



Número: **0800114-81.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **04/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CAIO RANGEL DA SILVA LIMA (AUTOR)		THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27941106	04/02/2020 10:33	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
27941471	04/02/2020 10:33	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL</a>	Documento de Comprovação
27941472	04/02/2020 10:33	<a href="#">PROCURAÇÃO, RG, CNH E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
27941476	04/02/2020 10:33	<a href="#">BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</a>	Documento de Comprovação
27941479	04/02/2020 10:33	<a href="#">CERTIDÃO CORPO DE BOMBEIROS E FICHAS DE ATENDIMENTO</a>	Documento de Comprovação
27941482	04/02/2020 10:33	<a href="#">FORMULÁRIOS E B.O's</a>	Documento de Comprovação
27941485	04/02/2020 10:33	<a href="#">DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR I</a>	Documento de Comprovação
27941489	04/02/2020 10:33	<a href="#">DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR II</a>	Documento de Comprovação
27941493	04/02/2020 10:33	<a href="#">DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR III</a>	Documento de Comprovação
27941498	04/02/2020 10:33	<a href="#">DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR IV</a>	Documento de Comprovação
27941603	04/02/2020 10:33	<a href="#">PAGAMENTO DA IDENIZAÇÃO</a>	Documento de Comprovação
29494491	31/03/2020 21:57	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
30163422	27/04/2020 09:20	<a href="#">Informação</a>	Informação
30163429	27/04/2020 09:20	<a href="#">GRATUIDADE JUDICIÁRIA-</a>	Outros Documentos
30163431	27/04/2020 09:20	<a href="#">CARTEIRA DE TRABALHO</a>	Documento de Comprovação
30943162	25/05/2020 11:27	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
31074186	28/05/2020 15:03	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
31269662	04/06/2020 10:25	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
31269685	04/06/2020 10:28	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

Em anexo.



**AO MM JUÍZO DA \_\_\_\_VARA DA COMARCA DE POMBAL- ESTADO DA PARAÍBA**

**CAIO RANGELDA SILVA LIMA**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob nº 4048430, SSDS/PB e do CPF sob nº 117.496.244-51, residente e domiciliado no Rua Severino Gomes Souto, Bairro Vida Nova, Pombal – Estado da Paraíba vem com habitual respeito e acato, através de seu bastante e único advogado, nos termos da procuração anexa, com endereço profissional “in fine<sup>1</sup>”, onde recebe todas as intimações, mui respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, com fundamento legal no artigo 3ª da lei 6.194/74, propor a presente:

---

## **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**

---

em face da **SEGURADA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, podendo ser intimada através de seu departamento jurídico localizado na Rua Senador Dantas, 74/14º andar, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031.205, pelas razões de fato e direto a seguir articuladas:

---

<sup>1</sup> **POMBAL -PB - RUA JOÃO CARNEIRO, S/N, CENTRO - CEP 58.840.000 - E-MAIL: XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM - CEL. 083/96607071.**



## PRELIMINARMENTE

---

Requer que sejam concedidos os Benefícios da **Justiça Gratuita** art. 98 NCPC, perante o estado de necessidade que passa a Promovente, que se encontra impossibilitado de fazer o pagamento de custas judicial e honorário advocatícios sem comprometer seu sustento.

## DO SUPORTE FÁTICO

---

Relata o Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito **sob nº 484/2019**, expedido pela Delegacia de Polícia Civil de Pombal, que, no dia 26 de junho de 2019, o autor conduzia uma motocicleta, descrita como: **Honda CG TITAN KS, PLACA PFP 4118/PB, COR PRETA**, que colidiu com outro veículo após o mesmo atravessar a BR.

Cita-se que, logo após a ocorrência do acidente, o autor foi socorrido para o Hospital Regional de Pombal, na cidade de Pombal-PB. **O requerente sofreu Fratura na Perna Direita.** (cópia do portuário médico e da ficha de atendimento do hospital anexo)

Desse modo, a nova tabela anexada pela lei 11.945/2009 e artigo 3º da Lei 6.194/1974, demonstra que o autor estaria inserido nos danos parciais em membros superiores e inferiores, correspondentes a 100% do valor total da indenização, perfazendo um total de **70% DOS DANOS PARCIAIS CORPORAIS DEFINITIVOS CORRESPONDENTE APROXIMADAMENTE A 9.450,00- (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS).** no tocante a lesão de caráter definitivo do membro inferior.

CONTUDO, AO INGRESSAR NA VIA ADMINISTRATIVA (sinistro 3200024073), **RECEBEU APENAS, O VALOR APROXIMADO A 17,5% DOS DANOS PARCIAIS CORPORAIS DEFINITIVOS CORRESPONDENTE 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois e cinquenta).**

Assim ocorrendo, a indenização é por demais injusta, haja vista que a seguradora pagou o referido valor a menor do que o especificado na lei. Logo, nos leva a concluir





pelas sequelas permanentes do mesmo, devendo esse nobre juízo reconhecer tal direito e fazer com que a ré efetue o restante do pagamento da indenização do seguro obrigatório, que segundo o anexo de art. 3º da lei 6.194/74, para perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores é de 70% do valor parcial coberto pelo seguro obrigatório.

Razão pela qual, vem à tutela jurisdicional cobrar a diferença de **7.587,50** Correspondente ao restante das lesões parciais permanentes, sendo, a referida cobrança, o motivo porque demanda foi proposta.

## **DO ARCABOUÇO JURÍDICO**

---

A indenização do seguro obrigatório DPVAT é bastante consagrada em nosso ordenamento jurídico, e, é de tal forma regida pela Lei nº. 6.194/74, a qual é a norma disciplinadora desse respectivo seguro, ela prenuncia que a indenização será paga as vítimas de acidente de trânsito que venham a morrer, a sofrer invalidez permanente em algum órgão ou membro, ou até mesmo aquela pessoa que só venha a receber cuidados médicos. Logo, tais situações se encontram denotadas no art. 3º, após a vigência da medida provisória nº. 340/06, desta referida lei:

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

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

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

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



Logo, como é explanado por tão nobre artigo, a lei garante o direito de receber uma indenização como prêmio desse seguro. De antemão, deve ser condenada tanto à promovida bem como qualquer outra seguradora que opere com o seguro obrigatório.

Por conseguinte, dispõe a lei 6.194, de 19 de dezembro de 1974, que o valor correspondente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir a tangência do art. 3º desta referida lei, bem como seu anexo, cujo diz que o quantum deverá ser de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou inválido parcialmente devendo receber o valor parcial (70% da indenização total, correspondente a 9.450,00 ( Nove mil quatrocentos e cinquenta reais) de acordo com o que é renunciado no anexo da Lei 6194/74, e, não o pagamento parcial a menor, como foi feito pela requerida.

Ademais, o art. 5º da Lei 91694/74 é claro ao enunciar que:

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

Destarte, a norma que rege o seguro DPVAT, a Lei nº 6.194/74, determina em seu art. 5º que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente, do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida ainda qualquer franquia por parte do segurado.

Ao bem da verdade, por essas provas apresentadas, fundamentadas e legítimas já se evidencia e prontamente se percebe o direito do(a) autor(a) em receber o prêmio do seguro DPVAT, pois, como já fora explicitado anteriormente na norma legal, o pagamento da indenização será devida mediante a simples ocorrência do acidente e do dano dela decorrente..

Destarte, que o anexo ao art. 3º da Lei nº 6.194/74, explicita nos dias atuais o valor da indenização a ser recebida pelo(a) promovente de acordo com a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas



anatômicas ou funcionais, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual em tal anexo estabelecido.

Portanto, diante do enunciado no inciso I do parágrafo primeiro do art. 3º da Lei 6194/74, e principalmente de acordo com o que explicita o anexo da referida Lei, o (a) promovente faz jus a indenização por invalidez permanente em decorrência das sequelas.

Por conseguinte, vale indicar a este juízo que, segundo a própria lei 6194/74, o IML é o órgão competente para a verificação e caracterização da perda funcional do membro lesado e da irreversibilidade da lesão ocasionada pelo acidente de trânsito. **No entanto, é notório e cediço por todos que nesta Comarca não existe tal órgão, e, como tal, a produção da perícia médica judicial torna-se prova necessária ao deslinde dessa presente ação e a consequente comprovação da invalidez permanente apresentada pelo(a) autor(a).**

Destarte, que a violação do direito do(a) Autor(a), no caso em tela é patente, tendo por consequência o ato ilícito a ser reparado, segundo a luz do art. 186 do Código Civil Pátrio, in verbis:

**“Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”**

O instituto da responsabilidade civil é parte integrante do direito obrigacional, pois, a principal consequência da prática de um ato ilícito é a obrigação que acarreta o dever de reparar o dano causado, sendo este de natureza pessoal que se resolve em perdas e danos.

Logo, está satisfeito o(a) promovente de que não tem mais a que buscar, a Promovida, além de demonstrar de forma equivocada que não tem interesse em pagar o seguro DPVAT e não encontrando outro caminho, vem invocar a Tutela Jurisdicional do Estado, por intermédio de seu órgão judiciário para dirimir tal conflito.

## **DO PEDIDO JURISDICIONAL**

---



Na vertente das considerações narradas, vem o autor, com habitual respeito e acato requerer:

**A CONDENAÇÃO DA PROMOVIDA AO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO VALOR FALTANTE** em epígrafe, com base no montante de **R\$ 7.587,50 (sete mil quinhentos e oitenta e sete e cinquenta)**, conforme preceitua o inciso I do § 1º e inciso II do art. 3º da Lei 6194/74, referente ao restante da indenização por invalidez permanente sofrida pelo(a) promovente **no membro superior esquerdo**. No entanto, caso tal incapacidade seja parcial que se apure o seu respectivo grau percentual.

Seja **CITADA** a Promovida através de AR, no endereço declinado, nos termos do art. 221, I do CPC, para querendo, apresentar contestação, produzir provas e requerendo, sendo o caso de prova pericial, com a formulação de quesitos e indicação de assistente técnico, bem como a juntada do processo administrativo sob nº 3200024073.

Requer que lhe seja **CONCEDIDO OS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA** nos termos do artigo 98 do CPC.

Que seja acrescido e aplicado ao **valor da condenação**, juros moratórios a partir **da data da citação** e correção monetária retroativa à data do ajuizamento desta.

Seja condenada a demandada em **HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, EM 15%** (quinze por cento) sobre o valor da condenação.

Seja o(a) autor(a) submetido(a) **A PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL, DEVENDO TAL PERITO SEGUIR OS QUESITOS NO ANEXO 01 ENUNCIADOS**, bem como os elaborados pela parte ré e/ou pelo juízo, devendo os honorários periciais correrem as custas da parte vencida ao final da ação.

Por fim, que Vossa Excelência **JULGUE A TOTALMENTE PROCEDENTE O PRESENTE PEDIDO AUTURAL**.

Protesta ainda provar o(a) promovente por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente por provas documentais e testemunhais.

Dá-se o valor da causa para meros efeitos fiscais o valor de **R\$ 7.587,50 (sete mil quinhentos e oitenta e sete e cinquenta)**.



Nestes termos; pede deferimento.

**POMBAL- Terra de Maringá-** em 04 de fevereiro de 2020.

***Bel. Thyago Glaydson Leite Carneiro***

*Ordem dos Advogados do Brasil*

*Conselho Seccional da Paraíba*

*sob nº 16.31*

## **Anexo 01**

### **QUESITOS**

1) Se existe nexa causal entre o acidente noticiado na peça inicial e as lesões produzidas no Autor?



2) Se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se estes órgãos foram lesionados em função do acidente automobilístico?

3) Se houve Invalidez. Em caso afirmativo, se a invalidez é total ou parcial?

4) Se a invalidez for parcial, ela é completa ou incompleta?

5) Se parcialmente incompleta, qual o percentual a ser utilizado com relação à redução proporcional da incapacidade permanente? Onde nesse quesito deverá o Sr. Perito se utilizar dos percentuais enunciados pelo inciso II do § 1º da Lei 6194/74: “75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa; 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão; 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, e ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais”.



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Caio Rangel da Silva Lima  
RG: 4048430 Órgão Emissor: SSD 5 / PB CPF: 117.496.244-51  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo  
Endereço: Rua Severina Gomes Santo Nº 73  
Bairro: Vila Nova Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB  
Telefone: ( ) ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Thyago Glaydson Leite Carneiro  
RG: 2.897.048 Órgão Emissor: SSP / PB CPF: 057.614.794-00  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado  
Endereço: Rua Coronel João Carneiro Nº 512  
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB  
Telefone: (33) 99660-7071 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Caio Rangel da Silva Lima

CPF: 117.496.244-51 Data do Acidente: 26 / 06 / 2019  
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Pombal, 20 de dezembro de 2019.  
Local e data



Caio Rangel da Silva Lima

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Em test. da verdade. Dou fé.  
POMBAL-PB, 20/12/2019.

