



Número: **0807301-70.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **15/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE BENTO DA SILVA (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36957 294	23/11/2020 10:14	<u>Petição</u>	Petição
36957 296	23/11/2020 10:14	<u>2730975_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_04</u>	Outros Documentos
36957 297	23/11/2020 10:14	<u>2730975_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u>	Outros Documentos
36957 751	23/11/2020 10:14	<u>2730975_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36957 753	23/11/2020 10:14	<u>2730975_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144019400000035272124>
Número do documento: 20112310144019400000035272124

Num. 36957294 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO. (PAG.04.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA. (PAG.15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190484662 **Vítima: JOSE BENTO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BENTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00777/00778 - carta_01 - INVALIDEZ



00030389

Carta nº 14722378



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190484662

Vítima: JOSE BENTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BENTO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01849/01850 - carta_03 - INVALIDEZ



00070925

Carta nº 14722970



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190484662 **Vítima: JOSE BENTO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BENTO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE BENTO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 00000106349-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00817/00818 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190484662

Vítima: JOSE BENTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BENTO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00231/00232 - carta_02 - INVALIDEZ



00070116

Carta nº 15069104



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
999.777.054-00 José Bento da Silva			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF: 999.777.054-00	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Ricardo	Rua Santa Teresinha	58	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Serraria	Lampruna Grande	PB	58437-800
E-mail:		Tel. (DDD): (83) 98805-6654	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 106349 8
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: *José Bento, 13/08/2019*
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

José Bento da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: *COMPREVI REVIDÊNCIAS*

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: *16 AGO. 2019*

Assinatura: *PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08942.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o **Registro de Ocorrência Policial N° 08942.01.2019.1.00.401**, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:28 horas do dia 08 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Bento da Silva**, CPF nº 979.777.054-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Ivonete da Silva Bento e Francisco Bento Filho, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 25/12/1972 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Terezinha, Nº 51, bairro Bodocongó, tendo como ponto de referência Antigo Ibama, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Lugar: Rodovia Br 230 Saidu Para Lagoa de Dentro, Saída Para Lagoa de Dentro, Campina Grande/PB, bairro São José da Mata; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/03/19 09:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

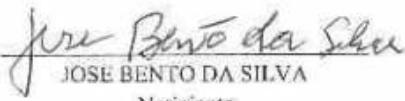
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

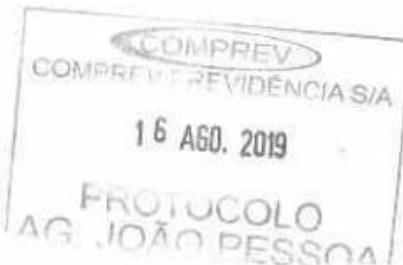
QUE NO DIA 17/03/2019, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA MONTADO EM SEU CAVALO, QUANDO NA ALTURA DO DISTRITO DE SÃO JOSE DA MATA, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO PÉ E TORNOCÉLO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ R. GOMES, CRM/PB 9121.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de agosto de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOSE BENTO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 08942.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
999.777.054-00 José Bento da Silva			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF: 999.777.054-00	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Ricardo	Rua Santa Teresinha	58	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Serraria	Lampruna Grande	PB	58437-800
E-mail:	Tel. (DDD): (83) 98805-6654		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 106349 8
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 13/08/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

José Bento da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: *COMPREVI REVIDÊNCIAS*
 16 AGO. 2019

Assinatura

PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
999.777.054-00		Toré Bento da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Toré Bento da Silva		CPF: 999.777.054-00
Profissão: Ribeiro	Endereço: Rua Santa Teresinha	Número: 53
Bairro: Serraria	Cidade: Campina Grande	Estado: PB
E-mail:		CEP: 58437-800
		Tel. (DDD): 73198805-6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0937 CONTA: 106349 8 (informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização da Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme consta no documento, assinado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Local e Data: Toré Bento, 13/08/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Toré Bento da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 17/3/2019	HORA: 09:45 HRS	ID Nº: 1762181
NOME: JOSÉ BENTO DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: BR 230 - LAGOA DE DENTRO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 20 de maio de 2019.




Deocleciro F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

Scanned with CamScanner



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000106349-8

Nr. da Autenticação A21FC1DC8ED2B1DC



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 11

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000106349-8

Nr. da Autenticação 96D27BD5A026D580



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 12

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Relato para sempre: pagamento da sua fidelização da energia elétrica. N° 004.194.403



NET - PRATICANDO INICIAÇÃO
ENERGISA BORBORENA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Afonso, 4766 - BR 230 - KM 120 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-709
CNPJ 06.026.096/0001-82 Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

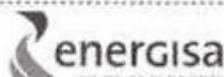
MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO
RUA SANTA TEREZINHA 51
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/30474-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	17/07/2019	76	24/07/2019	R\$ 65,19

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO
Roteiro: 10-401-552-4030
83610000000-8 65190147000-5 00304742019-0 07400401019-0



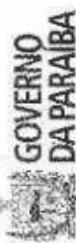
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/07/2019	R\$ 65,19	30474-2015-07-4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 13





Ficha de Acolhimento

SAMU

Nome: <u>José Bezerra da Silva</u>	Bairro: <u>STS. Terezinha</u>
End: <u>575 Terezinha</u>	Documento de Identificação: <u></u>
Data de Nascimento: <u>25-12-73</u>	Data do Atend.: <u>17.03.19</u> Hora: <u>10:25</u> Documento: <u></u>
Queixa: <u>Doença de</u>	Acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gerente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação 01 **Atendimento**

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura é comprovação do profissional

