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>18/04/18</i>	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Procede 9819</i>	
41 - DOCUMENTO    42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR    46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO    48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>CAPEMISA</b>  <b>23 OUT 2018</b> </div>	





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1073915  
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 18/04/2018  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA  
CIRURGIÃO: DR JOSE RENNAH 1º ASS: DR ALEXANDRE  
2º ASS: MR1 DANIEL 3º ASS:   
INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA:   
TIPO DE ANESTESIA:  HORÁRIO INÍCIO:  TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE CLAVICULA DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA	
COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO  
DESCRIÇÃO:   
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
X ENFERMARIA  TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA  ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Daniel Conserva Arruda DATA: 18/04/2018  
MÉDICO  
CRM 11134

CAPEMISA

23 OUT 2018

Scanned by CamScanner





# RELATÓRIO DE CIRURGIA

18/04/2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISAO EM SABRE
DIVULSAO + DISSECÇÃO E AVULSAO POR PLANOS ANATOMICOS
HEMOSTASIA
Achados:
VISUALIZAÇÃO DA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA SOB AUXILIO DE ESCOPIA
Conclusão:
REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 7 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REVISAO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

18/04/2018

CAPEMISA

23 OUT 2018

Scanned by CamScanner



Nota de Sala Cirúrgica



Nome do Paciente: Eleonora do Nascimento Santos  
 Data: 26/10/2018 ENFERMARIA: 11 LEITO: 02  
 URGIA: no cir. Fratura de Clavicula  
 URGIA: Dr. Leonardo Mishima, Dr. Renan  
 NESTESIA: Dr. Socorro, Dr. Natália (ne)  
 NESTESISTA: Blauel  
 INSTRUMENTADOR: Guilenc  
 ATA: 18 de 18 ENFERMEIRO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 14:10 - CIRURGIA INÍCIO: 14:45 - FIM: 16:00  
 (DICE DE RISCO DE CIRCUITO ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST))  
 SA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )  
 RAL DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
LENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
LPIVACAINA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
LPIVACAINA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
ETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
ROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	2,0 1
TOXIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	3,0 1
ENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
ENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
IAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	1 1
LRANO		LÂMINA DE DERMATOMIO		FIO POLIGLACTINA Nº	
DBUPIVACAINA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
DBUPIVACAINA S/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
DOCAINA C/ VASO		LUVAS ESTERIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
DOCAINA S/ VASO		LUVAS ESTERIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
IDAZOLAN		LUVAS ESTERIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
ORFINA		LUVAS ESTERIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
IMBILUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
INCLURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
ETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
OPORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
AMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
CLURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
VOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
ONAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
OPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES		BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
DRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
LA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
EXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
OLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
AMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
INA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
ROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
ICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
LCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
DROCCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
DOCAINA GELEIA		ELETRODOS		PLACA	
IDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
ASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
OSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		( ) ASPIRADOR	
OTAMINA		ESPONJA DE PVPI		( ) BISTURI ELÉTRICO	
NOXICAN		ESPARADRAPO		( ) CAPNOGRAFO	
		GAZES		( ) CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODOADAS		( ) DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº10		( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCULANTE	

agulha de  
 soro de 500 ml  
 Hec. para construção de punção cateter  
 na fratura do paciente.  
 Para punção cateter no 18/3-20/3  
 Para punção cateter no 2202 no 18/2

CAPEMISA  
23 OUT 2018





DATA: 18 104/18

PRONTUÁRIO: 107 3915

14-00000 (NG) ASCIR 026-

Maria do Socorro de Sousa Santos  
Anestesiologista  
CRM 1822

CAPEMISA  
23 OUT 2018

Scanned by CamScanner



11/02

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO



Everson

João Pessoa. 17/04/18

Declaro, para fins legais, conforme segue:

01. Que estou ciente do fato de que, em data de 17/04/18, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de Bloqueio / Sedação H.T.O.P. a ser realizado pelo Médico Anestesiologista

ou qualquer outro membro de sua equipe de Anestesia, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de Tratamento de Glavícula D

02. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico/sedativo em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico e/ou integrante de sua equipe, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico/sedativo a que me submeterei.

03. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade do meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar.

04. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia/sedação, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame/Avaliação Anestésica" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico/sedativo.