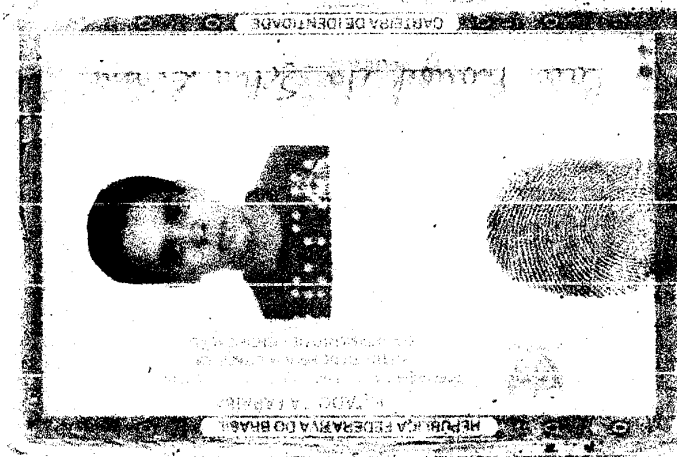


ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal E-AJN46749-600Q  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$: 11,89 FARPEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 0,00



Cel. João Queiroga  
1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis  
CNPJ: 09.205.816/0001-26  
Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIDADE Nº 4.048.430 DATA DE EMISSÃO 30/04/2012

NOME CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

FILIAÇÃO JOSÉ ANTONIO DE LIMA FILHO CLEONICE DA SILVA GARRIDO

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 17/03/1996

Nº DA ÚNICA NASC. N. 28318 FLS. 300 LIV. A-26 CARTÓRIO POMBAL-PB

SIGNATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/80

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638681321

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1638681321

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

DOC. ENTREGUE / OUT. EMISSÃO DE 4048430 SDOB PB

CEP 117.496.244-51 DATA NASCIMENTO 17/03/1996

NOME NATURALIDADE FILIAÇÃO

JOSÉ ANTONIO DE LIMA CLEONICE DA SILVA GARRIDO

12/09/2001 23/02/2017

LOCAL POMBAL, PB DATA EMISSÃO 03/04/2018

1408909666 1408909666 1408909666

PARAIBA







CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL Nº 160672029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20191239656993

SEGUNDA VIA

MATRÍCULA  
03965699.3

CLIENTE

ESCRITÓRIO

POMBAL

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
03965699.3

INSCRIÇÃO

112.005.305.0203.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73 - VIDA NOVA I POMBAL PB 58840-000

CPF/CNPJ:

117.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO  
24/12/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

FATURA  
12/2019

ÚLTIMOS CONSUMOS

11/2019 -	6-30	10/2019 -	6-30
09/2019 -	6-30	08/2019 -	6-30
07/2019 -	6-30	06/2019 -	6-30

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	6	H 30 5306

ÁGUA  
LIGADO

ESGOTO  
POTENCIAL

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
3589	3589	6	30	0,20
11/11/2019	11/12/2019	NºHm: A92S025160		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA  
RESIDENCIAL 001 UNIDADE  
CONSUMO DE ÁGUA  
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.  
JUROS DE MORA

10/2019  
10/2019

6 M3

37,91  
0,77  
0,20

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,71

TOTAL

R\$

38,88

SR. USUARIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.  
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.  
CASO TENHA PAGO APOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2019  
Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido em: 02/01/2020



CAGEPA

MATRÍCULA  
03965699.3

INSCRIÇÃO  
112.005.305.0203.000

FATURA  
12/2019

NÃO RECEBER APÓS  
31/12/2020

VENCIMENTO  
24/12/2019

GRUPO: 640

FIRMA: 2

VALOR R\$

38,88

82610000000-7 38880010112-2 03965699301-9 12201930003-a





AMATEL 1331



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
PROTOCOLO DE ACIDENTES: 19033720B01

Para cópia do seu Boletim acesse o sítio:  
[www.prf.gov.br/novobat/consultar](http://www.prf.gov.br/novobat/consultar)  
Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ  
de um dos envolvidos no acidente; e  
Clique em imprimir.  
Em caso de dúvidas acesse [www.prf.gov.br](http://www.prf.gov.br) e  
Selecione Acidentes de Trânsito.

**ATENÇÃO:**

Para dúvidas sobre o SEGURO DPVAT acesse o sítio  
[www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br). Em casos de avaliação de danos com MÉDIA  
ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN.  
Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado,  
antes de fazer reparos no veículo.





**PRF**

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19033720B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat)  
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um  
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.

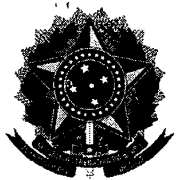


Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de

**191**







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19033720B01

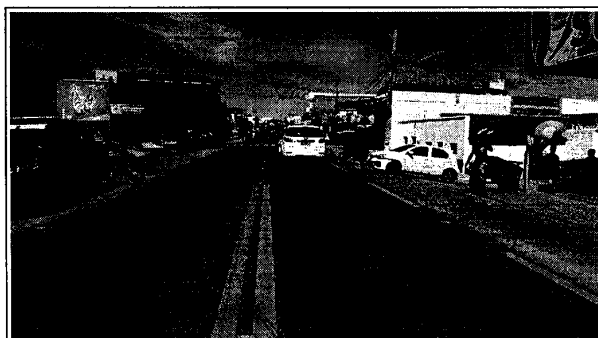
## INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 26/06/2019 Hora: 08:30 Município: POMBAL/PB  
BR: 230 KM: 406,8 Sentido: Crescente  
Policial responsável pelo atendimento: R. CRUZ, 1969527

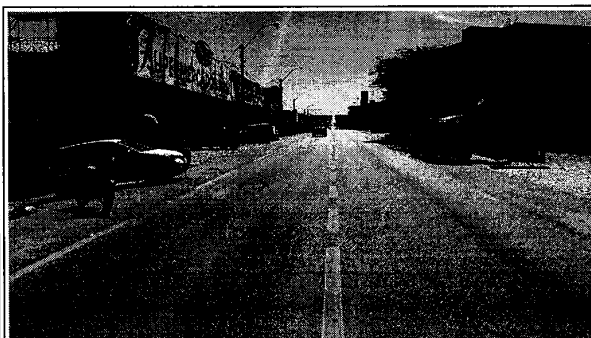
## ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

## IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

## NARRATIVA

No dia 26/06/2019, por volta das 08h30, no km 459,1 da BR-230, em Sousa/PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01 (uma) vítima grave. Os veículos envolvidos foram: a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD (V1) e o automóvel TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1, antes do acidente, transitava na BR 230, no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB, quando ao tentar entrar na BR 230 em Pombal-PB perímetro urbano, colidiu transversalmente com V2 que seguia na rodovia no sentido Catolé do Rocha - PB / Pombal - PB. A colisão ocorreu na faixa de trânsito onde transitava V1, o que mostra que V2 não conseguiu desviar de V1, ocasionando a colisão. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de entrar na rodovia, ação essa realizada por V2. Observações: - A velocidade regulamentar da via no local é de 40 km/h.- O local do acidente estava parcialmente desfeito e era sinalizado pela equipe da Polícia Militar da Paraíba de Pombal.- O condutor de V1, que sofreu fratura exposta em um dos membros inferiores, foi removido do leito da rodovia (posição final) pela equipe dos Bombeiros-PB antes da chegada da equipe de PRFs no sítio do acidente.- O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos sentidos da rodovia.- A condutor de V2 permaneceu no local a espera da equipe PRF e prestou informações para confecção deste Boletim de Acidente de Trânsito.- Os veículos envolvidos apenas V2 possui restrição de circulação por está com o licenciamento vencido e V1 por não



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

**191**





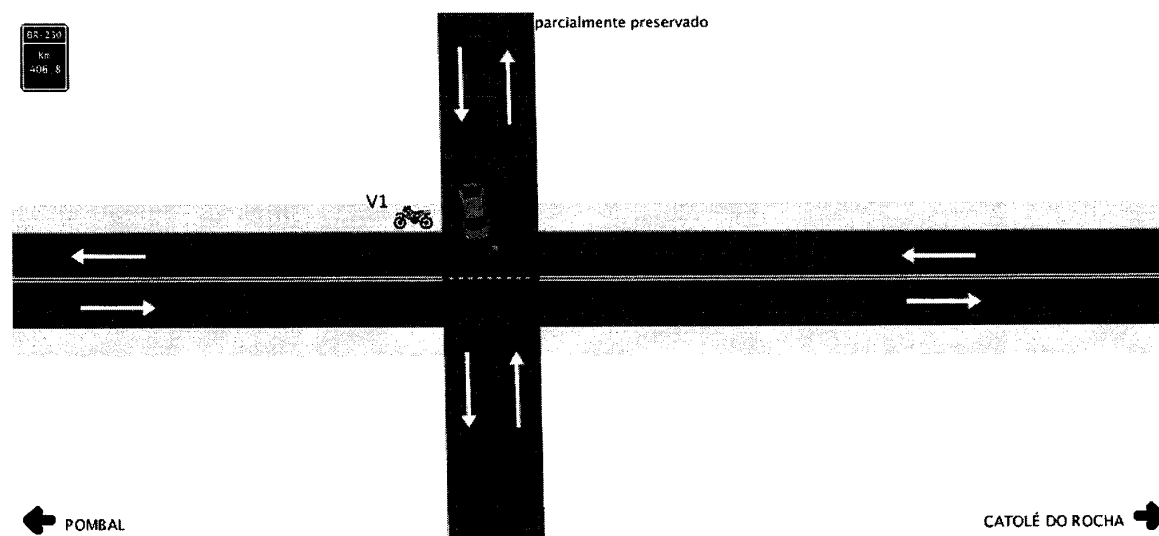
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19033720B01

possuir restrições foi entregue ao pai da vítima, conforme descrito neste Boletim de Acidente de Trânsito. - Não foi possível realizar o teste do etilômetro, no condutor de V1 pois o mesmo encontrava-se recebendo cuidados médicos em função dos ferimentos sofridos, enquanto que o condutor de V2 foi submetido ao teste no modo passivo do equipamento o qual não indicou o uso de álcool ou indícios de que tenha feito uso substâncias entorpecentes.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PFP4118 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19033720B01

Placa: PFP4118      Marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD      Renavam: 00341499307  
Ano fabricação: 2011      Chassi: 9C2KC1650BR536463      Tipo de veículo: Motocicleta  
Espécie: Passageiro      Categoria: Particular      Cor: Preta  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento  
Informações complementares: Motocicleta entregue ao pai do condutor, o senhor José Antônio de Lima Filho ,  
CPF 805.560.434-72

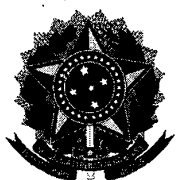


Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

**191**







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

Placa: PFP4118

Nº BOAT: 19033720B01

Nome do Agente: R. CRUZ

Matrícula do Agente: 1969527

Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias

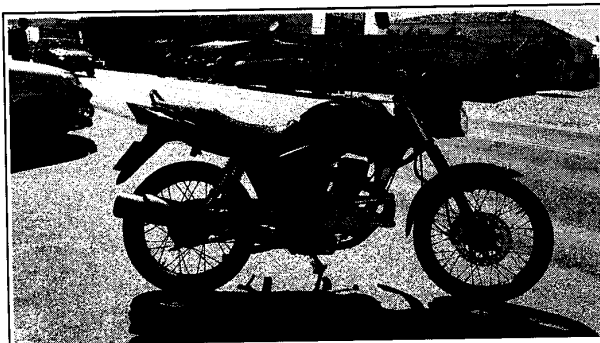


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

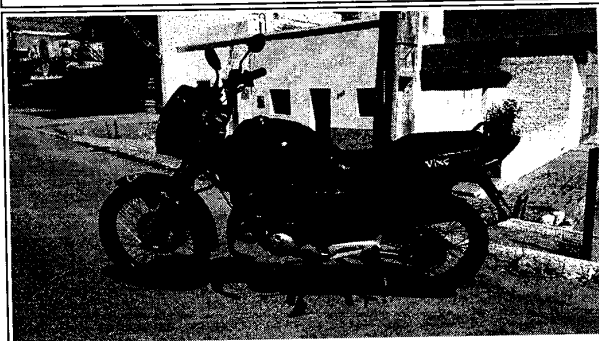


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V1 - Proprietário

Nome: LEANDRO GOMES ALVES  
Email:  
Endereço: BREJINHO-PE

CPF/CNPJ: 093.572.414-18  
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

V1C - Informações

Nome: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
CPF: 117.496.244-51  
Sexo: Masculino  
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 17/03/1996  
Estado civil: Solteiro(a)  
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB  
UF: PB  
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 23/02/2017  
Vencimento da habilitação: 12/09/2021

Nº Registro: 06801549056  
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SEVERINO GOMES SOUTO, 73, CASA, VIDA NOVA, POMBAL-PB  
Telefone: 83999331883  
Email:

V2 - VEÍCULO 2 - PNV7840 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PNV7840 Marca/modelo: TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT  
Ano fabricação: 2017 Chassi: 9BRK19BTXJ2106262  
Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

Renavam: 01137411225  
Tipo de veículo: Automóvel  
Cor: Branca

V2 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: VEÍCULO RECOLHIDO POR ESTÁ COM O LICENCIAMENTO ATRASADO E OS DOIS PNEUS DIANTEIROS EM MAU ESTADO .



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/ETIOS HB X 13L AT  
Nome do Agente: R. CRUZ

Placa: PNV7840  
Matrícula do Agente: 1969527

Nº BOAT: 19033720B01  
Data: 26/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19033720B01

V2 - Proprietário

Nome: JOSE CRISTIAN VERAS DE BRITO  
Email:  
Endereço: JUAZEIRO DO NORTE-CE

CPF/CNPJ: 038.669.643-82  
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - EMERSON DA SILVA BANDEIRA

V2C - Informações

Nome: EMERSON DA SILVA BANDEIRA  
CPF: 100.308.174-63  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 20/04/1993  
Estado civil: Solteiro(a)  
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB  
UF: PB  
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 13/02/2017  
Vencimento da habilitação: 09/11/2021

Nº Registro: 06793630451  
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim  
Visíveis sinais de embriaguez: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVA PEREIRA, 101, CASA, SANTO AMARO, POMBAL-PB  
Telefone: 83099673508  
Email:



Documento assinado eletronicamente por R. CRUZ, matrícula 1969527, Policial Rodoviário Federal, em 27/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

191





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE  
BM - 3**

VISTO  
*[Assinatura]*  
Comandante 2ª CBM/6ºBBM  
del Alves Leite - CAP QOBM  
Mat.: 525.954-1

**CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 018/2019**

Certificamos para os devidos fins, que aproximadamente às 08h00min do dia 26 de junho de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR 230, bairro Nova Vida, próximo ao restaurante “O Carreteiro”, na cidade de Pombal/PB.

**MOVIMENTO DO SOCORRO:** Hora do aviso: 08h00min#####

**RELATO DO EVENTO:** Por volta de 08h00min a guarnição de resgate deste Quartel de Bombeiro Militar foi acionada para atender uma ocorrência de colisão carro x moto na BR-230, na cidade de Pombal-PB. Ao chegar no local, a guarnição encontrou a vítima, o senhor Caio Rangel da Silva Lima, com fratura fechada de tíbia e fíbula direita, a vítima usava capacete. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Pombal-PB, para receber atendimento médico devido.  
#####

**VITIMAS FATAIS:** NÃO HOUVE #####

**SOCORRISTAS:** SD BM MATR. 526.097-3 **HARYSON SOUZA SANTOS**  
SD BM MATR. 526.065-5 **LEANDRO GALDINO AMORIM**  
SD BM MATR. 526.067-2 **DAIVSON MOREIRA GARCIA**

**SOLICITANTE DA CERTIDÃO:** CLEONICE DA SILVA GARRIDO CPF: 873.259.004-06.

*[Assinatura]*  
George Souza de Almeida  
SGT. BM Matr. 519.718-0

Pombal, 22 de julho de 2019.

**GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM**  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**

ACIDENTE DE MOTO  
26/06/19



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

NOME: CASO RANGEL DA SILVA LIMA  
COR: PARDA DATA DE NASCIMENTO: 14/02/1996 IDADE: 23 SEXO: M  
NOME DA MÃE: CLEONICE DA SILVA GARRIDO PROFISSÃO: ALTOBOIA  
CARTÃO DO SUS: 700 2065 4170 6220 RG/CNH: 4048430  
MUNICÍPIO: POMBAL ENDEREÇO: RUA SEVERINO GOMES SOUSA Nº 72  
ESTADO: PB CEP: 58.840-00 CODIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 26/06/2019

**SINAIS VITAIS:**

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÃO EM USO:**

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

*Prévio com Trofuro de Titro  
e Furo D*

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:**

1° *Imobilizadores*  
2° *Volturn 75 mg 12/12 08:50*  
3° *Diprimer 60 mg 08:50*  
4° *Defalastano 1g 08:50*  
5° *Defalastano 1g 08:50*  
6° *Defalastano 1g 08:50*  
7° *Defalastano 1g 08:50*  
8° *Defalastano 1g 08:50*  
9° *Defalastano 1g 08:50*  
10° *Defalastano 1g 08:50*  
11° *Defalastano 1g 08:50*  
12° *Defalastano 1g 08:50*  
13° *Defalastano 1g 08:50*  
14° *Defalastano 1g 08:50*  
15° *Defalastano 1g 08:50*  
16° *Defalastano 1g 08:50*  
17° *Defalastano 1g 08:50*  
18° *Defalastano 1g 08:50*  
19° *Defalastano 1g 08:50*

Flavio Jordany B. Candia  
Enfermeiro  
Crea 500.077





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Idade: 23 Sexo M

Filiação \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **R. SEVERINO GOMES SOUSA**

N.: 73

Bairro: **SANTA ROSA**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone: \_\_\_\_\_

Documentos \_\_\_\_\_

CNS: **700-2063-4170-6220**

Identidade: **4048430**

CPF: \_\_\_\_\_

Reg. Nasc.: \_\_\_\_\_

Informações adicionais \_\_\_\_\_

Nascimento **17/03/1996**

Cor: **BRANCA**

Estado Civil: **N.INF.**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Resposta de um relato sobre  
uma lesão. Surtou em pé da perna  
e moço.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Do + exame + 7 pontos  
circulares em pé da perna (D)  
forma de 1/2, Fibula*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Na de pé 10P/1P.*

agnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido

Recepcionista: **FATIMA**

Em, \_\_\_\_\_  
Dr. Túlio Alberto de O. Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9800







HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Idade: 23 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**

Endereço

Cidade **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **R. SEVERINO GOMES SOUSA**

N.: 73

Bairro: **SANTA ROSA**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone:

Documentos

CNS: **700-2063-4170-6220**

Identidade: **4048430**

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento **17/03/1996**

Cor: **BRANCA**

Estado Civil: **N.INF.**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Relato de um acidente ocorrido com  
uma arma de fogo em plena rua  
na cidade.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Do + exame + 7 pontos de  
exame em joelho (D)  
proprio de joelho + fêmur*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*RAIO X JOELHO DP/P.*

agnóstico:

*Lesão fechada dos OMO do membro (D)*

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido

Recepcionista: **FATIMA**

Em, \_\_\_\_\_  
Dr. Túlio Alberto de O. Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9251 CRM-RN 9800

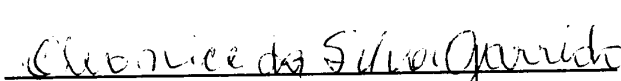


## REQUERIMENTO

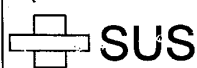
Eu, **CLEONICE DA SILVA GARRIDO**, portadora do RG Nº 1592351/SSP-PB, residente na Rua SEVERINO GOMES SOUTO, 73, VIDA NOVA, na cidade de Pombal - PB, solicito desta instituição militar uma Certidão de Ocorrência tipo colisão moto x carro ocorrida na BR-230, em Pombal-PB, próximo ao Supermercado Maia, no dia 26/06/2019, por volta das 9h.

Informo ainda que o referido acidente vitimou o senhor **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**.

Pombal, 27 de maio de 2019.

 16-07-2019  
**CLEONICE DA SILVA GARRIDO**  
RG Nº 1592351/SSP-PB





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO	2 - CNES 2592568		
Identificação do Paciente			
3 - NOME DO PACIENTE CAIO RANGEL DA SILVA LIMA	4 - PRONTUÁRIO 38043		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700-2063-4170-6220	6 - DATA DE NASCIMENTO 17/03/1996	7 - SEXO M	8 - RACA / COR BRANCA
9 - NOME NA MÃE CLEONICE DA SILVA GARRIDO		10 - TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO R. SEVERINO GOMES SOUSA N.º 73		13 - BAIRRO SANTA ROSA	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente de trânsito do qual ele não foi culpado. Com dor e deformidade na perna direita. NO: Sin altrenção</i>			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Requerido de cirurgia</i>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx.</i>			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fx de osso da perna @</i>	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Torniquete cirúrgico de osso da perna</i>		26 - COD PROCEDIMENTO	
27 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO <i>Outros</i>	29 - DOCUMENTO ( ) CNS (x) CPF	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE <i>027.182.185-98</i>
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>		32 - DATA SOLIC. <i>07/07/19</i>	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO) <i>[Assinatura]</i>

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		

### AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL		
48 - DATA AUTORIZAÇÃO / /	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

6 - CPF:

117.496.244-51

7 - Profissão:

ANTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA SEVERINO GOMES SANTO

9 - Número:

73

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

VIDA NOVA

12 - Cidade:

POMBAL

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55540-000

15 - E-mail:

XYTHAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(83) 99660-7071

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 00046471

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.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pombal, 07 de janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ira do Representante Legal (se houver)

102/2019




**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

Conta  
origem: 0732 / 013 / 00019936-4

Conta  
destino: 0732 / 013 / 00046471-8

Nome  
destinatário: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA

Valor (R\$): 

Data de  
débito: 14/01/2020

Data/hora  
da  
operação: 14/01/2020 10:10:06

Código da  
operação: 24242773

Chave de  
segurança: A9605VHHRH1MGVUE





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Caio Rangel da Silva Lima  
RG nº 4048430, data de expedição 30/04/12,  
Órgão SSMS/PB, portador do CPF nº 117.498.244-51,  
com domicílio na cidade de Pombal, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Severino Gomes Souto, nº 73,  
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Caio Rangel da Silva Lima, cujo o condutor era  
Caio Rangel da Silva Lima.  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 TITAN ES Ano: 2011  
Placa: PFP 14118 Chassi: 9C2KC1G50BR536463  
Data do Acidente: 26/06/19

Local e Data: Pombal, 20 de dezembro de 2019.

Caio Rangel da Silva Lima

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CAIO RANGEL DA SILVA LIMA. Em test. da Verdade. Dou Fé.  
POMBAL-PB, 20/12/2019.



ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização (tipo Normal B-AJN48748-3URQ)  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$: 11,89 FARPEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 0,00



Cel. João Queiroga  
1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis  
CNPJ: 09.205.816/0001-26  
Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014666191158

53166177453

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20190900006635-5

VIA

1

COD. RENAVAM

0034149930-7

RNTRC

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
R SEVERINO GOMES SOUTO 73 CASA  
NOVA VIDA  
58840000 POMBAL-PB

CPF/CNPJ

11749624451

PLACA

PFP4B18/PB

NOME ANTERIOR

LEANDRO GOMES ALVES

PLACA ANT/VUF

PFP4118/PB

CHASSI

9C2KC1650BR536463

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB

2011

ANO MOD

2011

CAP/ROT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : KC16E5B536463

LOCAL

POMBAL-PB

DATA

28/11/2019

39608



38857

38857



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADANES**

**DETRAN - PB** Nº 014666191153  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VA 1 00341499307 2019 COD RENAVAM 01908NA60663 EXERCÍCIO 2019

CAIO RANGEL DA SILVA LIMA NOME

11749624451 PLACA BFP4B18/PB

PF4118/PB 9C2KCL650BR536463 CHASSI

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP/ROT/CIL 2 E/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

1 1 TEVA PRGCO EM 20/05/2019 VENC COTA UNICA 1+ VENC/COTAS 2

2 2 0 PARCELAMENTO/COTAS 3

PREMIOTARIFARIO (R\$) 0 DE (R\$) 0 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 22/11/2019

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O \*\*\*\*\*

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBSERVAÇÕES 0

POMBAL-PB LOCAL 28/11/2019 DATA 38857

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VANTAGEM PRESTRE OU POR SUJECARCA APRESSO TRANSPORTADAS QUINAO SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014666191153 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 1 11749624451 CPF / CNPJ 00341499307 RENAVAM 00341499307 HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB 2011 CAT TARE 9 9C2KCL650BR536463 Nº CHASSI

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/11/2019 PLACA BFP4B18/PB

**PRÊMIO TARIFARIO**

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

\*\*\*\*\* CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* IOF (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* TOTAL A SER PAGO SEGURO DPVAT (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* DATA DE OUTUBRO 22/11/2019 \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* PAGAMENTO \*\*\*\*\* PARCELADO \*\*\*\*\*

**SEGURO LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.609/0001-04  
38857-0922233-20191128



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE  
Nº 013932260898  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 341499307 COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 341499307 \*\*\*\*\* 2018

LEANDRO GOMES ALVES

BREJINHO-PE

CPF / CNPJ

093.572.414-18

PLACA FFP4118

PLACA ANT / UF

9CZKCI650BR536463

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

ALCO/GRUPO

2011 2011

MARKA / MODELO

BOMBA/CG 150 TITAN ESD

CATEGORIA

PRETA

COFA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEDE RESERVA

LOCAL

18/02/18

Assessor  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR SOLOS CARRIADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013932260898 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
LEANDRO GOMES ALVES 56740-000

CS BREJINHO-PE  
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 18/02/18

CPF / CNPJ

093.572.414-18

RENAVAM

341499307

MARKA / MODELO

BOMBA/CG 150 TITAN ESD

COFA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

PRÊMIO TARIFÁRIO

IOF (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEDE RESERVA

LOCAL

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEDE RESERVA

LOCAL

Assessor  
Diretor Presidente DETRAN/PE



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **24.07.2019 – as 10:20Horas**

**COMUNICANTE:** CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; **Filiação:** José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone:** 83 9 99552672/ 999671594/ **Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51**

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA **PFP 4118/PB** -CHASSI: **9C2KC1650BR536463**, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João Monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.


Pombal – PB, **24 de JULHO de 2019.**

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

**OBS:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: Willis Pereira da Silva

  
**Manoel de Sousa Lacerda**  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 188345-4

Policial responsável pela lavratura do boletim:







**ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484/2019**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: **26/06/2019, pelas 08:00 horas**

Local do ocorrido: **BR 230, próximo ao restaurante Carreteiro, EM POMBAL-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20/12/2019 – às 15h34min**

**COMUNICANTE:** CAIO RANGEL DA SILVA LIMA; **Filiação:** José Antonio de Lima Filho e Cleonice da Silva Garrido **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** Bras.; **Data de Nascimento:** 17/03/1996; **Endereço Residencial:** Rua Severino Gomes Souto, 73, Vida Nova - Pombal-PB/ **Telefone:** 83 9 99552672/ 999671594/ **Portador da RG 4048430 SSP-PB// CPF 117.496.244-51.**

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS / 2011 /2011 COR PRETA - PLACA **PFP 4118/PB** -CHASSI: **9C2KC1650BR536463**, licenciada em nome de LEANDRO GOMES ALVES; Que trafegava na BR 230, próximo ao restaurante carreteiro, quando um veículo automóvel, cruzou a rodovia, provocando uma colisão da motocicleta ocupada pelo comunicante com o veículo automóvel; Que do acidente o comunicante teve duas fraturas na perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros e conduzido para o Hospital Regional pelo SAMU; Que ficou internado durante 13 dias no Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi feita as cirurgias; Que tem conhecimento do fato a pessoa de WILLIS PEREIRA DA SILVA, RG 2.828.516 SSP-PB, residente a Rua Cabo João Monteiro da Rocha, 1368, 1º andar, Bairro Santo Amaro - Pombal-PB; **Que tem a acrescentar que na data do fato a moto estava em nome de Leandro Gomes Alves, todavia, atualmente, este veículo já se encontra em nome do comunicante; Que quanto a situação dessa transferência de propriedade do veículo, informa que a pessoa de José Antônio de Lima Filho, RG 1049275 SSP/PB, tem conhecimento do fato;** Que compareceu a esta delegacia de Polícia para registrar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de dezembro de 2019.

**OBS.:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDI ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Caio Rangel da Silva Lima

TESTEMUNHA: José Antonio de Lima Filho

Breitner da Silva Lunguinho  
GOVERNO DA PARAÍBA  
1ª DELEGACIA DISTRICTAL  
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL  
1ª E 2ª DD  
Agente de Investigação / Matrícula 168.350-1



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Glaydson Leite Carneiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Caio Romagosa da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244 / 51

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Caio Romagosa da Silva Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.494.244 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Coronel João Carneiro</u>	Número: <u>510</u>	Complemento: <u>1º andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>55540-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99660-7071</u>

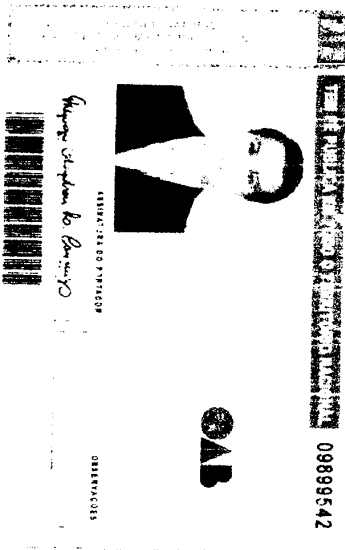
Local e Data: Pombal, 07 de Janeiro de 2020.