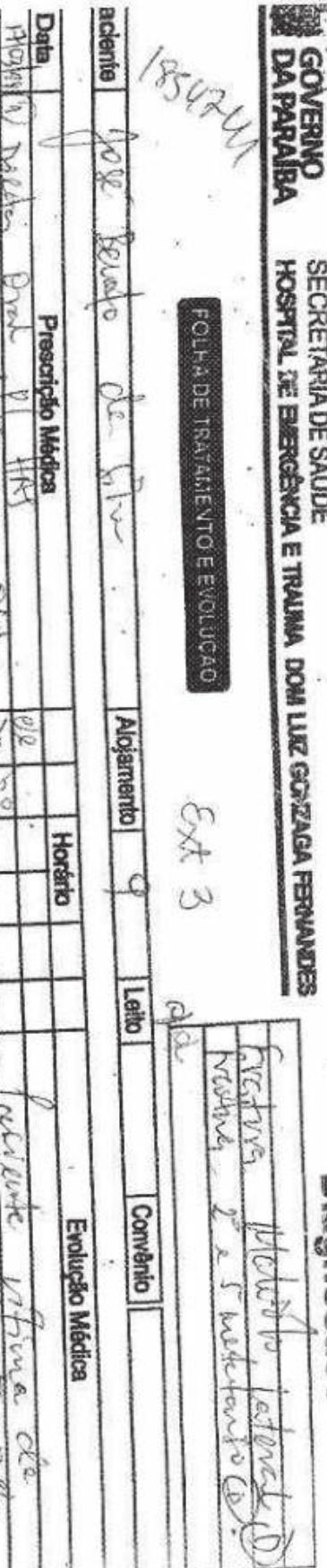
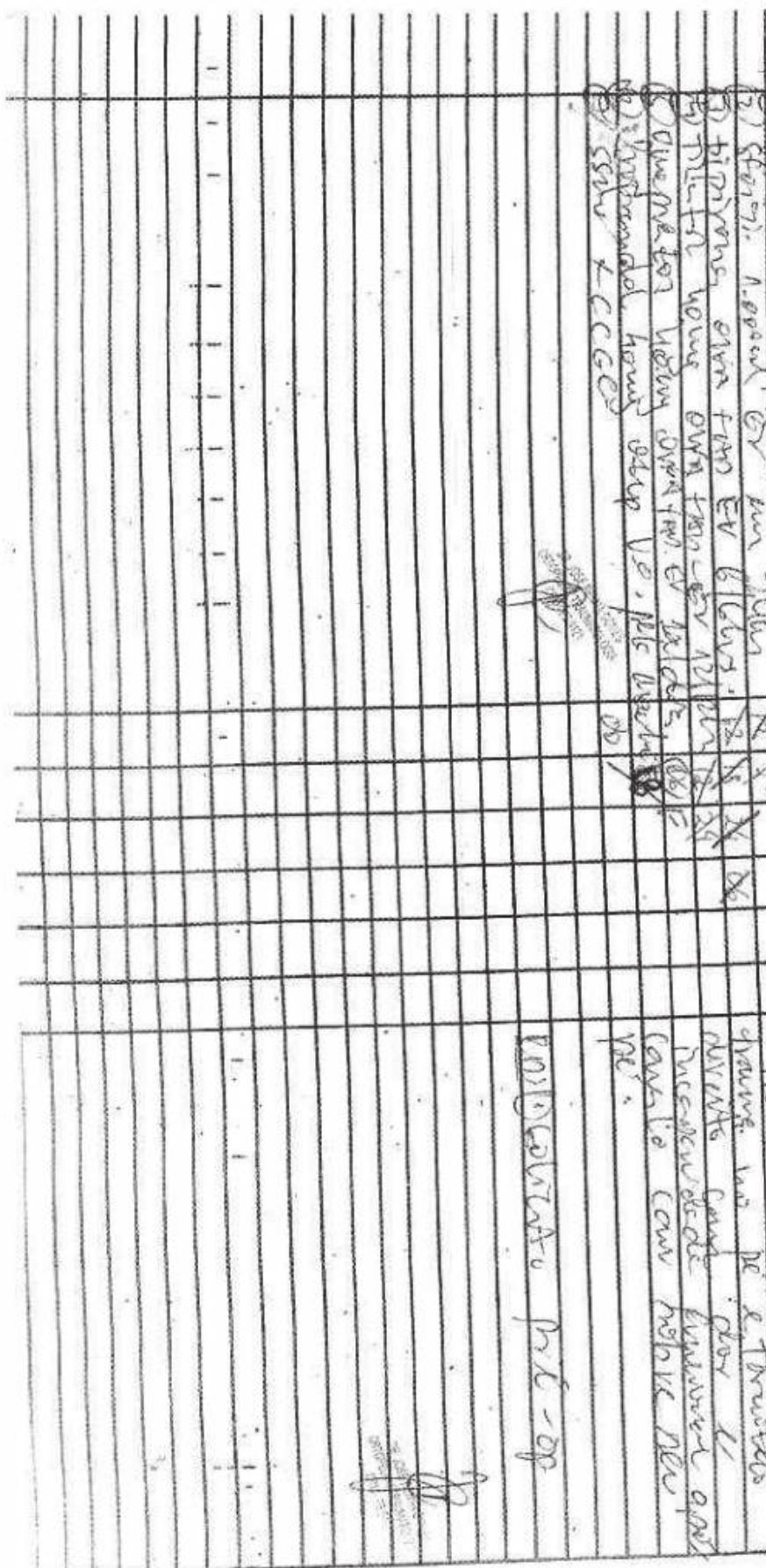


100,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 17



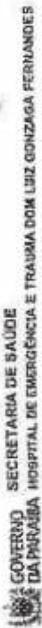
Diagnóstico

17/07/2020
190/100
SUELIO MOREIRA TORRES



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 19



GOVERNO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - SECRETARIA DE SAÚDE - HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO

12.7.07 (D)

EQUAÇĀO DE TRATAMENTO E EVOLUÇĀO

卷之三

Paciente José Domingo



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pie.tibp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121310144083800000035272575>

Número do documento: 2011231014408380000035272575

Num. 36957206 Pág. 20

43

Paciente John Black

Alojamento Leito Convênio

四庫全書

Evolução Médica

Hárcio

10



19 Pa: 150 T. 35,1
03 90
19

Maria José Sá Pimenta
COREN-PB 177.451-TE

homônimo

13/03/19 Jás 20:00
P.A.: Paciente submetido
neste setor para
testamento esférico
m. c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Faláu
COREN-PB 177.451-TE
sa





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 1854741 Paciente: JOSE BENTO DA SILVA Idade: 045 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 25/12/1973 Admissão: 17/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO E 2 E 5 MTT DIREITO

DIA 20/03/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apagamento
1	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
2	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	32 ²⁴
3	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
4	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h-8h	SN
6	DIETA HIPOSSÓDICA	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	IELCO SALINIZADO	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 20/03/2019 HORA: 07:45:57

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM.

 ASSINATURA + CARIMBO
 Euler Fabricio Alves Cruz


DATA - 20-03-19

HORA - 08:30

P. A. 100x80

Paciente consciente
orientado medido
al torso tocado aguarda de enfermeira
cirurgia e segue aos
cuidados de enfermagem.