05. Declaro mais que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos.

Assinatura do Paciente ou Responsável: Everson do Nascimento Santos

Assinatura do Anestesiologista: \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

Aline C. Lima de Souza Lima  
MÉDICA RESIDENTE ANESTESIOLOGIA  
CRM-PB 11.173

CAPEMISA

23 OUT 2018

F(NG). ASCIR. 022-1

Scanned by CamScanner





CAPEMISA

23 OUT 2018

CHUVINHEIRA  
RABEIRA

Suspensão de Cirurgia

RECEBI

Nome do Paciente: Everson do Nascimento Sousa BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

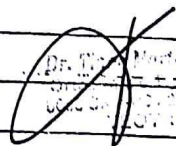
Foi justificado ao paciente? (x) Sim ( ) Não

Sector/Clinica: Odontologia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data: 10/04/18 Horário: \_\_\_\_\_ hs

1. Relatório do(a) Médico(a) Responsável pela Suspensão (assinar e carimbar)

Cirurgia suspensa devido a risco importante de infecção em região da Via de Eixo. Há presença de sinais de reação durante o período de internação.



2. Relatório do(a) Enfermeiro(a) (assinar e carimbar)

Scanned by CamScanner





## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO

09/04/18

01. Que estou ciente do fato de que, em data de 10/04/18, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de Blaqueio e/ou geral, junto ao Hospital UFOP, a ser realizado pelo Médico Anestesiologista ou qualquer outro membro de

Dr. Fratura de clavícula a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de

02. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico/sedativo em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico e/ou integrante de sua equipe, tendo eu oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico/sedativo a que me submeterei.

03. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesiologista exerce atividade do meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não alcançar.

04. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas declaro também que prestei ao Médico Anestesiologista as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas visando a anestesia/sedação, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame Avaliativo Anestésico" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento anestésico, existem presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico/sedativo.

05. Declaro mais que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços e serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

06. Peço autorização se necessário, para o cliente participar de um estudo para determinar para uso de dados para pesquisa acadêmica, desde que aprovada pelo comitê de ética e pesquisa.

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos.

Assinatura do Paciente ou Responsável: Ignorância do documento assinado

Assinatura do Anestesiologista: Dr. Nathan Lacorda

Dr. Nathan Lacorda  
Anestesiologista  
CRM PB: 10680

Testemunha:

CAPEMISA

23 OUT 2018

F(NG). ASCIR. 022

Scanned by CamScanner

DATA: 09/04/18

PRONTUÁRIO: 1073915

NOME DO PACIENTE: Everson do Nascimento Santos  
 Idade: 86 Sexo: M Profissão:  
 Patologia principal: Fratura de Clavícula Direita  
 Cirurgia: Fixação Externa de Fratura de Clavícula Anestesia proposta: Despertar e/ou final

Tem no peito angina? infarto? <input type="checkbox"/> <3M <input type="checkbox"/> 3-6M <input type="checkbox"/> 6M Pressão alta? Sopro, febre reumática? Arritmia, taquicardia: <input type="checkbox"/> espontânea aos esforços <input type="checkbox"/> pouq <input type="checkbox"/> médios Edema de MMII <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Verão Dispneia de decúbito <input type="checkbox"/> aos esforços <input type="checkbox"/> pouq <input type="checkbox"/> médios Asma brônquica? Tosse catarro? (cor) Fumante há _____ anos Parou há _____ Desmaios, tonturas? Convulsões, abalos, tremores? Fraqueza muscular, miopatia? r nas juntas, artrite, collagenose? Problema de coluna? História social Alcoolatra há _____ anos Parou há _____	Diabetes? Doença da tireoide? Mudança no hábito miccional? Modificação no apetite? Queimação, azia, H de hiato, dor? Náuseas, vômitos? (cor) Mudança no hábito intestinal? Alteração na cor das fezes? Perda de peso s dieta? Hepatite, icterícia, malária, Chagas? Anemia? Sangramento? (onde) Hematomas manchas roxas? Gripe, febre, recente? Está ou pode estar grávida? (DUM: ) Tem problema de surdes, visão? Teve febre alta quando foi operado? Recebeu Transf. sangue? Há Aceita transf sangue numa emergência?	Alergia a drogas? Quadro clínico? Tratamento? Alergia a pó, lá, odores, alimentos? Quadro clínico? Tratamento? Alergia a derivado de borracha? Quadro clínico? Tratamento? PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos) A criança é prematura? A criança tem 1 de desenvolvimento? A criança está gripada, c tosse, febre? A criança tem outra doença? ANTECEDENTES FAMILIARES DE: <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> doença evasc. <input type="checkbox"/> miopatia <input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia? <input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia? Qual?
--	---	--

Doenças importantes da Anamnese e/ou EF Cirurgias / Anestesias prévias / Complicações Medicamentos (Diets)

Paciente vítima de queda de moto há 03 dias, apresentando fratura em clavícula direita. Neurovasculares preservados.