Thyago Glaydson L. Carneiro  
Assinatura do Declarante









UNDE: LOS ADVOGADOS DO BRASIL  
CONSELHO SECCIONAL DA PARANAIBA  
IDENTIDADE DE ADOGADO

4200

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

10314

ANTONIO CARNEIRO DE ANDRADE  
MARIA DO SOCORRO LEITE CARNEIRO

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

10314

## BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

Nº 033.986.101

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO  
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND  
POMBAL

5/1106327-8

NOV/2019

11/11/2019

295

19/11/2019

R\$ 258,35

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/11/2019				
Pagador: THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO CNPJ/CPF: 057.614.794-00				
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND - CENTRO - POMBAL / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008457872	001106327201911	19/11/2019	R\$ 258,35	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO	2 - CNES 2592568
Identificação do Paciente	
3 - NOME DO PACIENTE CAIO RANGEL DA SILVA LIMA	4 - PRONTUÁRIO 38043
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700-2063-4170-6220	6 - DATA DE NASCIMENTO 17/03/1996
7 - SEXO M	8 - RACA / COR BRANCA
9 - NOME NA MÃE CLEONICE DA SILVA GARRIDO	10 - TELEFONE
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	
12 - ENDEREÇO R. SEVERINO GOMES SOUSA N.: 73	
13 - BAIRRO SANTA ROSA	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de queda de moto, com dor e deformidade no punho direito. No. Su. 01/2019</i>			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fratura de punho</i>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx.</i>			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do rádio da mão direita</i>	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Trauma punho de moto da mão direita</i>		26 - COD PROCEDIMENTO	
27 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO <i>Ortopedia</i>	29 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE <i>027.187.189-98</i>
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>		32 - DATA SOLIC. <i>07/07/19</i>	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO) <i>Dr. Túlio Alberto de O. Souza</i> Diretor Clínico - CRM 9251 CNS: 20156226240007

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA		38 - Nº BILHETE
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA		39 - SÉRIE
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			41 - CNAE EMPRESA
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		42 - CBOR	

AUTORIZAÇÃO		
44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL	
48 - DATA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	







# HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 26/06/2019 15:02:50

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

1599

Paciente **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

Idade: 23 Sexo M

## Filiação

Pai:

Mãe:

CLEONICE DA SILVA GARRIDO

## Endereço

Cidade

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço:

R. SEVERINO GOMES SOUSA

Bairro:

SANTA ROSA

Naturalidade:

POMBAL - PB

Fone:

N.: 73

## Documentos

CNS:

700-2063-4170-6220

Identidade:

4048430

CPF:

Reg. Nasc.:

## Informações adicionais

Nascimento

17/03/1996

Cor:

BRANCA

Estado Civil:

N.INF.

Profissão:

AUTONOMO(A)

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Reinício do movimento de membros com  
ausência de dor em punho direito  
e ombro.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Do + exame + 7.5.2019  
circunferência em punho (D)  
forma de 1.5.2019*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*RAIO X de punho RP/PP.*

agnóstico: \_\_\_\_\_

*Prostheses Fixadas dos Ombros de Punho (D)*

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido

Prescritor: FATIMA

Em, \_\_\_\_\_  
Dr. Túlio Alberto de O. Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9999





Nome: Rafael Rangel da Silva Lima  
 Filiação: Eleonora da Silva Garrido  
 Sexo: Indo Idade: 23 Cor: \_\_\_\_\_  
 Procedência: Quirúrgica Data: 04/07/19  
 Cirurgião: Dr Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: Dr Geraldo Anestesia: \_\_\_\_\_  
 Início da anestesia: 11:44 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Início da intervenção: 13:00 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jeico 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparradrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	12
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	100ml
PVPI degermante	08 rolos
Algodão ortopédico 12cm	03
Faixa de smarch	12
Atadura de crepom 15cm	06
Atadura de crepom 20cm	01
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	05
Agulha 40x12	05
Atropina	02
Lidocaína 2%	03
Adrenalina	02
Bupivacaína	05
Seringa 20ml	03
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	03
Fio nylon 3-0	06
Atadura de gesso (tamanho variado)	01
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	05
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	-
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	01
Midazolam	10ml
Servoflurano	05
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	01
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	

Stefani Mony L. de Souza Diogo  
 Enfermeira  
 COREN-PB 267-679

0 9967 1594



Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-
Propofol	01
Midazolam	01
Servoflurano	10ml
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	05
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	01





Hospital: <b>HAPSAC</b>		Enfermaria	Leito	Nº Fronteiriço	
Nome: <b>Caio Rangel da Silva Almeida</b>		Idade: <b>38</b>	Sexo: <b>M</b>	Altura	
Data: <b>04/02/20</b>		Pressão Arterial: <b>110/70</b>	Respiração	Temperatura	Peso
Co Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Urina				Outros	
Ap. Respiratório: <b>Sem alterações</b>				Ama	
Ap. Circulatório: <b>Sem alterações</b>				Bronquite	
Ap. Digestivo: <b>Sem alterações</b>				Eletrocardiograma	
Estado Mental: <b>Consciente, orientado, colabora</b>				Ap. Urinário: <b>Sem alterações</b>	
Diagnóstico Pré-Operatório				Alergia	
Anestesia Anterior				Hipertensão	
Medicação Pré-Anestésica: <b>Diagnóstico de Diabetes Mellitus</b>				Estado Físico	
Aplicado às: <b>11:00</b>				Risco	
AGENTES ANESTÉSICOS	02				
LO					
DOUGLO P.V. ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO e ANESTESIA OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					
POSIÇÃO	<b>Supino</b>				
Agentes	<b>Neomax 400mg e 0.5% Bupivacaína 42</b>				
Técnicas	<b>Basal + Sedação</b>				
Operação	<b>Reparo de fratura cirúrgica de fratura da coluna D.</b>				
Cirurgião	<b>Dr. J. J. J.</b>				
Anestestesistas	<b>Dr. J. J. J.</b>				
Observações					

FOLHA DE ANESTESIA

Dr. Geraldo A. de Assis Junior  
CPF: 20.558.794-00  
CRM: 2731  
CNS: 12000744600007



Secretaria do Estado de Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
"SENADOR RUI CARNEIRO"

**CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA**

Nome completo: Rafael da Silva Lima  
Cirurgia Proposta: anexo de tórax Unidade de origem: MRD Data: 04 / 07 / 19  
Modalidade: ☒ Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Prontuário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Sítio cirúrgico demarcado</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Consentimento e avaliação anestésica</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Consentimento cirúrgico</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Consentimento transfusional</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Horário <u>06:00</u> <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>Horário: <u>Local</u></li><li>• Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Início <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Exames</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia</li><li>• Retirado prótese e adornos?</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Tipo de precaução</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso</li><li><input type="checkbox"/> Gotículas <input type="checkbox"/> Aerossóis</li><li>Enfº/Tec.enf. <u>STANLEY GARCIA</u></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Confirmação sobre o cliente</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Consentimento anestésico e cirúrgico</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico certo</li><li>• Montagem da SO de acordo com o procedimento programado</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Revisão dos equipamentos de anestesia</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Fio guia <input type="checkbox"/> Ambú</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Aspirador</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Cânula endotraqueal</li><li>Há risco de perda sanguínea &gt;500mL (7mL/Kg em crianças)?</li><li><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Reserva sanguínea?</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Acesso venoso adequado e pérvio?</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim AVC <u>AVP</u> <input type="checkbox"/> Não</li><li>• O cliente tem alergia?</li><li><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</li><li>Obs.: _____</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais</li><li>Staff <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</li><li>1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>2º cirurgião <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</li><li>Anestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Cirurgões, anestestesistas e equipe de enfermagem confirmam:</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado</li><li>• Placa de eletrocautério</li><li><input type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Uso de antibiótico profilático</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Exames de imagem estão disponíveis</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Revisão do cirurgião. Passos críticos</li><li>Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Revisão do anestesta</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>• Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li><li>Obs.: _____</li></ul>	<p>Procedimento realizado: <u>anexo de tórax</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta?</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida?</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?</li><li><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica</li><li>• Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:</li><li>Cirurgião: _____</li><li>Enfermagem: _____</li><li>Obs.: _____</li><li>Ass.: <u>Silvia Mary L. de Souza Braga</u> Enfermeira</li><li>COREN-PB 267-679</li></ul>



PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL  
SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB-05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: <u>26-06-19</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0011</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>QTA</u>	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR	
DESTINO DO PACIENTE:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	

MOTIVO DO TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO:

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
☐ APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO

☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☒ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO  
☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ EVADIU DO LOCAL

\*TIPO DE AGRAVO:

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO  
☐ AGRESSÃO ☐ LESÕES TÉRMICAS  
☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRICO  
☐ DESABAMENTO ☐ PSIQUIÁTRICO  
☐ ELETROCUSSÃO ☐ AFOGAMENTO  
☐ F.A.B ☐ QUEDA  
☐ F.A.F ☐ QUEIMADURA

\*ANTECEDENTES:

☐ AIDS ☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA  
☐ ALCOOLISMO ☐ DOENÇA RENAL  
☐ AVC ☐ DROGAS  
☐ CONVULSÕES ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL  
☐ CIRURGIAS ☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS  
☐ DIABETES ☐ MEDICAMENTOS:  
☐ DOENÇA CARDÍACA

EXAME CLÍNICO( PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS ):

DADOS VITAIS:

AVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE  
P.A.: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ °C - HGT \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:



## MATERIAL UTILIZADO

S.C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

SEMANAS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA  
☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATETER ÓCULOS  
☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO  
☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A  
☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO  
☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS ( MÉDICOS ): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

### TERMO DE RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) Aline Galdino COREN: 533-289 MAT: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

CONDUTOR SOCORRISTA: Fabrinha MAT: \_\_\_\_\_





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO		ENF.	LEITO
OPERADOR	1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR		
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO			
T.º OPERAÇÃO			
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO			
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			

1. Incisão em JDL com drenagem  
2. Canalização e drenagem de MLC  
3. JDL  
4. JDL em MLC com drenagem de MLC  
5. Drenagem de MLC  
6. JDL com drenagem de MLC com drenagem de MLC  
7. JDL com drenagem de MLC com drenagem de MLC  
8. Sutura  
9. Curativo

DR. THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO  
CRM: 205637/20007





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE <i>OTIO RIVERA DE JESUS</i>		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO <i>09/09/19</i>	ENF.	LEITO	
OPERADOR <i>Dr. TULLIO</i>		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA <i>Dr. LAMBERT</i>		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO <i>fx no ombro do Pombal (D)</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO <i>Procedimento cirúrgico de fx no ombro (D)</i>			
DIAG. TICO PÓS- OPERATORIO <i>O mesmo</i>			
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATRIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			
<i>Procedimento em DDH sob anestesia geral com intubação e drenagem de pulmão por via abdominal incisão longitudinal sob manobra de Trendelenburg após insuflação de CO2 realizada a incisão abdominal com 1 polegada 1/2 com 6 pontos de sutura com fio 0/2. Ligadura Ligadura</i>			
<i>Dr. Tullio Alberto de A. Souza Ortopedia e Traumatologia CRM-PA 9231 / C.R.O. 19.980</i>			



*fibula direita*

Nome: Caro Rangel da Silva Junior  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M Idade: 23 Cor: Pardo  
 Data: 07/07/19  
 Procedência: \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Tulio Auxiliar: M. Abimete  
 Anestesista: Dr. Giddhanta Anestesia: Raque  
 Início da anestesia: 9:00 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Início da intervenção: \_\_\_\_\_ Término: 10:15 Duração: \_\_\_\_\_

Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Propofol	01
Fentanil	03
Luva estéril	50ml
PVPI tópico	12
Gaze (pacote com 10 unidades)	18
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseidron	01
Decadrom 4mg	04
Água para injeção	80cm
Esparradrapo	07
Escova de PVPI degermante	05
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	12
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	100ml
PVPI degermante	08 rolos
Algodão ortopédico 12cm	03
Faixa de smarch	12
Atadura de crepom 15cm	06
Atadura de crepom 20cm	01
Broca 2,5"/3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	05
Agulha 40x12	05
Atropina	02
Lidocaína 2%	03
Adrenalina	02
Bupivacaína	05
Seringa 20ml	03
Fio vicryl 2-0	02
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	03
Fio nylon 3-0	06
Atadura de gesso (tamanho variado)	01
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	05
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	-
Parafusos (conforme tamanho da placa)	01
Propofol	01
Midazolam	10ml
Servoflurano	05
Atracúrio	05
Neostigmine	05
Atropina	01
Tubo endotraqueal com CUF Nº 7,5 ou 8,0 ou 8,5	

*Calidiana Oliveira de Melo*  
 Enfermeira  
 COREN-PB 274.137



Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome		Idade	Sexo	Altura	
Pressão Arterial Pulso		Respiração	Temperatura	Peso	
Hemoglobina		Hematócrito	Glicérina	Ureia	Outros
Hemácias				Asma	Bronquite
Urina				Eletrocardiograma	
Ap. Respiratório				Ap. Urinário	
Ap. Circulatório				Alergia	Hipotensões
Ap. Digestivo				Estado Físico	Risco
Estado Mental					
Diagnósticos Pré-Operatório					
Anestesias Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica					
Efeito					
Efeito					
INDUÇÃO					
Satis.: _____ Exit.: _____ Tosse: _____					
Laringo espasm.: _____ Lenta: _____					
Náuseas: _____ Vômito: _____					
Outros: _____					
MANUTENÇÃO					
ANESTESIA SATISF: Sim: _____ Não: _____					
Não, por quê? _____					
DESPERTAR					
Reflexo na SO: _____					
Obstr.: _____ Co2: _____ Exit: _____					
Náuseas: _____ Vômito: _____					
Outros: _____					
Como Cânula					
Para leito Sim: _____ Não: _____					
CONDIÇÕES: _____					

AGENTES ANESTÉSICOS

02

260  
240  
220  
200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

Agentes

Técnicas

Operação

Cirurgião

Anestesiista

Observações

Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

FOLHA DE ANESTESIA

CPM 7828





# CHECKLIST DE CIRURGIAS SEGURA

Nome completo: Caio Rangel da Silva Junior  
 Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_ Unidade de origem \_\_\_\_\_ Data 07 / 07 / 19  
 Modalidade ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica <i>Check in</i>	Antes de iniciar a cirurgia <i>Time out</i>	Antes do cliente sair da SO <i>Check out</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Prontoário completo <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>• Consentimento e avaliação anestésica <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Consentimento cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Consentimento transfusional <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>• Banho <input type="checkbox"/> Sim / Horário _____ <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>Horário _____ Local _____</li> <li>• Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim / Início _____ <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Exames _____</li> <li>• Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia</li> <li>• Retirado prótese e adornos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Tipo de precaução _____</li> <li>Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Reverso</li> <li><input type="checkbox"/> Gotículas <input type="checkbox"/> Aerosóis</li> <li>Enf/Tec.enf _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmação sobre o cliente</li> <li>Identificação do cliente</li> <li>Tal local da cirurgia a ser feita</li> <li>Procedimento a ser realizado</li> <li>Consentimento anestésico e cirúrgico</li> <li>Sítio cirúrgico certo</li> <li>Montagem da SO de acordo com o procedimento programado</li> <li>Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Revisão dos equipamentos de anestesia</li> <li>Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></li> <li>Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes</li> <li>Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O<sub>2</sub></li> <li>Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> Ambú</li> <li>Guedel <input type="checkbox"/> Aspirador</li> <li>Câmara endotraqueal</li> <li>Há risco de perda sanguínea &gt; 500ml (7ml/Kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Reserva sanguínea?</li> <li>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></li> <li>Acesso venoso adequado e pérvio?</li> <li>Sim AVC AVP <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></li> <li>O cliente tem alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Obs.: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais</li> <li>Staff <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>1º cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>2º cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Anestesta <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam:</li> <li>Identificação do cliente</li> <li>Sítio cirúrgico</li> <li>Procedimento a ser realizado</li> <li>Placa de eletrocautério</li> <li>Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>• Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Exames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>• Revisão do cirurgião. Passos críticos</li> <li>Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Revisão do anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>• Fixação das etiquetas de esterilização no prontoário <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li>Obs.: _____</li> </ul>	<p>Procedimento realizado <u>Anestesiado</u></p> <p>de <u>Flavio Daniel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>• Peças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida?</li> <li><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>• Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica</li> <li>• Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:</li> <li>Cirurgião <u>Dr. Flávio</u></li> <li>Enfermagem _____</li> <li>Obs.: _____</li> <li>Ass.: <u>[Assinatura]</u></li> <li>_____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> <li>Calidiana Ferreira de Oliveira</li> <li>Enfermeira</li> <li>COBEN-PB-274.437</li> </ul>