DATA - 20

HORA - 20

P. A. 120

Paciente na
continua a
espera de enfermeira

Jucilene dos Santos Silva
CREF/PE/055.700-TE



21/03/2019

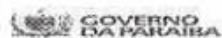
HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/03/2019

Horas: 09:08:02

Médico (a) Diarista: Euler Fabricio Alves Cruz



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1854741 Paciente: JOSE BENTO DA SILVA Idade: 045 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 25/12/1973 Admissão: 17/03/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO E 2 E 5 MTT DIREITO

DIA 21/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA HIPOSSÓDICA 1300 mg/dia 00:00	00:00
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
4	FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12-24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12-24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	00:00

EVOLUÇÃO

DATA: 21/03/2019 HORA: 09:07:56

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

✓
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9507



21103113 JAS 20:00h
P.A.: 120x30
Painete negro com
níndulos na parte
magenta m.c. p.m.

Ana Maria Góesckante Fagundes
Ana Maria Góesckante Fagundes
2011-08-17 10:41:15
A





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente		José Benício da Silva		Nº Prontuário
Data da Operação	22/03/19	Enf. Operatório	04	Leito 03
Operador	Dr. Anderson Tonello	1º Auxiliar	Antônio	
2º Auxiliar	Flávia Nunes	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura toracoclavicular direita + 2º e 3º MTC			
Drenagem				
Tipo de Operação				
Diagnóstico Pós-Operatório	Osteosíntese			
Relatório Imediato da Patologia				
Exame Radiológico no Ato	SIM			
Acidente Durante a Operação	NÃO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 01 - Pratice o RDT submolar
- 02 - Incisão + abertura + curva de Kirsch
- 03 - Incisão em forma de ferro de fundição e curva de Pöhlmann + elevação para prumo + instrumentos
- 04 - Reduzir crista da face da fratura
- 05 - osteosíntese com PDS 113 titanium de 0,8 Furos + Parafuso contínuo + ofício U nº 3,5 sob prumo de prumo
- 06 - fechar FO + sutura + curva

Dr. Wagner
Foto de Arquivo
MÉDICO - ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM - PB - 31

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



GOVERNO
DA PARAÍBA
SEGUE
o trabalho
de
SEGURANÇA ANESTÉSICA

CHECKLIST DE



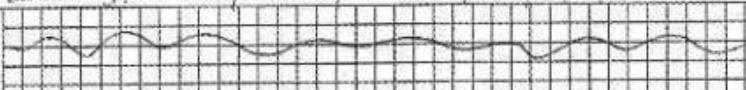
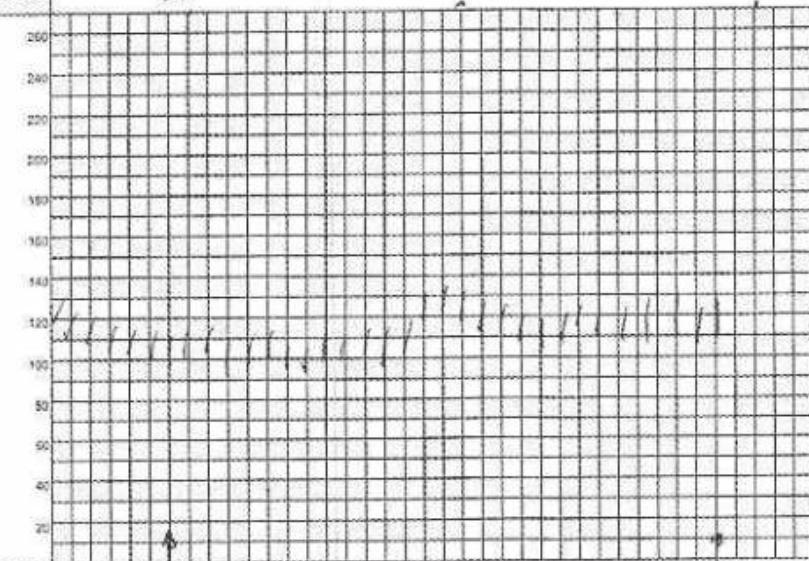
CARRO DE ANESTESIA TESTADO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
LARINGOSCÓPIO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
MONITOR	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
MULTIPARÂMETRICO		
CAPNÓGRAFO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FALTA DE EQUIPAMENTO/MEDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM QUAL?	
ANESTESISTA RESPONSÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<i>Ronaldo Júnior</i>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 31

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			INFERNALIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NAME: <i>José Bento do Silva</i>			IDADE: <i>45 anos</i>	SEXO: <i>masculino</i>	COR:
DATA: <i>22.3.2014</i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>120/70</i>	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGUÍNEO:	HEMACIAS:	HEMOGLÓBINA:	HEMATÓCRITO:	GLUCOSE:	UREIA:	OUTROS:	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO: CUSA <i>45mL</i>					ASMA: <input checked="" type="checkbox"/>	BEM-ESTAR: <input checked="" type="checkbox"/>	
AP. CIRCULATÓRIO: <i>rr</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO: <i>rr</i>		DENTES: <input checked="" type="checkbox"/>	PESCOCO: <input checked="" type="checkbox"/>	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL: <input checked="" type="checkbox"/>		ATARÁXICOS:	CORTICOIDES:	ALERGIA:		HFGONTORES:	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: <i>Fistula ex-fistula 30</i> + <i>Fistula ex-fistula 30</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES: <i>extubado</i> <input checked="" type="checkbox"/>							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTESICA: <i>clorotetraxina 200mg + clorazepato de metilo 100mg</i>		APLICADA:	AS:	EFEITO			
 Liquidos: <i>500cc</i> S.G. - 100cc R.F. - 100cc R.L. - 100cc		INDICAÇÃO: Sáfr.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input checked="" type="checkbox"/> Toss.: <input checked="" type="checkbox"/> Laringo: espasmo <input checked="" type="checkbox"/> Lenta: <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas: <input checked="" type="checkbox"/> Vômitos: <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <input checked="" type="checkbox"/>					
CÓDIGOS: P - PULSO; D - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - DIPENFACAO VP - ARTERIAL; O - PULSO; D - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA; O - DIPENFACAO		MANUTENÇÃO:  ANESTESIA SATISF: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por que? <i>rr</i>					
POSIÇÃO: AGENTES: <i>Nosocomial 0,5% 20ml + 0,1440,20ml</i> TÉCNICA: <i>Brachio-axilar com aux de 13 AL 150ml - (25)</i> OPERAÇÃO: <i>Ressecção de granuloma ex-fistula + Ressecção de fistula ex-fistula</i> CIPURGOS: ANESTESISTAS: <i>Pranuha Reis, leme: CRU 2776 CPF RJ 721381-04</i> OBSERVAÇÕES:		DESPERTAR: Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/> Obst.: <input checked="" type="checkbox"/> Co.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas: <input checked="" type="checkbox"/> Vômitos: <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <input checked="" type="checkbox"/> Com cânula: Para o Leito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CONDIÇÕES:					
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.							PERDA SANGUÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 33