Hemiplastia em 2001. Nega reações alérgicas. Nega uso de medicações.

EXAME FÍSICO

Peso: 84 Altura: 1,80 PA: 120/80 P: 72 Hidratado: Residratado

Cor: Arrozado (cunha) (dispo) (taquip) - cianótico (cianótico) - icterico (amarelado)

Ausculta: Nega

Densidade prótese (inf sup) (móvel/fixa) Nega

Dentes: Nega

Abertura da boca: Normal

Peçoço: Normal

Hélio: Estendido do pescoço

Norm: Limitada

Altura: 1,80 - 3 - 4 distância externa: 12,5 cm > 12,5

Análise de preferência exames com < 01 ano  
 Exames Substâncias - DATA: 06/04/18  
 Hb= 16,4 Ht= 49,2 Glic= 104 Cr= 1,0 Ur= 1,0  
 Na= 135 K= 4,2 TC= 1,0 TS= 1,0  
 Pla= 205.000 leuc= 12.600  
 Coagul: ☐ Normal ☐ Alterada TT= 13,5 TTPA= 20,0 INR= 1,0  
 RX tórax ( / / ) =  
 ECG ( / / ) =

Avaliação clínica

Termo assinado, mentes assinado, digito, marcado;  
 fim assinado  
 reserva de sangue

ASA II

RETORNOS ☐ NÃO ☐ SIM Motivos: ☐ Exames complementares ☐ Encaminhado p/Clinica. Qual:  
 (VÍDE VERSO)

MEDICO  
 Dr. Nilton Lacerda  
 Anestesiologia  
 CRM PB: 10680

CRM.

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:  
 DATA: 11/04/18

☐ Liberado para cirurgia  
☐ Reavaliar na internação - motivo(s):  
☐ Reavaliar na SO - motivo(s):  
☐ NÃO LIBERADO p/CIRURGIA - motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES

MPA drogas/dose

MÉDICO

CRM

FNG/ANCI/027-1

CAPEMISA

23 OUT 2018



## RETORNOS

DATA: 17/04/18. Paciente el cirurgia agendada-pl 10/04/18, foi suspensa devido a presença de infecção em região de via de acesso, com presença de grande quantidade de secreção purulenta. Reagendada pl 18/04/18. Paciente com leucócitos no último lab (06/04/18) → 52600.  
Paciente fez bom contato el ciproflaxona. MÉDICO: CRM:

DATA: 400 mg 12/12 por 3 dias, com melhora clínica  
visualizada através de foto diários do urétero. O mesmo  
nega febre ou outros sintomas.  
CO: Liberado p/ casa.

DATA:     /     /

Aline C. Lira de S.  
MÉDICA RESIDENTE  
CRM-PB 11.111

MÉDICO:

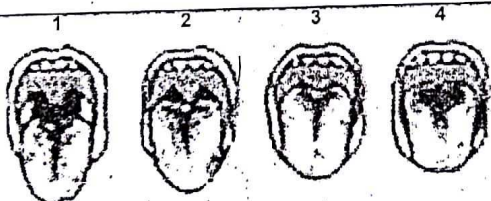
CRM:

DATA: ;

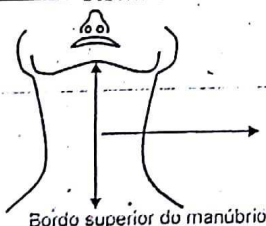
MÉDICO:

CRM:

TESTE DE MALLAMPATI



~~DISTÂNCIA ESTERNO-MENTO~~



Distância esterno-mento

Bordo superior do manúbrio

### EXAMES PRÉ-ANESTÉSICOS MÍNIMOS RECOMENDÁVEIS

1. ASA I

< 50 a.	Hb/HT
51 - 60 a.	Hb/HT, ECG
61 - 75 a.	Hb/HT, ECG, Creatinina, glicemia
> 75 a.	Hb/HT, ECG, Creatinina, glicemia, RX tórax

## 2. ASA II

qualquer idade      Hb: HT + exames de acordo com a doença

## 2. ASA II COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

qualquer idade Hb/HT, ECG, Creatinina, RX: tórax, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>  
(se usar diuréticos)