**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"**

Name: Chad Robert D. Smith

Idade: 23 Cor: Preta Enfermeira: Prof.ª M.ª Leão Leito: D3 Setor: Res. Quimica

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
27	1. META LIME	OK	
28	2. SIN 1000L EV 2 JUI	12F 22F	
29	3. Ceftriaxona 1g EV 6/6L	09/00 15/00 21/00 03/00	
19	4. Paracet 1000 + 75 EV 6/6L	09/00 15/00 21/00 03/00	
	5. Fosf 150 + 75 EV 6/6L	09/00 15/00 21/00 03/00	
	6. Iman 500 1/4 + 1000	5/10	
	8. For 8 EV 8/8L (50)	5/10 20/00	
	7. Paracet 1000 + 75 EV 13/12L	15/00 03/00	
	8. Levofloxac (25.000 1/6L)	09/00 21/00	
	10. Sin 1000L	OK	
	10. Sin 1000L + CCG	OK	
	11. Paracet 1000 1/6L	OK	

**Ana Raquel de Medeiros Rodrigues**

~~Rec. D. 100-100000~~

**ASSINATURA / CRM:**

**ASSINATURA / COREN:**

Coren-P.B. 001.331.253

Dr. Tullio Alberto de O. Souza  
Otorrinolaringologista - CRM 9251  
CNS: 206.537622/4007

2008  
 2009  
 2010  
 2011  
 2012  
 2013  
 2014  
 2015  
 2016  
 2017  
 2018  
 2019  
 2020  
 2021  
 2022  
 2023  
 2024  
 2025  
 2026  
 2027  
 2028  
 2029  
 2030  
 2031  
 2032  
 2033  
 2034  
 2035  
 2036  
 2037  
 2038  
 2039  
 2040  
 2041  
 2042  
 2043  
 2044  
 2045  
 2046  
 2047  
 2048  
 2049  
 2050  
 2051  
 2052  
 2053  
 2054  
 2055  
 2056  
 2057  
 2058  
 2059  
 2060  
 2061  
 2062  
 2063  
 2064  
 2065  
 2066  
 2067  
 2068  
 2069  
 2070  
 2071  
 2072  
 2073  
 2074  
 2075  
 2076  
 2077  
 2078  
 2079  
 2080  
 2081  
 2082  
 2083  
 2084  
 2085  
 2086  
 2087  
 2088  
 2089  
 2090  
 2091  
 2092  
 2093  
 2094  
 2095  
 2096  
 2097  
 2098  
 2099  
 2100  
 2101  
 2102  
 2103  
 2104  
 2105  
 2106  
 2107  
 2108  
 2109  
 2110  
 2111  
 2112  
 2113  
 2114  
 2115  
 2116  
 2117  
 2118  
 2119  
 2120  
 2121  
 2122  
 2123  
 2124  
 2125  
 2126  
 2127  
 2128  
 2129  
 2130  
 2131  
 2132  
 2133  
 2134  
 2135  
 2136  
 2137  
 2138  
 2139  
 2140  
 2141  
 2142  
 2143  
 2144  
 2145  
 2146  
 2147  
 2148  
 2149  
 2150  
 2151  
 2152  
 2153  
 2154  
 2155  
 2156  
 2157  
 2158  
 2159  
 2160  
 2161  
 2162  
 2163  
 2164  
 2165  
 2166  
 2167  
 2168  
 2169  
 2170  
 2171  
 2172  
 2173  
 2174  
 2175  
 2176  
 2177  
 2178  
 2179  
 2180  
 2181  
 2182  
 2183  
 2184  
 2185  
 2186  
 2187  
 2188  
 2189  
 2190  
 2191  
 2192  
 2193  
 2194  
 2195  
 2196  
 2197  
 2198  
 2199  
 2200  
 2201  
 2202  
 2203  
 2204  
 2205  
 2206  
 2207  
 2208  
 2209  
 2210  
 2211  
 2212  
 2213  
 2214  
 2215  
 2216  
 2217  
 2218  
 2219  
 2220  
 2221  
 2222  
 2223  
 2224  
 2225  
 2226  
 2227  
 2228  
 2229  
 2230  
 2231  
 2232  
 2233  
 2234  
 2235  
 2236  
 2237  
 2238  
 2239  
 2240  
 2241  
 2242  
 2243  
 2244  
 2245  
 2246  
 2247  
 2248  
 2249  
 2250  
 2251  
 2252  
 2253  
 2254  
 2255  
 2256  
 2257  
 2258  
 2259  
 2260  
 2261  
 2262  
 2263  
 2264  
 2265  
 2266  
 2267  
 2268  
 2269  
 2270  
 2271  
 2272  
 2273  
 2274  
 2275  
 2276  
 2277  
 2278  
 2279  
 2280  
 2281  
 2282  
 2283  
 2284  
 2285  
 2286  
 2287  
 2288  
 2289  
 2290  
 2291  
 2292  
 2293  
 2294  
 2295  
 2296  
 2297  
 2298  
 2299  
 2300  
 2301  
 2302  
 2303  
 2304  
 2305  
 2306  
 2307  
 2308  
 2309  
 2310  
 2311  
 2312  
 2313  
 2314  
 2315  
 2316  
 2317  
 2318  
 2319  
 2320  
 2321  
 2322  
 2323  
 2324  
 2325  
 2326  
 2327  
 2328  
 2329  
 2330  
 2331  
 2332  
 2333  
 2334  
 2335  
 2336  
 2337  
 2338  
 2339  
 2340  
 2341  
 2342  
 2343  
 2344  
 2345  
 2346  
 2347  
 2348  
 2349  
 2350  
 2351  
 2352  
 2353  
 2354  
 2355  
 2356  
 2357  
 2358  
 2359  
 2360  
 2361  
 2362  
 2363  
 2364  
 2365  
 2366  
 2367  
 2368  
 2369  
 2370  
 2371  
 2372  
 2373  
 2374  
 2375  
 2376  
 2377  
 2378  
 2379  
 2380  
 2381  
 2382  
 2383  
 2384  
 2385  
 2386  
 2387  
 2388  
 2389  
 2390  
 2391  
 2392  
 2393  
 2394  
 2395  
 2396  
 2397  
 2398  
 2399  
 2400  
 2401  
 2402  
 2403  
 2404  
 2405  
 2406  
 2407  
 2408  
 2409  
 2410  
 2411  
 2412  
 2413  
 2414  
 2415  
 2416  
 2417  
 2418  
 2419  
 2420  
 2421  
 2422  
 2423  
 2424  
 2425  
 2426  
 2427  
 2428  
 2429  
 2430  
 2431  
 2432  
 2433  
 2434  
 2435  
 2436  
 2437  
 2438  
 2439  
 2440  
 2441  
 2442  
 2443  
 2444  
 2445  
 2446  
 2447  
 2448  
 2449  
 2450  
 2451  
 2452  
 2453  
 2454  
 2455  
 2456  
 2457  
 2458  
 2459  
 2460  
 2461  
 2462



Nome:

Leonilson Silva Lima

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
26/06/19	Paciente com evolução de lesões traumáticas dos ombros de ambos + lesões devido a queda de altura, com fraturas de humerus e escápula.	
27/06/19	HT: FO DE OMBROS DE AMBOS Paciente em observação Paciente de observação + exames de Perna (D) CA: Alívio da dor.	
28/06/19	HT: O ombro Paciente com lesões de ambos os ombros devido a queda de altura devido a queda de altura devido a queda de altura (D) CA: J. M. + Alívio da dor + Paciente em observação.	

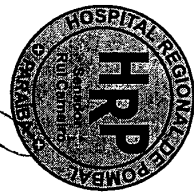
Dr. Denis Rocha  
Médico  
CRM-PB 7054

Dr. Tullio Alberto de O. Sousa  
Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251  
CNS: 206633762240007

Dr. Tullio Alberto de O. Sousa  
Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251  
CNS: 206633762240007







ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Caro Carneiro

Idade:

23

Cor:

Enfermeira:

CCM II

Leito:

02

Sector

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
01/07/19	1) 1000 ml de 1000		
	2) 1000 ml de 1000		
	3) 1000 ml de 1000		
	4) 1000 ml de 1000		
	5) 1000 ml de 1000		
	6) 1000 ml de 1000		
	7) 1000 ml de 1000		
	8) 1000 ml de 1000		
	9) 1000 ml de 1000		
	10) 1000 ml de 1000		
	11) 1000 ml de 1000		
	12) 1000 ml de 1000		
	13) 1000 ml de 1000		
	14) 1000 ml de 1000		
	15) 1000 ml de 1000		
	16) 1000 ml de 1000		
	17) 1000 ml de 1000		
	18) 1000 ml de 1000		
	19) 1000 ml de 1000		
	20) 1000 ml de 1000		
	21) 1000 ml de 1000		
	22) 1000 ml de 1000		
	23) 1000 ml de 1000		
	24) 1000 ml de 1000		
	25) 1000 ml de 1000		
	26) 1000 ml de 1000		
	27) 1000 ml de 1000		
	28) 1000 ml de 1000		
	29) 1000 ml de 1000		
	30) 1000 ml de 1000		
	31) 1000 ml de 1000		
	32) 1000 ml de 1000		
	33) 1000 ml de 1000		
	34) 1000 ml de 1000		
	35) 1000 ml de 1000		
	36) 1000 ml de 1000		
	37) 1000 ml de 1000		
	38) 1000 ml de 1000		
	39) 1000 ml de 1000		
	40) 1000 ml de 1000		
	41) 1000 ml de 1000		
	42) 1000 ml de 1000		
	43) 1000 ml de 1000		
	44) 1000 ml de 1000		
	45) 1000 ml de 1000		
	46) 1000 ml de 1000		
	47) 1000 ml de 1000		
	48) 1000 ml de 1000		
	49) 1000 ml de 1000		
	50) 1000 ml de 1000		
	51) 1000 ml de 1000		
	52) 1000 ml de 1000		
	53) 1000 ml de 1000		
	54) 1000 ml de 1000		
	55) 1000 ml de 1000		
	56) 1000 ml de 1000		
	57) 1000 ml de 1000		
	58) 1000 ml de 1000		
	59) 1000 ml de 1000		
	60) 1000 ml de 1000		
	61) 1000 ml de 1000		
	62) 1000 ml de 1000		
	63) 1000 ml de 1000		
	64) 1000 ml de 1000		
	65) 1000 ml de 1000		
	66) 1000 ml de 1000		
	67) 1000 ml de 1000		
	68) 1000 ml de 1000		
	69) 1000 ml de 1000		
	70) 1000 ml de 1000		
	71) 1000 ml de 1000		
	72) 1000 ml de 1000		
	73) 1000 ml de 1000		
	74) 1000 ml de 1000		
	75) 1000 ml de 1000		
	76) 1000 ml de 1000		
	77) 1000 ml de 1000		
	78) 1000 ml de 1000		
	79) 1000 ml de 1000		
	80) 1000 ml de 1000		
	81) 1000 ml de 1000		
	82) 1000 ml de 1000		
	83) 1000 ml de 1000		
	84) 1000 ml de 1000		
	85) 1000 ml de 1000		
	86) 1000 ml de 1000		
	87) 1000 ml de 1000		
	88) 1000 ml de 1000		
	89) 1000 ml de 1000		
	90) 1000 ml de 1000		
	91) 1000 ml de 1000		
	92) 1000 ml de 1000		
	93) 1000 ml de 1000		
	94) 1000 ml de 1000		
	95) 1000 ml de 1000		
	96) 1000 ml de 1000		
	97) 1000 ml de 1000		
	98) 1000 ml de 1000		
	99) 1000 ml de 1000		
	100) 1000 ml de 1000		

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7801 TEOT 15253

Flaminielly de Almeida  
Enfermeira  
Coren-PB 490307

ASSINATURA / CRM:

ASSINATURA / COREN

Cybele Fátima Oliveira  
Enfermeira  
COREN-PB: 10538u

Thyago Glaydson Leite Carneiro  
Enfermeiro  
COREN: 437.555







**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: William Vazquez Idade: 23 Cor: \_\_\_\_\_ Enfermeira: CEMF Leito: 02 Setor: \_\_\_\_\_

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
08-01-1990	Paciente Oral balance	OK	
	Exatololol 15 (G) 6/6 hrs.	9:00 15:00 21:00 03:00	
	Sedativo 1 amp. (G) 6/6hs	SV. 5/N 9:00	
	Milkel 1amp. (G) 8/8 SV.	5/N	
	Normal 100 mg + 100 ml SE, L.G. (G) 8/8hs SV.	5/N	
	Kanamidina 174 (G) 12/12 hs.	9:00	21:00
	Água mine 5000 v/m e dorso 1 ml (SG) 12/12	9:00	21:00
	Mistur MID elevando.	OK	
	SSVIT + CCG	OK	
	Vig K 1amp. (IM)	12/12 hs. (Sedativo) 9:00	(21:00)
	Dr. Salsom Wanderley Otopos de Otorrinolaringologia CRM/RN 6151 CRM/PB 7024		Maria de Fátima Costa Sil. Auxiliar de Enfermagem CORRÊN-PB: 665.655
	Filia Guilheres de Oliveira Nunes Téc. em Enfermagem CORRÊN-PB: 650.864		e Jlia de Almeida Téc. em Enfermagem CORRÊN-PB: 665.655
	Franklin Permutado de Lima Téc. Enfermagem CORRÊN: 599-629		Garcia Maria da Silva Téc. em Enfermagem CORRÊN - 130.9811