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Bento da Silva Idade: 45
Convênio: Data: 22/03/13
Procedimento: T^e Bifingito Fratura Toracoclo Direito

Observações:	
 <p> MENDES LIMA CRMEF 15912001974 CRM-SP 7065P - RQE 4593 </p>	
Assinatura Anestesiista	Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MDD. 193

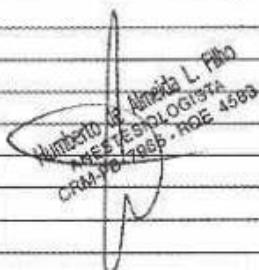


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora em que o critério é atingido</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2	
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2	
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2	
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2	
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	
TOTAL DE PONTOS:	



Humberto de Almeida L. Filho
ANESTEsiologista
CRM-PB 7966 - ROE 4583

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: José Bento da Silva (25-12-73)
 QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO
 45a P1854714

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 H. E. Hospital de
 Emergência e Trauma Dom
 Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA: Trauma Cirúrgico de
 Anestesia: Rascunho
 ANESTESIA: Dr. Amaro + Dr. Euler + Dr. Ricardo

INSTRUMENTADORA: Flávio DATA: 22-03-19 INÍCIO: 14:00 FIM: 15:40

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorpha amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Dreno	
	Fenegam amp.			Dreno Kerr nº	
	Fentanil ml			Dreno Penrose nº	
	Inova ml			Dreno Pezzer nº	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas	
01	Mercaina 0,15 % ml	015 % ml perdida		Equipo de Macrogotas	
	Nubafin amp.			Equipo de Sangue	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC	
	Protigmine amp.	05		Espanadrapo Largo cm	
	Proloxicor 1ml			Furacim ml	
	Quelicin ml	05		Gase Pacote c/ 10 unidades	
	Rapifer amp.			H.O. ml	02
	Thionembutal ml			Intracath Adulto	(20)
	Tracrium amp.			Intracath Infantil	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02		Prolene Sertix	
	Aqua Desidratada amp.			Prolene Sertix	
	Decadron amp.			Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	03		Lâmina de Bisturi nº 11	
	Flaxidol amp.	06		Lâmina de Bisturi nº 15	
	Flbocortid amp.	04		Luvas 7,0	
	Geramicina amp.			Luvas 7,5	
	Glicose amp.			Luvas 8,0	
	Glucon de Calcio amp.			Luvas 8,5	
	Haemaccel ml			Oxigenio 1m 311cm	
	Heparema ml	05		Polifix	
	Kanakion amp.			PVPI Degemante ml	
	Lasix amp.	04		PVPI Topico ml	
	Medrotinazol.	04		Sabão Antiséptico	
	Plastil amp.	03		Saco coletor	
	Prolamina	02		P1100	
	Revivan amp.			Seringa desc. 10 ml	
	Stuplanon amp.			Seringa desc. 20 ml	
	Cefalotina 1g			Seringa desc. 05 ml	
				Sonda	
				Sonda folley	
				Sonda Nasogástrica	
				Sonda Uretral nº	03
				Steridrem ml	05
				Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01		Vaseline ml	
	Aguilha desc. 25 x 7			Gelcon 18	
	Aguilha desc. 28 x 28			Latese	
	Aguilha desc. 3 x 4,5				
01	Aguilha pr. raque nº 27	05			
02	Alcool da Enfermagem	05			
	Alcool iodado ml				
03	Ataduras de Crepon	15cm			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				

- EQUIPAMENTOS
- Oxímetro de Pulso
 - Foco Auxiliar
 - Serra
 - Eletrocautério
 - Desfibrilador
 - Oxicapnógrafo
 - Foco Exodontal
 - Cardiomonitor
 - Fonte de Luz
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Sueli

MOD 006

(EF-61-26) outubro de outubro

11/11/2011 10:21 am

2011-11-11 10:21:00

04:21 00:11 11-11-2011

10

25

20

15

10

5

2.5

2.0

1.5

1.0

0.5

0.0

5.0

10.0

15.0

20.0

25.0

30.0

35.0

40.0

45.0

50.0

55.0

60.0

65.0

70.0

75.0

80.0

85.0

90.0

95.0

100.0

(2.0)

5.0

10.0

10.0

10.0

10.0

X

new

X

X new 10.0 10.0





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: *Extrato de sangue* Cód. Procedimento: _____

Paciente: Lucas Belo de Souza

Data da Cirurgia: 27/03/15 No protocolo: 4855115 Convênio:

Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3,1) mm	Nº	14	70					
Parafuso Cortical () mm	Qtd.	08	01					
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Qtd.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Cód.							

Obs.: o preenchimento do pontuário é obrigatório.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Passeio:

Entregue à N. S. antes.

Síntesis de consultas: _____ Total: _____

Ed. 60 considerar. _____ total. _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodóro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521-4501 * www.bioplants.com.br



GOVERNO  SEGURO
DA PARAÍBA  ST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	BUSS	4-3	04-1	22103
NOME:	<i>fone - Bento da Silva</i>			
PROCEDIMENTO:	<i>PÉ + TNE</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:LOCAL:	GELO Nº:	AVC	<input type="checkbox"/>	JEJU
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENÇES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input checked="" type="checkbox"/> USG	<input checked="" type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO			<input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO		<input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:			COREN:	

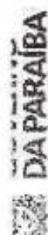
AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas
Campina Grande - PB CEP: 58.432-809
horitalregionalcg@hotmail.com





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 40



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Ex. Tux 2. S. MIT D
Ex 2. S. MIT D