### 3. ASA II COM DIABETES

qualquer idade Hb:HT, ECG, Creatinina, Glicemia, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>

4. ASA III/IV/V

Hb/Ht, ECG, Creatinina, Glicemia, RX tórax, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>  
+ exames de acordo com a doença

TEMPO DE VALIDADE: 01 ANO para pacientes ASA I, ASA II

Exames que podem sofrer alterações mais frequentes devido à doença e ao tratamento

Distancia Extremo - Mento: 12.5 cm

F(NG).ASCIR.027-1

**CAPEMISA**

23 OUT 2018





### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS		Registro 1073915	Idade 26a 6m 30d
Localização HTOP - ENF 11		Coleta Prévia de Cultura? ( ) Sim ( ) Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo	Tempo
CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML)	12/12H		14 Dias
Indicação Terapêutica: TERAPÊUTICO	Dispensado pela Farmácia 20/04/18 Farmaceutico:		Assinatura e Carimbo Médico:
Indicação Profilática: TERAPÊUTICO			
Doença Base: TERAPÊUTICO			
Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.			

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PB 6902 CRM PE 22641  
RCDT 13941

CAPEMISA

23 OUT 2018





### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	Registro	Idade
EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	1073915	26a 6m 30d
Localização	Coleta Prévia de Cultura?	
HTOP - ENF 11	() Sim ( ) Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo
1 CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML)	12/12H	14 Dias
Indicação Terapêutica:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
TERAPÊUTICO	Farmacêutico:	
Indicação Profilática:		
TERAPÊUTICO		
Doença Base:		
TERAPÊUTICO		
Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.		

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
CRM PB 6602 / Otorrinolaringologia  
REC-19943  
17/04/18