**ASSINATURA / CRM:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA / COREN:** \_\_\_\_\_





ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: DR. RUI CARNEIRO

Idade: 23

Cor:

Enfermeira: CCM II

Leito: 02 Setor:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
04/02	1. Med. Cont.	OK	
07/02	2. Med. Cont. em 24h	08:00 15:00 21:00 03:00	
19/02	3. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
04/02	4. Alívio 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
05/02	5. Med. Cont. 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
06/02	6. Med. Cont. 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
07/02	7. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
08/02	8. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
09/02	9. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
10/02	10. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
11/02	11. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
12/02	12. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
13/02	13. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
14/02	14. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
15/02	15. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
16/02	16. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
17/02	17. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
18/02	18. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
19/02	19. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
20/02	20. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
21/02	21. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
22/02	22. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
23/02	23. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
24/02	24. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
25/02	25. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
26/02	26. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
27/02	27. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
28/02	28. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
29/02	29. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	
30/02	30. Continuação 18:00 + 08:00 06:00	09:00 15:00 21:00 03:00	

Dr. Rui Carneiro  
CRM: 20683/3762-24007  
Otorrinolaringologista - CRM 92831

Assinatura de Medeiros Rodrigues  
Téc. em Enfermagem  
Coren-PB: 001.331.253

ASSINATURA / CRM: \_\_\_\_\_

ASSINATURA / COREN: \_\_\_\_\_







**ESTADO DA PARAÍBA**

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: ORO NICK

Idade:

**Cor:**

**Enfermeira:**

**Leito:**

Setor

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
05/01	1. Oleria Luviz	eventual	
05/01	2. Salicilato EV em 2ua	1º 2º	
05/01	3. Ceftriaxona 1g 18h + 12h EV 6/6h	08:00 13:00 20:00 03:00	
13/01	4. Difeno 150 + 75 EV 6/6h	08:00 13:00 20:00 03:00	
	5. Parat 150 + 75 EV 6/6h (50)	SIN	
	6. Lante 1000 18h + 1000 18h	SIN	
	8/8h (50)	SIN 00/15	
	7. Diclofenaco 150 1h de 12h	SIN	
	8. Parat 150 + 75 EV 12/12h	13:00 08:00	
	9. Clonaz 150 18h 12/12h	13:00	
	10. SSV + CCG	eventual	
	11. marm 1000 12/12h	eventual	

**Poliana Almeida Santos**  
 Fica em 08:55 956  
 CORREIA

**Geruza E. Domingos**  
 Técnica em Fisioterapia  
 CRF 10000

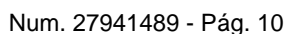
**ASSINATURA / CRM:**

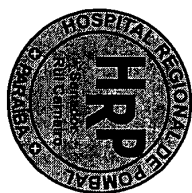
ASSINATURA / COREN:



Leito: 02 Setor: \_\_\_\_\_

Street: 10th Avenue  
 City: San Francisco  
 State: CA  
 Zip: 94118  
 Phone: 415 774 1234  
 Fax: 415 774 5678  
 E-mail: info@acme.com  
 Website: http://www.acme.com





ESTADO DA PARAÍBA

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Thyago Glaydson Carneiro

Idade:

Cor:

Enfermeira:

Leito:

Sector:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	03/07/2019		
	2		
	1) 10:00 AM	2	
	2) 10:00 AM - 11:00 AM - 11:00 AM	2	
	3) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	09:00 15:00 21:00	03:00
	4) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	5) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	6) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	7) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	8) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	9) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	10) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	11) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	12) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	13) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	14) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	15) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	16) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	17) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	18) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	19) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	20) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	21) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	22) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	23) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	24) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	25) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	26) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	27) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	28) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	29) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	30) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	31) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	32) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	33) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	34) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	35) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	36) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	37) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	38) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	39) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	40) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	41) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	42) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	43) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	44) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	45) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	46) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	47) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	48) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	49) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	50) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	51) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	52) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	53) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	54) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	55) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	56) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	57) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	58) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	59) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	60) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	61) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	62) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	63) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	64) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	65) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	66) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	67) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	68) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	69) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	70) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	71) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	72) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	73) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	74) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	75) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	76) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	77) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	78) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	79) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	80) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	81) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	82) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	83) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	84) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	85) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	86) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	87) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	88) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	89) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	90) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	91) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	92) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	93) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	94) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	95) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	96) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	97) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	98) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	99) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	
	100) 10:00 AM - 01:00 PM - 01:00 PM	5M	

Silvia Francisca A. de Sousa Dantas  
Téc. Enfermeira  
COREN-PB 001.315.962

ASSINATURA / CRM: \_\_\_\_\_

ASSINATURA / COREN: \_\_\_\_\_



## EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

### DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.C.M.H. Leito: 02 Data Admissão: 06/06/20  
Paciente: Caio Rangel S. Lima Idade: 23a Hora Admissão: 14h  
Dias de Internação: 01 Turno: Manhã SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: 55kg Estatura: 1,70m

Admitido: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca ( ) Outros: UTI

Veio transferido: ( ) Residência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) UTI

Transferência interna: ( ) Clín. médica/Cirúrgica ( ) Clín. cirúrgica/Médica ( ) Clín. médica/Área vermelha

( ) Clín. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clín. médica/Obstetrícia ( ) Clín. cirúrgica/Obstetrícia ( ) Clín. médica e cirúrgica/UTI

( ) UTI/Clín. médica ( ) UTI/Clín. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade: Fortaleza

Tipo de tratamento: ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediátrico Diagnóstico médico: Infecção

### ESTADO GERAL:

EG: ( ) Bom (X) Estável ( ) Regular ( ) Grave SSV: T: 36,5 °C P: 70 bpm R: 18 irpm PA: 110/70 mmHg

### FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Cooperativo

( ) Não Cooperativo (X) Comunicativo ( ) Não Comunicativo ( ) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado

Responde a estímulos: (X) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Térmicos ( ) Ocular

Estado emocional: (X) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipotativo ( ) Choro ( ) Deprimido ( ) Agressivo

Crise convulsiva: ( ) Sim ( ) Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: 01

Avaliação da dor: ( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04 ( ) 05 ( ) 06 ( ) 07 ( ) 08 ( ) 09 ( ) 10

VALORES	CLASSIFICAÇÃO	LOCAL
0	Ausência da dor	(X)
1 A 3	Dor de fraca intensidade	
4 A 6	Dor de intensidade moderada	
7 A 9	Dor de forte intensidade	
10	Dor de intensidade insuportável	

### FUNÇÃO RESPIRATORIA:

Respiração: (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Respiração abdom. predominância torácica

( ) Respiração torácica predominância abdominal ( ) Em uso de dreno torácico

( ) Em oxigenoterapia: ( ) Cateter nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) Nebulização

Tosse: ( ) Sim (X) Não ( ) Seca ( ) Cheia com expectoração ( ) Cheia sem expectoração

( ) Batimentos de asa do nariz ( ) Tiragem intercostal

Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta

( ) Outros: 01

### PELE E MUCOSAS:

Condições da pele: (X) Normal ( ) Nódulo ( ) Tumor ( ) Bolha ( ) Pústula ( ) Equimose ( ) Hematoma ( ) Petéquias

( ) Erisipela ( ) Queimadura ( ) Escoriações ( ) Escabiose ( ) Úlcera por pressão: Grau: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV

Curativo: ( ) Sim ( ) Não Hora: 14h Localização e aspecto: 01

Coloração da pele: ( ) Hiposcorada ( ) Normocorada ( ) Hipercoreada ( ) Ictérica ( ) Cianótica

Regulação térmica: ( ) Normotérmica ( ) Hipotérmica ( ) Hipertérmica ( ) Tremores ( ) Calafrios ( ) Sudorese

( ) Pele fria ( ) Pegajosa

Condições de mucosas: ( ) Úmida ( ) Ressecada ( ) Placas ( ) Fissuras Outros: 01

Estado de hidratação: (X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Hiperhidratada

### FUNÇÃO CARDIOVASCULAR:

Doença cardiovascular: ( ) Sim (X) Não Qual: 01

Doença cerebrovascular: ( ) Sim (X) Não Qual: 01

Perfusão periférica: ( ) Sim (X) Não Qual: 01



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



**FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:**

Abdome: ☒ Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Dispepsia ( ) Plenitude ( ) Hematemese  
( ) Pirose ( ) Ascítico ( ) Colostomizado ( ) Ileostomia ( ) Doloso ( ) Paracentese abdominal  
( ) Incisão cirúrgica ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva  
Curativo: ( ) Sim ( ☒ ) Não Hora: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso ( ) Marasmo ( ) Kwashiorkor

Dieta alimentar: \_\_\_\_\_

☒ Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta

Via de administração alimentar: ( ) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral

Vômitos: ( ) Sim ( ☒ ) Não Frequência: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

Eliminações intestinais: ☒ Presente ( ) Ausente Frequência: \_\_\_\_\_

Aspecto: ( ) Normal ( ) Pastosa ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreica ( ) Obstipação

**SISTEMA URINÁRIO:**

Eliminações vesicais: ☒ Normal ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Hematúria  
( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVF-02 vias ( ) SVF-03 vias ( ) Uso de fraldas Outros: \_\_\_\_\_

Aspecto: ☒ Límpida ( ) Concentrada ( ) Piúria ( ) Hematúria ( ) Colúria ( ) Turva

Diurese: ☒ Espontânea ( ) Cistostomia ( ) SVF Hora: \_\_\_\_\_ Volume diurese: \_\_\_\_\_

**FUNÇÃO LOCOMOTIVA:**

Desenvolvimento motor: ☒ Senta-se espontaneamente ( ) Senta-se com ajuda ( ) Fica de pé com apoio  
( ) Fica de pé sem apoio ( ) Deambula ( ) Não deambula ( ) Deambula com apoio ( ) Deambula sem apoio  
( ) Deambulação prejudicada Tipo de apoio: \_\_\_\_\_

Movimento das articulações: ☒ MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Edema: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE

Força muscular: ☒ Adequado para idade ( ) Hipertomia ( ) Hipotomia

**ACESSO VENOSO:**

Venoclise: ( ) MMSS e MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( ) Subclávia ( ) Cateter venoso central ( ) Dissecção venosa

Data punção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Gelco N° \_\_\_\_ ( ) Scalp N° \_\_\_\_ Quem punçou: \_\_\_\_\_

**ALTA HOSPITALAR:**

Alta autorização médica: ( ) Se sim, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_, Médico: \_\_\_\_\_

( ) Se não, responsável: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ Testemunha 2: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo Enfermeiro(a)/COREN: \_\_\_\_\_

**PACIENTE TRANSFERIDO:**

( ) Não ( ) Se sim, médico que autorizou: \_\_\_\_\_

Local para transferência: \_\_\_\_\_

**PACIENTE EM ÓBITO:**

( ) Não ( ) Se sim, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_, causa da morte (diagnóstico médico): \_\_\_\_\_

**QUEIXAS:**

*Não relata queixas*

**OCORRÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS COM PACIENTE:**

*Paciente mudou em ECG, medicação e p. médica  
segue as ordens da equipe de enfermaria*

Data *05/01/19* Hora: *0000* Ass. Enferm./COREN: *Henrique Formiga*

AValiação Noturna do Enfermeiro *Henrique Formiga*  
COREN 519424

Data *05/01/19* Hora: *19:45* Ass. Enferm./COREN: *Henrique Formiga*  
CORENPB 500.078





Nome do Paciente: Luís Rommel Silva Lima Idade: \_\_\_\_\_  
Leito: 02 Enfermaria: CCM-H  
Idade: 23a Localização: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Angústia espiritual	
<input type="checkbox"/>	Adaptação prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Ansiedade	
<input type="checkbox"/>	Risco de aspiração	
<input type="checkbox"/>	Déficit de autocuidado alimentação	
<input type="checkbox"/>	Déficit de autocuidado de higienização	
<input type="checkbox"/>	Confusão	
<input type="checkbox"/>	Constipação	
<input type="checkbox"/>	Baixa autoestima situacional	
<input type="checkbox"/>	Comunicação verbal prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Débito cardíaco diminuído	
<input type="checkbox"/>	Glutificação prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Diarreia	
<input type="checkbox"/>	Eliminação urinária prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Decambulação prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Dor	
<input type="checkbox"/>	Hipotermia	
<input type="checkbox"/>	Hipertermia	
<input type="checkbox"/>	Risco de infecção	
<input type="checkbox"/>	Proteção ineficaz	
<input type="checkbox"/>	Mobilidade física prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Náusea e/ou vômito	
<input type="checkbox"/>	Medo	
<input type="checkbox"/>	Nutrição prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Distúrbio de imagem corporal	
<input type="checkbox"/>	Integridade da pele prejudicada	
<input type="checkbox"/>	Padrão respiratório ineficaz	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sono e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos ou fisiológicos	
<input type="checkbox"/>	Recuperação cirúrgica retardada	
<input type="checkbox"/>	Volume de líquido deficiente	
<input type="checkbox"/>	Risco de desequilíbrio de volume de líquido	
<input type="checkbox"/>	Volume excessivo de líquido	
<input type="checkbox"/>	OUTROS:	

<input type="checkbox"/>	Higiene oral e ocular 3X ao dia	
<input type="checkbox"/>	Mudança de decúbito 3/3h	
<input type="checkbox"/>	Banho no leito 1x ao dia (conforme rotina do setor)	
<input type="checkbox"/>	Aspiração de secreção conforme necessidade do paciente	
<input type="checkbox"/>	Esvaziar água em circuito do respirador	
<input type="checkbox"/>	Manter oxigênio terapia por cateter nasal	
<input type="checkbox"/>	Manter oxigênio terapia por TOT	
<input type="checkbox"/>	Manter oxigênio terapia por máscara de Venturi	
<input type="checkbox"/>	Manter nível de água nos umidificadores	
<input checked="" type="checkbox"/>	Administrar e checar medicação prescrita	
<input checked="" type="checkbox"/>	Medir e verificar aspecto, volume, débito urinário e/ou drenos	
<input type="checkbox"/>	Medir e registrar PVC 3x ao dia	
<input type="checkbox"/>	Realizar curativos limpos 1x ao dia e identificar com data e rubrica	
<input type="checkbox"/>	Realizar curativos infectados 2x ao dia e identificar com data e rubrica	
<input type="checkbox"/>	Trocar equipo a cada mudança de FRO de nutrição parenteral	
<input type="checkbox"/>	Administrar dieta a cada 3 horas	
<input type="checkbox"/>	Realizar lavagem da sonda após administração da dieta com 60ml de água salvo se houver restrição hídrica	
<input type="checkbox"/>	Administrar dieta por sistema fechado	
<input type="checkbox"/>	Administrar 50ml de água de 4/4h nas dietas por sistema fechado	
<input type="checkbox"/>	Cabeceira do leito elevado à 30°	
<input type="checkbox"/>	Identificar bomba de infusão conforme solução	
<input type="checkbox"/>	Controlar gotejamento das soluções parenterais	
<input type="checkbox"/>	Trocar equipos e conexões a cada 72 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar látex de 12/12h	
<input checked="" type="checkbox"/>	Identificar com data e rubrica as punções venosas	
<input type="checkbox"/>	Desinfecção dos leitos com álcool à 70% de 12/12h	
<input type="checkbox"/>	Realizar glicemia conforme protocolo de infusão contínua	
<input type="checkbox"/>	Realizar glicemia capilar pré-prandial	
<input type="checkbox"/>	Verificar sinais vitais a cada 2 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar kit de nebulização após o uso	
<input type="checkbox"/>	Trocar máscara e Venturi a cada 12 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar frasco de aspiração a cada 24 horas	
<input type="checkbox"/>	Trocar circuito de ventilação após intubação ou na presença de sugidade	