Paciente: José Bessa da Silveira

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/9	Q Dext. Luf. gádica opás EPA	10/12	P25 26 a 27/9
	Q SNC 1000 IV 248		
	Q O/Taconz 6+ AD IV 12/12		CB: VPM + 6c. de csg-AD
	Q Difeno 50 + 5 AD IV 6/68		
	Q Tufen 50 + 5 AD IV 12/12		
	Q Tux 100 3 + 100 IV 12/12		
	Q 81,82 SNC		
	Q SSVU - 1169		

Dr. Edier Patrício A. Góis
MS CRM-PE: 10400
CRM-PB: 9907

DATA - 22-03-19

MORT - 10:00

PA - 160 x 80

Paciente comentei
orientado medido
o mesmo segun
os exames da
especialista

Justificativa
COREME 038.100-15

21:00

PA = 110x80

Diana Oliveira
Silva
COREME
038.100-15



23/03/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.8
Data: 23/03/2019
Horas: 10:1
Médico (a)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1854741 Paciente: JOSE BENTO DA SILVA Idade: 045 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 25/12/1973 Admissão: 17/03/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO

DIA 23/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição
1	DIETA HIPOSSÓDICA
2	JELCO SALINIZADO
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSAR 8h/8h
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO
8	FISIOTERAPIA MOTORA
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO

DATA: 23/03/2019 HORA: 10:17:22

PACIENTE SEGUE EM 1º DPO, SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

ana maria da s. anselmo
MÉDICA
CRM PB 7525

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-03-23&contar=1854741&IDC=4360

23.03.19. g:hs PA 330x80. ST 98. P. 77. T 35°C R. 16

paciente encontra-se estabilizado, consciente, orientado, realizando
atividades e sinais vitais medicado conforme prescrição
médica e seguindo as orientações da enfermagem.

Josilene dias Cr.
COREN-PB 700705-T

23/03/2019

23:00

PA 120/80 QG.





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.3
Data: 24/03/2019
Horas: 01:22:25
Médico (a)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1854741 Paciente: JOSE BENTO DA SILVA Idade: 045 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 25/12/1973 Admissão: 17/03/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELA

DIA 24/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição
1	DIETA HIPOSSÓDICA
2	JELCO SALINIZADO
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSAR 8h/8h
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO
8	FISIOTERAPIA MOTORA
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais

EVOLUÇÃO

DATA: 24/03/2019 HORA: 01:22:25

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM 2º DPO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD:

- ALTA HOSPITALAR.
- PRESCREVO ANTI-INFLAMATÓRIO + ANALGESICO + ANTIBIÓTICO
- ORIENTO RETORNO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.

ASSINATURA + CARIMBO:
Ana Maria Da Silva Anselmo
MÉDICA
CRM PB 7825





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOSE BENTO DA SILVA
Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000456083 RG: NÃO INFORMADO
Data: 17-03-2019 14:29 Origem: CLÍNICA ORTOPEDICA IS
Idade: 45 anos Destino: GERAL

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/03/2019 14:28]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.97 milhões/mm ³	4,2 a 6,2 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,8 g/dL	13,5 a 15,0 g/dL
Hematócrito.....	48,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	97 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	32 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.700 /mm ³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	194
Segmentados.....	80,0	7.760 40 a 70 % = 1.800 a 6.500 /mm ³
Eosinófilos.....	0	0 0 a 6,0 % = até 500 /mm ³
Basófilos.....	0	0 0 a 2,0 % = até 100 /mm ³
Linfócitos.....	16,0	1.552 20 a 45 % = 1.000 a 1.500 /mm ³
Típicos.....	0	0
Atípicos ou Restivos.....	2,0	194 1,0 a 10 % = até 1.000 /mm ³
Monócitos.....	2,0	194 140.000 a 400.000/mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	187.000/mm ³	

OBSERVAÇÕES.....

Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

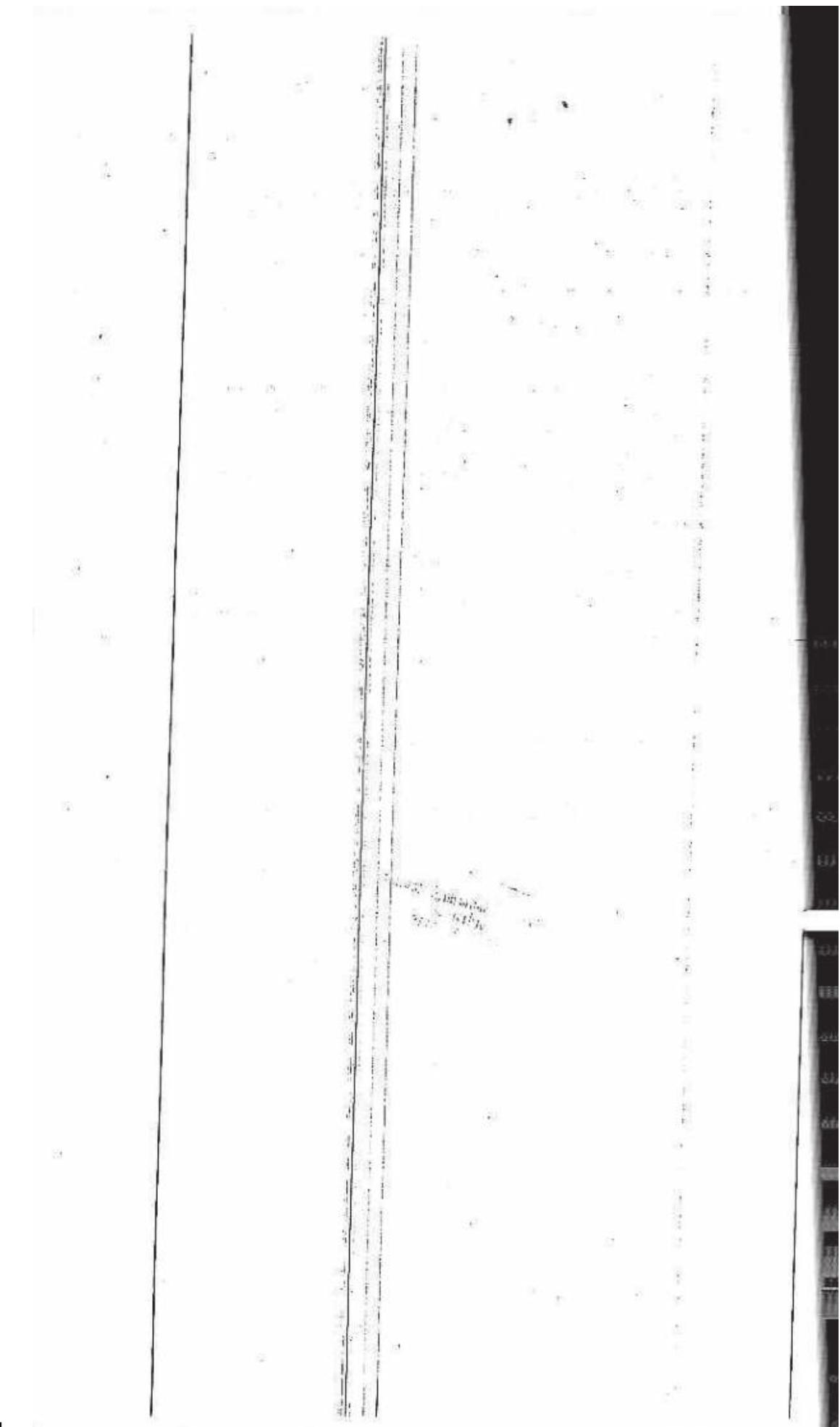
Gélder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 9F8F-CBBF-63E2-37EF-50F4-DBB6-01CC+10A5