CAPEMISA  
23 OUT 2018

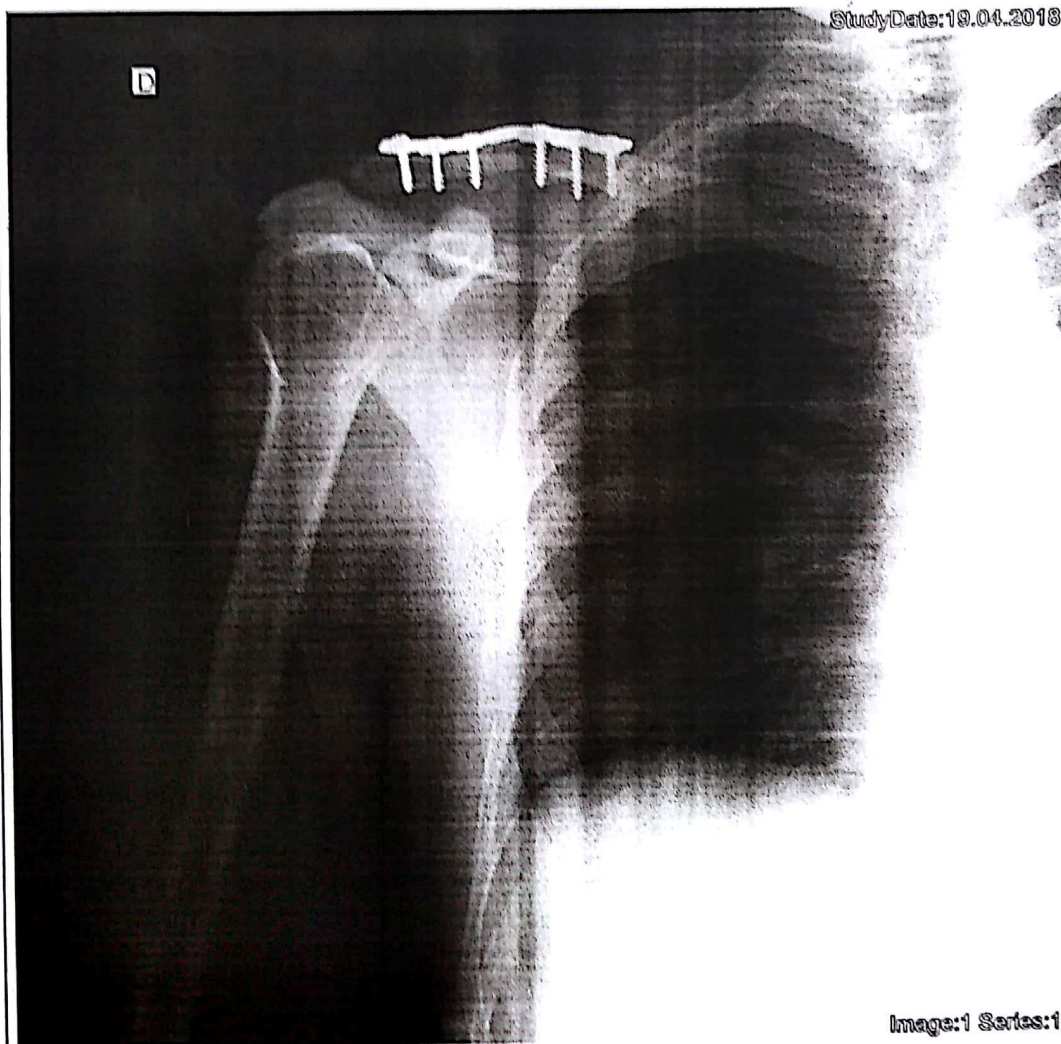


### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Nome	Registro	Idade
EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS	1073915	26a 6m 30d
Localização	Coleta Prévia de Cultura?	
HTOP - ENF 11	() Sim ( ) Não	
Antibióticos	Posologia	Intervalo
1 CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML)	12/12H	14 Dias
Indicação Terapêutica:	Dispensado pela Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:
TERAPÊUTICO	Farmacêutico:	
Indicação Profilática:		
TERAPÊUTICO		
Doença Base:		
TERAPÊUTICO		
Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.		

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
CRM PB 6602 / Otorrinolaringologia  
REC-19943  
17/04/18

PatientID: 000000059969 Sex: Masculino  
PatientName: EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS BirthDate: 11.09.1991  
Age: 26a.



CAPEMISA  
23 OUT 2018

HTOP

Scanned by CamScanner





CAPEMISA  
23 OUT 2018

D

000000059969 EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS M  
18.04.2018  
HTOP



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: IGOR FELIPE PEREIRA DOS SANTOS - 12/11/2018 10:57:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111210561488900000017251140>  
Número do documento: 18111210561488900000017251140

Num. 17720114 - Pág. 2



Buscar no site



Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE



A A A

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Teclado.aspx)

Documentos Despesas Médicas

(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente

(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte

(/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de


### SINISTRO 3180499324 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CAPEMISA**BENEFICIÁRIO** EVERTON DO NASCIMENTO SANTOS**CPF/CNPJ:** 10196582407**Posição em 12-11-2018 10:35:57**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor a ser pago será consultado aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/10/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/api_key=__luhtGICJ26TECEJk5kzxueKpMOTRHM8wys

### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)







(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat>)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo  
(/Pages/Acompanhe-o-  
Processo-de-  
Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos  
(/Pages/Consulta-a-  
Pagamentos.aspx)
- › Saiba Como Pagar  
(/Pages/Saiba-como-  
pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento  
(/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização  
(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-  
Indenizacao)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT  
(/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT  
(/Pages/Sobre-o-Seguro-  
DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais  
(/Pages/Informacoes-Gerais-  
Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis  
(/Pages/Dicas-  
Indispensaveis-Para-Pedir-a-  
Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT  
(/Seguro-DPVAT/Dicionario-  
do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes  
(/Seguro-  
DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line  
(/Contato/Chat-e-  
Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e  
Sugestões  
(/Contato/Duvidas-  
Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato  
(/Contato/telefones-de-  
contato)
- › Ouvidoria  
(/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias  
(/Contato/canal-de-  
Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)





**Poder Judiciário da Paraíba  
Corregedoria-Geral da Justiça  
PROVIMENTO 3**

**Datado e assinado eletronicamente.**

**Proferir despacho/decisão/sentença.**

**Juiz(a) Corregedor(a)**





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**Vara Única de Caaporã**

**Processo nº 0800613-03.2018.8.15.0021**

**[ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**DESPACHO:**

Vistos, etc.

1. Tendo em vista o requerimento inserto na peça vestibular, bem como a declaração de hipossuficiência econômica acostada aos autos, **CONCEDO** os benefícios da assistência judiciária gratuita à parte promovente, o que faço com esteio nas disposições dos arts. 98 e 99, §, 3º do CPC.

2. Considerando que a petição inicial preenche os requisitos essenciais e por não vislumbrar razões para a improcedência liminar do pedido, recebo mencionada peça e, considerando que a parte autora dispensou a realização de audiência de autocomposição, ordeno a citação do(s) réu(s) para, no prazo de 15 dias, apresentar(em) contestação, sob pena de revelia.

Cumpra-se.

Caaporã, datado e assinado eletronicamente

Juiz(a) de Direito