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



**ACESSO VENOSO:**

Venóclise: ( ) MMSS e MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( ) Subclávia ( ) Cateter venoso central ( ) Dissecção venosa Data  
punção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ ( ) Gelco N° \_\_\_\_ ( ) Scalp N° \_\_\_\_  
Quem punccionou: \_\_\_\_\_

**ALTA HOSPITALAR:**

Alta autorização médica: ( ) Se sim: data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_  
( ) Se não, responsável: \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ Testemunha 2: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

**PACIENTE EM ÓBITO:**

( ) Não ( ) Se sim, data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_, causa da morte (diagnóstico médico): \_\_\_\_\_

**QUEIXAS:**

*Sem queixas no momento*

**RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:**

*Paciente segue em repouso no leito, sob  
cuidados da enfermagem.*

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

Data: *05/07/19* Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

*Gerviza F. Dantas*  
Técnica em Enfermagem  
COREN-PB 341177

**AValiação NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:**

*Paciente segue em E.G.E., sem alterações e  
sob cuidados da equipe de enfermagem.*

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: \_\_\_\_\_

Data: *05/07/19* Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

*Ana Raquel de Medeiros Rodrigues*  
Téc. em Enfermagem  
COREN-PB 341253



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



**RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

**DADOS GERAIS:**

Enfermaria: CCM II Leito: 02 Data Admissão: 26/02/20  
Paciente: Caio Romgel S. Lima Idade: 23a. Hora Admissão: 14h  
Dias de Internação: 01 Turno: DI SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: 45kg Estatura: 1,70m

Admitido: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de rodas ( ☒ ) Maca ( ) Outros:                       
Veio transferido: ( ☒ ) Residência ( ) Área vermelha ( ) Área laranja ( ) Área amarela ( ) Área verde ( ) UTI  
Transferência interna: ( ) Clín. médica/Cirúrgica ( ) Clín. cirúrgica/Médica ( ) Clín. médica/Área vermelha  
( ) Clín. cirúrgica/Área vermelha ( ) Clín. médica/Obstetria ( ) Clín. cirúrgica/Obstetria ( ) Clín. médica e cirúrgica/UTI  
( ) UTI/Clín. médica ( ) UTI/Clín. Cirúrgica ( ) Outro hospital/Cidade:                      /                       
Tipo de tratamento: ( ) Clínico ( ☒ ) Cirúrgico ( ) Pediátrico

**STADO GERAL:**

EG: ( ) Bom ( ) Estável ( ☒ ) Regular ( ) Grave

**SINAIS VITAIS:**

	T: <u>36,4°C</u>	P: <u>72 bpm</u>	R: <u>20 irpm</u>	PA: <u>120 x 70 mmHG</u>
12h00				
18h00	T: <u>36,5°C</u>	P: <u>77 bpm</u>	R: <u>20 irpm</u>	PA: <u>130 x 70 mmHG</u>
00h00	T: <u>36,5°C</u>	P: <u>78 bpm</u>	R: <u>20 irpm</u>	PA: <u>140 x 80 mmHG</u>
06h00	T: <u>36,9°C</u>	P: <u>78 bpm</u>	R: <u>20 irpm</u>	PA: <u>140 x 80 mmHG</u>

**FUNÇÃO NEUROLÓGICA:**

Nível de Consciência: ( ☒ ) Consciente ( ) Inconsciente ( ☒ ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso ( ☒ ) Cooperativo  
( ) Não Cooperativo ( ☒ ) Comunicativo ( ) Não Comunicativo ( ☒ ) Sono/repouso preservado ( ) Sono/repouso prejudicado  
Responde a estímulos: ( ☒ ) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Ocular  
Estado emocional: ( ☒ ) Normal ( ) Agitado/ativo ( ) Hipoativo ( ) Choroso ( ) Deprimido ( ) Agressivo  
Crise convulsiva: ( ) Sim ( ☒ ) Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS:                     

**FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:**

Respiração: ( ☒ ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Em uso de dreno torácico  
( ) Em oxigenoterapia: ( ) Cateter nasal ( ) Máscara de Venturi ( ) Nebulização  
Tosse: ( ) Sim ( ☒ ) Não ( ) Seca ( ) Cheia com expectoração ( ) Cheia sem expectoração ( ) Batimentos de asa do nariz  
Característica de secreções: ( ) Esbranquiçada ( ) Amarelada ( ) Esverdeada ( ) Sanguinolenta ( ) Purulenta

**FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:**

( ) Incisão cirúrgica: ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Hiperemiada ( ) Secretiva  
Curativo: ( ☒ ) Sim ( ) Não Data:                      /                      /                      Hora:                      :                      :                       
Estado nutricional: ( ) Normal ( ) Emagrecimento ( ) Caquético ( ) Obeso  
Dieta alimentar: ( ☒ ) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente ( ) Restrição ( ) Não aceita dieta  
Via de administração alimentar: ( ☒ ) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) Parenteral  
Vômitos: ( ) Sim ( ☒ ) Não Frequência:                       
Eliminações intestinais: ( ☒ ) Presentes ( ) Ausentes Frequência:                       
Aspecto: ( ☒ ) Normais ( ) Pastosas ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Diarreica ( ) Obstipação

**SISTEMA URINÁRIO:**

Eliminações vesicais: ( ☒ ) Normais ( ) Ausentes ( ) Retenção ( ) SVF 02 vias  
( ) SVF 03 vias ( ) Uso de fraldas  
Aspecto: ( ) Límpida ( ) Concentrada ( ) Hematúria  
Diurese: ( ☒ ) Espontânea ( ) SVF

**FUNÇÃO LOCOMOTIVA:**

Desenvolvimento motor: ( ) Deambulando ( ) Não Deambulando ( ☒ ) Deambulação prejudicada  
Edema: ( ) Presente ( ☒ ) Ausente ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD  
Localização: ( ) Anasarca ( ) Face ( ) MMSS e MMII ( ) MMSS ( ) MMII ( ) MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



PERCEPÇÃO SENSORIAL - Habilidade de responder significativamente a pressão relacionada ao desconforto

- 1 - Completamente limitado
- 2 - Muito limitado
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem alteração

Pontuação Observação

UNIDADE DA PELE - Grau no qual a pele está exposta à unidade

- 1 - Constantemente úmida
- 2 - Muito úmida
- 3 - Ocasionalmente úmida
- 4 - Raramente úmida

Pontuação Observação

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física

- 1 - Acamado
- 2 - Na cadeira com ajuda
- 3 - Anda ocasionalmente
- 4 - Anda frequentemente

Pontuação Observação

MOBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais

- 1 - Completamente imóvel
- 2 - Muito limitado (Paraplégico)
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem limitação

Pontuação Observação

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
- 2 - Se alimenta pouco (Desid.)
- 3 - Se alimenta de forma satisfatória
- 4 - Se alimenta de forma satisfatória

Pontuação Observação

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta

- 1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área
- 2 - Eritema / Escoriações em uma área
- 3 - Edema em alguma área
- 4 - Normal

Pontuação Observação

Pontuação total

PONTUAÇÃO: A CONTAGEM BARRA DE PONTOS INDICA UMA BARRA DE RISCO DE 26 PONTOS: RISCO MÍNIMO  
HABILIDADE FUNCIONAL: INDICADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ABAIXO DE 13 A 15 PONTOS: RISCO MODERADO  
ABACXO DE 12: RISCO ELEVADO

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	1	2	3	4
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de Oxigênio.	Não depende da oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com áudio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
	Eviscerações.	Incisão cirúrgica, Ostomias, Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo util. na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos.	Entre 15 a 30 minutos.	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total

05 9 19  
Data da avaliação



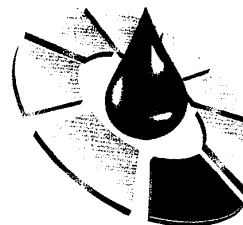
Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:28

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322735700000026952879

Número do documento: 20020410322735700000026952879

# Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**  
 Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA  
 Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
 Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**  
 Data.....: 01/07/2019  
 Idade.....: 23 anos  
 RG.....: NÃO INFORMADO

## 01 HEMATOLOGIA

### HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 ]

#### Resultados

#### Valores de Referências

#### SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....  
 Hemoglobina.....  
 Hematócrito.....  
 V.C.M.....  
 H.C.M.....  
 C.H.C.M.....  
 R.D.W.....

4,68 milhões/mm<sup>3</sup>  
 13,9 g/dl  
 42,7 %  
 91,2 micra<sup>3</sup>  
 29,7 pg  
 32,5 %  
 13,2 %

4,32 - 5,72 milhões/mm<sup>3</sup>  
 13,5 - 17,5 g/dl  
 38,8 - 50,0 %  
 81,2 - 95,1 micra<sup>3</sup>  
 26 - 34 pg  
 31 - 36 %  
 11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCROMICAS.**

#### SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....  
 Promielocitos.....  
 Mielócitos.....  
 Metamielócitos.....  
 Bastonetes.....  
 Segmentados.....  
 Eosinófilos.....  
 Basófilos.....  
 Linfócitos.....  
 Linf.Atípicos.....  
 Monócitos.....

9.300 /mm<sup>3</sup>  
 (%)

(/mm<sup>3</sup>)

- 4.500 a 10.000  
 0  
 0 a 1  
 0 a 5  
 43 a 67  
 1 a 4  
 0 a 1  
 20 a 35  
 2 a 8  
 0  
 0 a 100  
 0 a 500  
 1.935 a 6.700  
 45 a 400  
 0 a 100  
 900 a 3.500  
 90 a 800

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... **167.000 /mm<sup>3</sup>**

Acima de 16 anos:  
 150.000 a 450.000 /mm<sup>3</sup>

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: \* SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

*K. Suenya de Melo Fragozo*  
 Dr<sup>a</sup> Kátia Suenya de Melo Fragozo  
 Bioquímica - CRF-PB 3011

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

**Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625**



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322735700000026952879>  
 Número do documento: 20020410322735700000026952879

Num. 27941493 - Pág. 7

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 1 de 3

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI  
CARNEIRO" POMBAL - PARAÍBA



Nº Prontuário:

Nome:

Cassio Bezerra

Enf.:

Leito:

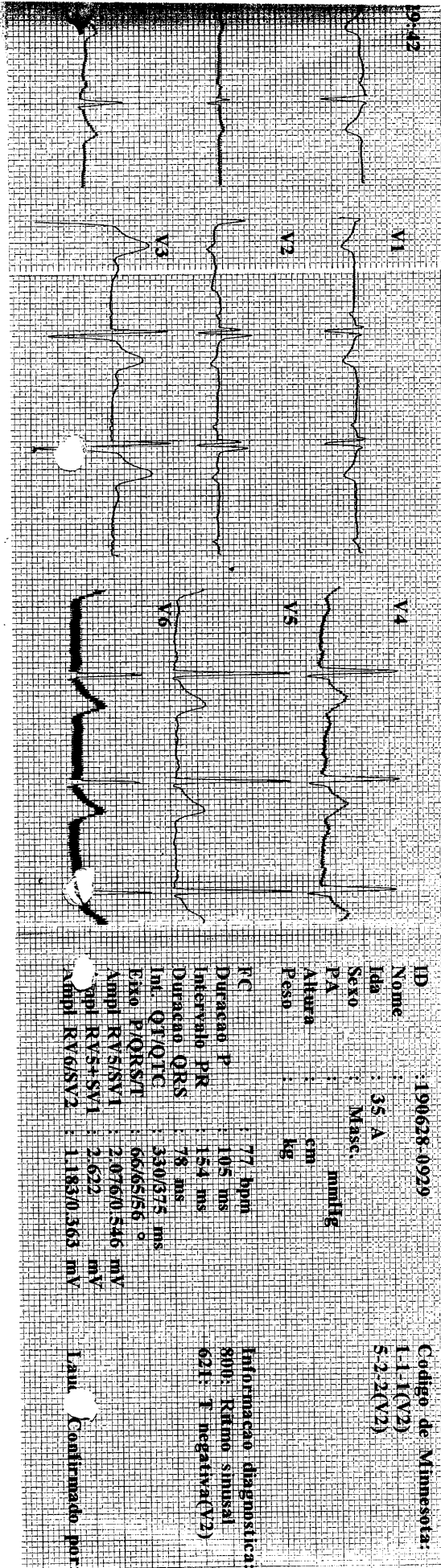
Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
01/07/19	<p>ff Fe Ocor de fratura (D)</p> <p>Re evolu estado em melhor</p> <p>Tratamento de reposição em</p> <p>tese distal de fratura (D)</p> <p>+ oedema</p> <p>col. VPM.</p> <p>Sd- novo tipo de fratura após lat B</p> <p>Dr. José Cassiano Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7801 TEOT 15253</p>	
02.07.19	<p>Tratamento de fratura com gesso</p> <p>Dr. Seston Wanderley Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 6151 CRM/PB 7044</p>	
05/07/2019	<p>Tratamento de fratura com gesso</p> <p>Dr. Denis Rêgo Médico CRM-PB 7054</p>	
04/07/19	<p>Tratamento de fratura com gesso</p> <p>Dr. Tália Alberto de O. Souza Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251 CNS 30633762240007</p>	

CO: ATB + Rx + Análise

Dr. Tália Alberto de O. Souza  
Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251  
CNS 30633762240007







Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**“SENADOR RUI CARNEIRO”**

**AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO**

NOME: *Caio Rangel da Silva Lima*

IDADE: *23* SEXO: *M*

Procedimento cirúrgico proposto: *cirurgia ortopédica*

Medicação em uso: *—*

Alergias medicamentosas: *—*

Antecedentes / Comorbidades: *—*

**EXAME FÍSICO:**

Exame geral:

PA: *110 x 70* mmHg FC: *82* bpm

Aparelho cardiovascular: *Reg. BNF de 5/1*

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: *normal (DCR)*

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: ( ) Alto ( ) Intermediário (☒) Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAP

LEE

ACP

*BAIXO RISCO*

OBS:

Dr. Jairo Leal CRM/PB 8882  
Cardiologista RQE 5345  
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346  
Marcapasso RQE 5979

DATA *28* / *6* / 20 *19*



# Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**  
 Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA  
 Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
 Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**  
 Data.....: 01/07/2019  
 Idade.....: 23 anos  
 RG.....: NÃO INFORMADO

## 01 HEMATOLOGIA

### HEMOGRAMA COMPLETO

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 ]

#### Resultados

#### Valores de Referências

#### SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	4,68 milhões/mm <sup>3</sup>	4,32 - 5,72 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	13,9 g/dl	13,5 - 17,5 g/dl
Hematócrito.....	42,7 %	38,8 - 50,0 %
V.C.M.....	91,2 micra <sup>3</sup>	81,2 - 95,1 micra <sup>3</sup>
H.C.M.....	29,7 pg	26 - 34 pg
C.H.C.M.....	32,5 %	31 - 36 %
R.D.W.....	13,2 %	11,8 - 15,6 %

OBS: SÉRIE VERMELHA..... **HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCROMICAS.**

#### SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais.....	9.300 /mm <sup>3</sup>	- 4.500 a 10.000
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )
Promielocitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	279
Segmentados.....	61,0	5.673
Eosinófilos.....	2,0	186
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	30,0	2.790
Linf.Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	4,0	372

OBS: SÉRIE BRANCA..... **SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS.**

CONTAGEM DE PLAQUETAS..... **167.000 /mm<sup>3</sup>**  
 Acima de 16 anos:  
 150.000 a 450.000 /mm<sup>3</sup>

OBS: SÉRIE PLAQUETARIA..... **NORMAL**

Nota: \* SISTEMA AUTOMATIZADO E COMPUTADORIZADO DE CONTAGENS E CALCULOS, COM CONFIRMAÇÃO DAS CONTAGENS E ANÁLISE MORFOLÓGICA REALIZADAS POR MICROSCOPIA.

*Kátia Suenya de Melo Fragoso*

Drª Kátia Suenya de Melo Fragoso  
 Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4A26-48F3-F43B-34-215A-2097-3E0A-BAB7

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 1 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

**Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625**





# Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**  
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA  
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**  
Data.....: 01/07/2019  
Idade.....: 23 anos  
RG.....: NÃO INFORMADO

## 01 HEMATOLOGIA

### COAGULOGRAMA

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 ]

Material: PLASMA

Método: TUBO DESITOMETRIA

PLAQUETAS (CONTAGENS)..... 167.000 /mm3

Acima de 16 anos:  
150.000 a 450.000 /mm3

### TEMPO DE TROBOPLASTINA - TTPA

TTPA - PACIENTE..... 28,2 seg  
TTPA - CONTROLE NORMAL..... 27,9 segundos  
RELAÇÃO TTPA / CONTROLE NORMAL..... 1,0  
DIFERENÇA TTPA/CONTROLE NORMAL..... 0.30 segundos

21 a 32 segundos

Até 1,3

Até 8,0 segundos

### TEMPO E ATIVIDADE DE PROTOMBINA - TP

TP - PACIENTE..... 14,1 segundos  
TP - CONTROLE NORMAL..... 12,5 segundos  
ATIVIDADE PROTOMBINA PACIENTE..... 78 %  
RELAÇÃO TP / CONTROLE NORMAL..... 1,1  
INR..... 1,13

11 a 16 segundos

70 a 120%

Até 1,3

1,0 a 1,3

*Kátia Suenya de Melo Fragoso*  
Drª Kátia Suenya de Melo Fragoso  
Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi emitido digitalmente sob o número: 4A26-48F3-F43B-34-215A-2097-3E0A-BAB7

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 2 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322850800000026952884>  
Número do documento: 20020410322850800000026952884

Num. 27941498 - Pág. 3





# Santa Cecília

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Paciente.....: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**  
Requisitante...: DENIS ROCHA FORMIGA  
Referência.....: HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
Origem.....: 20 HRP

Protocolo...: **0000024914**  
Data.....: 01/07/2019  
Idade.....: 23 anos  
RG.....: NÃO INFORMADO

## BIOQUÍMICA

GLICOSE DE JEJUM..... 88,0 mg/dl

[DATA DA COLETA: 01/07/2019 07:03 ]

Material: Soro ou Plasma

Método: Automatizado/Computadorizado

### Valores de Referência:

Crianças.....: 60,0 a 100,0 mg/dl

Adultos.....: 70,0 a 100,0 mg/dl

Maiores de 60 anos: 80,0 a 115,0 mg/dl

### Observação:

Resultados de glicemia de jejum entre 115 mg/dL e 126 mg/dL, não sugere diagnóstico de diabetes.  
Portanto, recomenda-se confirmar no dia subsequente com nova coleta.

Drª Kátia Suenya de Melo Fragoso  
Bioquímica - CRF-PB 3011

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3BC7-F34F-F555-F4-B756-27EE-21F5-D639

Emissão : 01/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise conjunta dos seus resultados e dos dados clínicos - epidemiológico do(a) paciente.

Pombal-PB - Paulista-PB - Lagoa-PB - Catolé do Rocha-PB - Coremas-PB - Jericó-PB

Fone: (83) 3431-2020 | 99658-6625



Assinado eletronicamente por: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO - 04/02/2020 10:32:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020410322850800000026952884>  
Número do documento: 20020410322850800000026952884

Num. 27941498 - Pág. 5





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

**Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200024073**

**Vítima: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

**Data do Acidente: 26/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

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: **CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000046471-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Estado da Paraíba  
Poder Judiciário  
2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800114-81.2020.8.15.0301  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
Autor(a): CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Vistos.

O art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, dispõe “o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

Embora para a concessão da gratuidade não se exija o estado de miséria absoluta, é necessária a comprovação da impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família.

A declaração de pobreza, por sua vez, estabelece mera presunção relativa da hipossuficiência, que cede ante outros elementos que sirvam para indicar a capacidade financeira, nem é prova inequívoca, sem contar que é desnecessária ante a possibilidade do próprio advogado afirmar na inicial, desde que tenha poderes para tanto, declarado na procuração.

No caso, há elementos suficientes para afastar a presunção, em especial, a natureza e o objeto discutidos.

No que se refere à qualificação, não há comprovação.

Ademais, requer a gratuidade, sem sequer informar o valor das custas, as quais requer a dispensa de pagamento, em outras palavras, o próprio autor não sabe se tem ou não capacidade de pagamento delas.

Por outro lado, o Juiz somente poderá indeferir o pedido se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, devendo, antes de indeferir o pedido, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos.

Assim, antes de indeferir o pedido, contudo, convém facultar ao interessado o direito de provar a impossibilidade de arcar, sem o seu próprio prejuízo ou de sua família, com as custas e despesas do processo.

Assim, para apreciação do pedido de Justiça Gratuita, INTIME-SE a parte requerente para, em 10 (dez) dias, apresentar, sob pena de indeferimento do benefício, documentos capazes de comprovar a hipossuficiência, tais como:

- a) cópia das últimas folhas da carteira do trabalho, ou comprovante de renda mensal, e de eventual cônjuge;
- b) cópia dos extratos bancários de contas de titularidade, e de eventual cônjuge, dos últimos três meses;
- c) cópia dos extratos de cartão de crédito, dos últimos três meses;
- d) cópia da última declaração do imposto de renda apresentada à Secretaria da Receita Federal.
- e) em especial, juntar(em) a simulação do valor das custas e despesas as quais requer(em) a gratuidade.

Tudo, ante a possibilidade de redução ou parcelamento, que podem ser requeridos, nos termos do NCP.

A parte poderá, ainda, no mesmo prazo, recolher as custas judiciais e despesas processuais, sob pena de indeferimento do pedido de gratuidade da justiça e multa de 10 vezes o valor das custas



judiciais, devidos a partir do trânsito, nos termos previstos na LAJ, art. 4º, §1º, inscrita em dívida ativa, além da extinção do processo sem resolução de mérito.

Advirta-se que, nos termos do CPC:

- A concessão de gratuidade não afasta a responsabilidade do beneficiário pelas despesas processuais e pelos honorários advocatícios decorrentes de sua sucumbência;
- Vencido o beneficiário, as obrigações decorrentes de sua sucumbência ficarão sob condição suspensiva de exigibilidade;
- A concessão de gratuidade não afasta o dever de o beneficiário pagar, ao final, as multas processuais que lhe sejam impostas;
- A gratuidade poderá ser concedida em relação a algum ou a todos os atos processuais, ou consistir na redução percentual de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento.
- Conforme o caso, o juiz poderá conceder direito ao parcelamento de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento;
- O direito à gratuidade da justiça é pessoal, não se estendendo a litisconsorte ou a sucessor do beneficiário, salvo requerimento e deferimento expressos.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

**JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA - Juiz de Direito**

Valor da causa: R\$ 10.125,00



EM ANEXO



**AO MM JUIZO DE DIREITO DA 2º VARA MISTA DA COMARCA  
DE POMBAL, ESTADO DA PARAÍBA**

**CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**, já devidamente qualificado nos autos do processo, vem, através de seu insigne causídico, que esta subscreve, informar que o autor não possui meios de prover o próprio sustento, estando em arranjo com o art. 98 do CPC, no tocante a gratuidade judiciária, informações corroboradas pela carteira de trabalho em anexo, demonstrando que o autor não possui quaisquer vínculos empregatícios e sequer recebe benefício previdenciário, sendo contribuinte do INSS como autônomo desde novembro de 2019, não podendo arcar com as despesas processuais sem maiores prejuízos ao seu sustento e ao de sua família.

Nestes termos, pede deferimento.

Pombal, 27 de abril de 2020

**THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

**OAB/PB 16314**





## TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREVISTO - 203.34283.95-1

NÚMERO - 9049198

SERIE - 0040

UF - PB

Carne Roubada São Sílvia Lima

ASSINATURA DO TITULAR



IMPRESSÃO DIGITAL





**CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

FILIAÇÃO.....: JOSÉ ANTONIO DE LIMA FILHO  
CLEONICE DA SILVA GARRIDO  
NASCIMENTO.....: 17/03/1996 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: POMBAL - PB  
DOCUMENTO.....: C. I. 4048430 30/04/2012 SSDS PB  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 117.496.244-51 CNH.....:  
TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 21/10/2014

*Rodolfo Ramalho Catão*  
Rodolfo Ramalho Catão  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

**ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

FILIAÇÃO	
NOME	_____
DOCUMENTO	_____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

FILIAÇÃO	
NOME	_____
DOCUMENTO	_____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

FILIAÇÃO	
NOME	_____
DOCUMENTO	_____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

FILIAÇÃO	
NOME	_____
DOCUMENTO	_____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	

03

**LEGENDA**

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERESSE | G - PARTO DE VIGILÂNCIA  
B - SEPARAÇÃO | D - ADOÇÃO | F - MEDICINA VETERINÁRIA





# REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR .....

REGISTRADO EM ..... / ..... / ..... SOB. N° ..... LIVRO N° .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

LOCAL ..... DATA ..... / ..... / ..... Assinatura (Carimbo do Juiz)

REGISTRADO EM ..... / ..... / ..... SOB. N° ..... LIVRO N° .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

LOCAL ..... DATA ..... / ..... / ..... Assinatura (Carimbo do Juiz)

REGISTRADO EM ..... / ..... / ..... SOB. N° ..... LIVRO N° .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

LOCAL ..... DATA ..... / ..... / ..... Assinatura (Carimbo do Juiz)

04

# REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR .....

REGISTRADO EM ..... / ..... / ..... SOB. N° ..... LIVRO N° .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

LOCAL ..... DATA ..... / ..... / ..... Assinatura (Carimbo do Juiz)

REGISTRADO EM ..... / ..... / ..... SOB. N° ..... LIVRO N° .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

LOCAL ..... DATA ..... / ..... / ..... Assinatura (Carimbo do Juiz)

REGISTRADO EM ..... / ..... / ..... SOB. N° ..... LIVRO N° .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

PROFISSÃO .....

LOCAL ..... DATA ..... / ..... / ..... Assinatura (Carimbo do Juiz)

05



Poder Judiciário da Paraíba

2ª Vara Mista de Pombal

Rua José G. de Santana, 414, Centro, POMBAL - PB - CEP: 58840-000

**Número do Processo: 0800114-81.2020.8.15.0301**

**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Assunto: [Acidente de Trânsito]**

**Polo ativo: AUTOR: CAIO RANGEL DA SILVA LIMA**

**Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **CERTIDÃO**

Certifico e dou fé que, mediante a juntada da Petição ID 30163429, faço os presentes autos conclusos para despacho.

POMBAL, 25 de maio de 2020

HAROLDO CAMILO DOS SANTOS





Estado da Paraíba  
Poder Judiciário  
2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800114-81.2020.8.15.0301  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [Acidente de Trânsito]  
Autor(a): CAIO RANGEL DA SILVA LIMA  
Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Vistos.

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

Certifique-se a existência de ação com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir, ativa ou baixada.

CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.

Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

**NOMEIO o Dr. Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivanha, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.**

Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intemem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

Após a apresentação do laudo pericial, intemem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo,



expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

**JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA** – Juiz de Direito em substituição

Valor da causa: R\$ 10.125,00





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**2ª Vara Mista da Comarca de Pombal**

---

**CERTIDÃO**

*Certifico e dou fé que, em consultas realizadas através do STI e PJE, não constatei a existência de ação com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir, ativa ou baixada.*

Pombal -PB, 04 de junho de 2020.

**SEANE DA NOBREGA MASCENA DANTAS**  
Técnico(a) Judiciário(a)







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**2ª Vara Mista da Comarca de Pombal**

**PROCESSO Nº 0800114-81.2020.8.15.0301**

**CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 2ª Vara Mista de Pombal, fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** para tomar conhecimento da presente demanda, e querendo, apresentar contestação, **no prazo de 15 (quinze) dias** (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), bem como **INTIMADO(A)** do despacho (ID 31074186), cientificando-o, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais foram arbitrados no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba. **Por economia processual, no prazo de defesa, deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.**

Pombal-PB, 04 de junho de 2020.

**SEANE DA NOBREGA MASCENA DANTAS**

Técnico(a) Judiciário(a)