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 47



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	JOSE BENTO DA SILVA	Protocolo:	0000456083	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOSE RENNÁ GOMES	Data:	17-03-2019 14:29	Origen:	CLÍNICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	45 anos	Destinat:	GERAL

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

[DATA DA COLETA: 17/03/2019 14:29]
Material: Sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULAÇÃO 8'30''

[DATA DA COLETA: 17/03/2019 14:29]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Gélder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Enviado a: 17/03/2019 14:12 - Enq/002 Gde 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8E1C-6C75-DA2A-0E2B-F8AC-2009-9B9A-2D4E

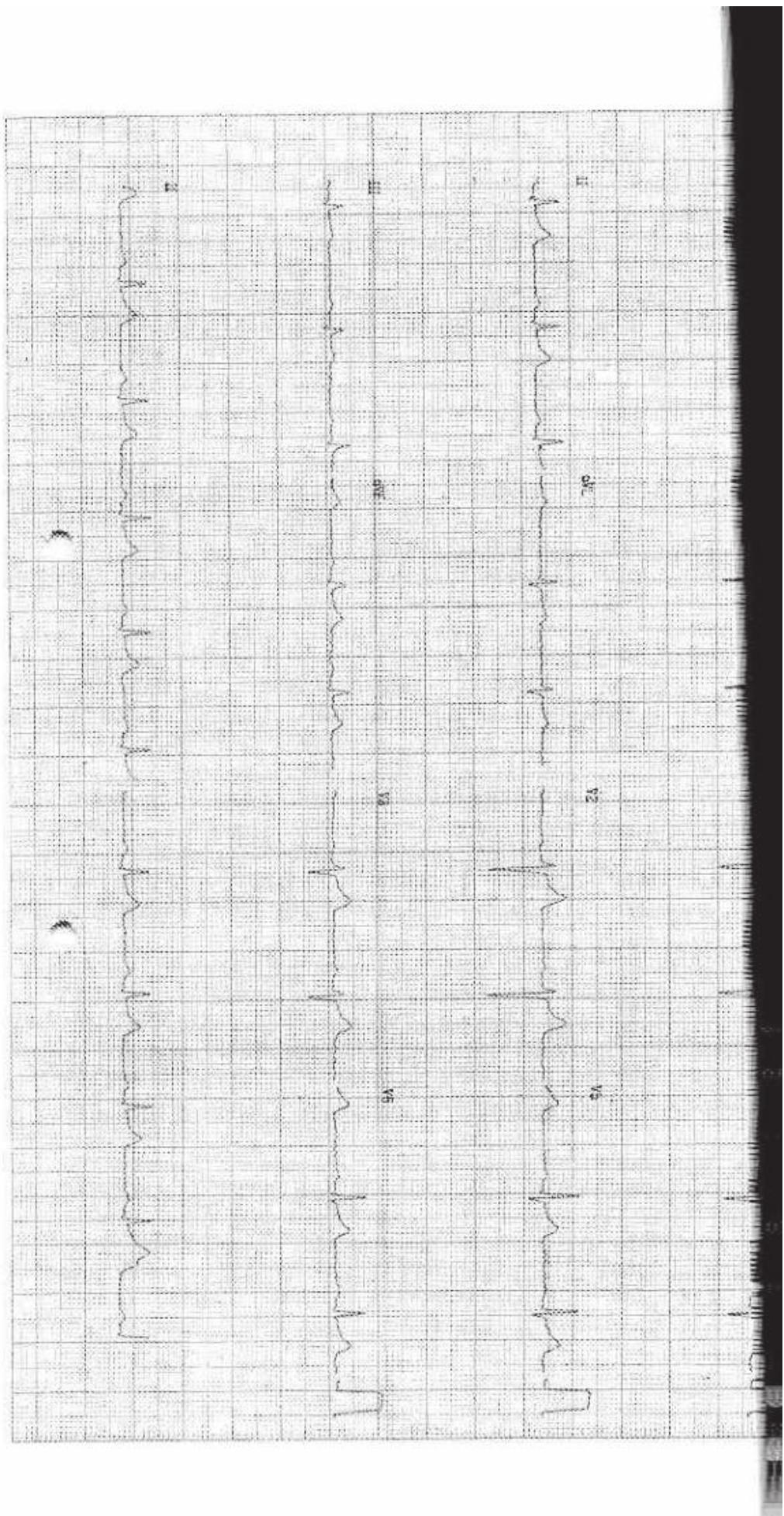


PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 48



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 49



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 50

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

SE Bento da Silva IDADE: 45 anos SEXO: M
PROCEDÊNCIA: PROFESSÃO: DATA: 19/03/19

HISTÓRIA CARDIOVASCULAR:

- | | | |
|---------|--------------------------------------|--|
| a | <input type="checkbox"/> Sintomática | <input type="checkbox"/> Oligossintomática |
| Esforço | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Síncope |
| | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopnêia |
| | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectorção |
| | <input type="checkbox"/> Tipica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| Esfoco | <input type="checkbox"/> Emoções | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |
| | <input type="checkbox"/> Frio | |

EM CURSO:

- | | | | |
|--------------------|--|--|----------------------------------|
| arterial Sistêmica | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| Itus | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | |
| | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crônica |

HABITOS PESSOAIS:

- Cigaretos: nenhuma Tabagismo
 Sedentarismo
 Outros

Uso () Não Sim Reprodutiva 40kg

Comentários: Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso
- Comentários: ROR em ET prof 45

Pressão Arterial: 150/90 mmHg
Comentários: MW(+) TRA

Comentários: BVCN

Comentários: 8-10m

Comentários: mais suave de N

RISCO CIRÚRGICO:

- ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitá-lo)

Dr. Gisberto Viana Mazzeng
CARDIOLOGISTA
CRM 0369

Ass. do Médico

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Prontuário			Ata ORTOPÉDIA			Leito	3	Enfermaria 4			
	Data	Hora		Data	Hora							
20.03.19 Matr. 6	20.03.19	Matr. 6	Avaliação: Querigutato Omnid. Gastrode. Sennozito Dorsal e Sacral em 2º e 6º: nódulos. Quarto: Quado de escala. Exame físico: Pecten nádalo. Ativo, sifonato soleno de Pál. duros, não dentro bem, somas râmes ativo. Audição: funcional; amplitud de de falar e quando de H2D Piorada! H2F. Amplitude de movimento normal. Vena sanguínea remaneceu artérias râmes. Conduita: H2D provado de quado e pulpa associado (3º), malhação posterior, mobilização de dedos. H2P. Sopro râmes de námes isquias, sifonato remaneceu. Puxa o abd. Baixa e Sifonato ativo. Acometeu da ungueles. Síntoma cedo	21/03	Tarde	Moruloso. Contra. Reduzido. Flexo extenso de Quodil Ativo (2x). Extensão de Quodil Ativo (2x). Flexo do dedo flexo de Tornozelo com auxílio de Tídeo (2x). Adeus e dedos de Quodil (2x). Reduzido. Tendo de Conligado em H2C	21/03	Tarde	Moruloso. Contra. Reduzido. Flexo extenso de Quodil Ativo (2x). Extensão de Quodil Ativo (2x). Flexo do dedo flexo de Tornozelo com auxílio de Tídeo (2x). Adeus e dedos de Quodil (2x). Reduzido. Tendo de Conligado em H2C	21/03	Tarde	Moruloso. Contra. Reduzido. Flexo extenso de Quodil Ativo (2x). Extensão de Quodil Ativo (2x). Flexo do dedo flexo de Tornozelo com auxílio de Tídeo (2x). Adeus e dedos de Quodil (2x). Reduzido. Tendo de Conligado em H2C



Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575>
Número do documento: 20112310144083800000035272575

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)		IDADE: 45 A	PRONTUÁRIO: 854714
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Carlo Bento da Silva		Nomes de Segurança do Paciente: TRAUMA - CG	
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►		ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
ENTRADA		SAIDA	
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SITIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO A SER REALIZADO • CONSENTIMENTO		<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIAO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO 	
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA		<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECIFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO		<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUaisquer PREOCUPAÇÕES?	
<input checked="" type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: <ul style="list-style-type: none"> • ALÉRGIA CONHECIDA? 		<input checked="" type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	
<input checked="" type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? <ul style="list-style-type: none"> • NÃO • SIM 		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 MILIGRAMAS EM CRIANÇAS)? <ul style="list-style-type: none"> • NÃO • SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO 		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
		 Assinatura	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Bento da Silva Registro: Leito: 4.3 Setor Atual: Ortop. I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36°C; P: 65 bpm; FR: 18pm; PA: 100 mmHg; FC: 70 bpm; SF O2: 97%
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENIAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorado: () Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chelo.



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

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

Drogas vascoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marca

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () N

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () V

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

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

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

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Her

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hemato

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótic

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: *Per. QP*

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito:

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descriç

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dep

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

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

SONO E REPOUSO

() Preservado () insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido.

5 - NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportam

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

5 - NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Relacione um fator social, cultural, ambiental, biopsicofisiológico, familiar, circunstâncias, medicamentos ou que este enquadre da rotina
Acadêmico em conferências, 2009

Rathenau N. 2009
ENFERMEIRA
OREN-PR/466559

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Rathenau N. 2009*
ENFERMEIRA
OREN-PR/466559

DATA: 20/09/2009

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José Bento da Silva* | Registro: | Leito: 4-3 | Setor Atual: *Ortop. I*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36°C ; P: 65 bpm; FR: 18 rpm; PA: 150/100 mmHg; FC: 42 bpm; SPO2: 97%
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotoreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENIAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % /min Traqueostomia Ayre/Tubo T
() VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Pele: Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria ()
 Tempo de enchimento capilar: ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Tu-
 Drogas vasoativas: () Quais?
 Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marca-
 Cateter vascular: Periférico () Central () Dissecção. Localização:
 Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo somático: Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
 Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
 Alimentação: VO () SNG () SNE () Gástronomia () Jejunostomia ()
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () V-
 Abdômen: Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros
 RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: Normal () Liquida () Constipado há dias
 Eliminação urinária: Espontânea () Retenção () Incontinência () Ho-
 Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hemato-
 Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianót-
 Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede:
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: *PF - xp*

Drano: () Tipo/Aspecto: Débito:

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descri-

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente (input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dep-
 Higiene corporal: Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória

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

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (input checked="" type="checkbox"/> Sono interrompido

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comporta-
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Ob-

INTERCORRÊNCIAS

11/03/2019, paciente internado há 4 dia-
 lico de fármaca de tempo curto. Foi diagnosticado
 com infarto agudo de miocárdio conforme SAE. Paciente apresenta-
 algumas comidas da sua dieta e que
 atendimento psicologico. Aguarda a
 cuidados da enfermagem. Ac. Enf.

Círculo e Assinatura do Enfermeiro:

Edilma da Costa Alves Pava
 ENFERMEIRA
 COREN-PB: 458559

DATA:

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Jane Bento da Silva* | Registro: | Leito: 04/03 | Setor Atual: *Int. Tp. 1*

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Pele: (<input type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) A	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turg	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais?	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcap	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização:	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) N	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vô	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há dias (<input type="checkbox"/>)	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hem	
Aspecto:	(<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hemat	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótic	
Condições das mucosas: (<input type="checkbox"/>) Umidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto:	
Drano: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto:	Débito:
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio:	Local:
Descrição:	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dep	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) S	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro: <i>deamb</i>	
SONO E REPOUSO	
(<input type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido.	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportam	
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro:	
 DATA: <i>20/01/2021</i>	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Renato da Silva Registro: Leito: 6-3 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOFÍSIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Fisiiforme () Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida	Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>MS</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo sómático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrotronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; I-	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Ou	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Tur	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito:	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição:	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> .	
Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	

Carimbo é Assinatura do Enfermeiro:

Eze Jolma
Caren 236624

DATA: 19/10/15

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (RS)



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Bento da Silva | Registro: | Leito: 623 | Setor Atual: QD. 11

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: T: 38,4 °C; P: 92 bpm; FR: 16 rpm; PA: 140/90 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%
HGT: mg/dl; Peso: kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

RESPIRAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva Expectorado: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



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

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso:

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT:

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

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

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

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

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria:

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica

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

Inclusão cirúrgica: () Local/Aspecto:

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito:

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamento:

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

*Acidente predominante para
consequente segue aos cuidados
com...*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

*Oliver
colan 55264*

DATA: 19

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





SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: JOSE. F. T. IDADE 11
() PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: LEITO: DATA 1/1

DIAGNÓSTICO:

Fratura de coluna

MATERIAL ESPECIAL:

Fixador externo

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fratura de coluna com dor intensa

Dr. Wagner Felício
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3672

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO



Dr. André Luiz Barbosa Bezerra de Lima
Clínica Médica | Dermatologia Cirúrgica
CRM 6567/PB

Laudo Médico

paciente portador de CID 10 S82.493
Silva é portador de CID 10 S82.493
dando accounte de queda de
cabelo e apresenta sequelas com
componentes de 65% da região
afetada levando ao acometi-
mento (estético-motor) e rebaixamento
da região.

Diagnóstico Segundo exame
de biologia
segue em anexo
Diagnóstico Segundo exame e
exame físico

CID 582.493

23/10/2020
Dr. André Luiz Barbosa Bezerra de Lima
Médico / Clínica Geral
CRM-PB 6567
CPF 857 773 104-15

Rua. Carolino Cardoso nº 634 Praia do Poço - Cabedelo

✉ drandrelima2006@yahoo.com.br

📞 83 98771.5270 ☎ 83 98877.8954



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AGÊNCIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: JOSE BENTO DA SILVA

DOC. CONCEDIDO / ORG. INSCRIÇÃO: 1656526 SEP PB
CPF: 979.777.054-00 DATA NASCIMENTO: 25/12/1972
TÍTULO: FRANCISCO BENTO FILHO
AVONETE DA SILVA BENTO
PROVAÇÃO: CAD. N. 1152721692
VALOR: 1270,00
1ª HABILITAÇÃO: 02/06/1998

DISPENSAS:
A: EXERCE ATIV. REMunerada:
Até quando exerça

IMPRESSO EM PORTUGAL
1152721692
LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA: 18/09/2015
Assinado por: *Assento de Cidadão*
95990869034
PB031332250



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190484662**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BENTO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R STA TEREZINHA, 51 - Campina Grande - PB - CEP 58431-063

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **1656528**

Data e local do acidente: [**17/03/2019**] **Br 230 - Lagoa de Dentro**

Data e local do exame: [**11/11/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do 2º e 5º metatarsianos direitos. Fratura do maléolo lateral direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresenta-se deambulando com edema residual localizado em dorso do pé direito. Deformidade com cicatrizes na face lateral do tornozelo direito e em dorso do pé direito. Limitação da flexão dorsal do pé direito. Redução dos movimentos de flexão e extensão do 2º e 5º pododáctilos direitos com redução da força.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placa e parafusos corticais na fibula e fio intramedular nos metatarsos. Evoluiu sem complicações com alta hospitalar.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 2º pododáctilo direito, Limitação funcional do 5º pododáctilo direito, Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

2º pododáctilo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

5º pododáctilo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

*Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental referente a uma limitação funcional do
tornozelo direito em grau moderado. Perícia médica atual estimou uma sequela correspondente a uma limitação
funcional em grau residual do tornozelo direito, uma limitação funcional em grau leve dos 2º e 5º pododáctilos direitos.
Deverá ser efetuado um complemento, adequando a indenização.*



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 2º e 5º metatarsianos direitos. Fratura do maléolo lateral direito.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta-se deambulando com edema residual localizado em dorso do pé direito. Deformidade com cicatrizes na face lateral do tornozelo direito e em dorso do pé direito. Limitação da flexão dorsal do pé direito. Redução dos movimentos de flexão e extensão do 2º e 5º pododáctilos direitos com redução da força.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placa e parafusos corticais na fíbula e fio intramedular nos metatarsos. Evoluiu sem complicações com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito, Limitação funcional do 5º pododáctilo direito, Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado. Perícia médica atual estimou uma sequela correspondente a uma limitação funcional em grau residual do tornozelo direito, uma limitação funcional em grau leve dos 2º e 5º pododáctilos direitos. Deverá ser efetuado um complemento, adequando a indenização.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 2º e 5º metatarsianos direitos. Fratura do maléolo lateral direito.

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta-se deambulando com edema residual localizado em dorso do pé direito. Deformidade com cicatrizes na face lateral do tornozelo direito e em dorso do pé direito. Limitação da flexão dorsal do pé direito. Redução dos movimentos de flexão e extensão do 2º e 5º pododáctilos direitos com redução da força.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de placa e parafusos corticais na fíbula e fio intramedular nos metatarsos. Evoluiu sem complicações com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 2º pododáctilo direito, Limitação funcional do 5º pododáctilo direito, Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em grau moderado. Perícia médica atual estimou uma sequela correspondente a uma limitação funcional em grau residual do tornozelo direito, uma limitação funcional em grau leve dos 2º e 5º pododáctilos direitos. Deverá ser efetuado um complemento, adequando a indenização.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO (MALÉOLO)DIREITO. (PAG.04.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA. (PAG.15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190484662 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BENTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO. (PAG.04.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA. (PAG.15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000106349-8

Nr. da Autenticação 96D27BD5A026D580



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144213700000035272576>
Número do documento: 20112310144213700000035272576

Num. 36957297 - Pág. 1

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000106349-8

Nr. da Autenticação A21FC1DC8ED2B1DC



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144255000000035272580>
Número do documento: 20112310144255000000035272580

Num. 36957751 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08073017020208150001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE BENTO DA SILVA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 19 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144367500000035272582>
Número do documento: 20112310144367500000035272582

Num. 36957753 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144367500000035272582>
Número do documento: 20112310144367500000035272582

Num. 36957753 - Pág. 2