



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)
BRDESCO 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	Petição	Petição
36957 296	23/11/2020 10:14	2730975_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_04	Outros Documentos
36957 297	23/11/2020 10:14	2730975_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
36957 751	23/11/2020 10:14	2730975_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36957 753	23/11/2020 10:14	2730975_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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,

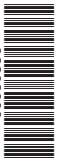
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14722378

Pag. 00777/00778 - carta_01 - INVALIDEZ

00030389





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 1472590



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

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

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

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

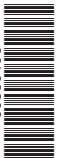
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00817/00818 - carta_15R - INVALIDEZ

00360409





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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPE da vítima: 999.777.054-00 Nome completo da vítima: Torx Bento da Silva

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

Nome completo: Torx Bento da Silva CPE: 999.777.054-00

Profissão: Relaxado Endereço: Rua Santa Teresinha Número: 54 Complemento: _____

Bairro: Santa Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 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).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 406349 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, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Tão Pena, 13/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

Torx Bento da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

COMPREV REVIDÊNCIA

16 AGO. 2019

Assinatura

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

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





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 Nº 08942.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: 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:

Local: Rodovia Br 230 Saída 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:

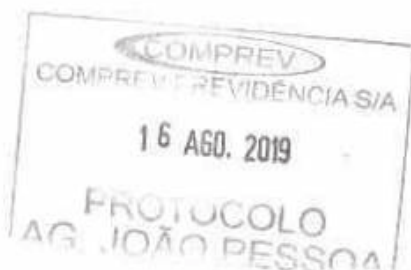
QUE NO DIA 17/03/2019, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA MONTADO EM SEU CAVALO, QUANDO NA ALTURA DO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO PÉ E TORNOZELO 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPE da vítima: 999.777.054-00 Nome completo da vítima: 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 CPE: 999.777.054-00

Profissão: Relaxado Endereço: Rua Santa Teresinha Número: 54 Complemento: _____

Bairro: Santa Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 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).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 406349 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Tão Pena, 13/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

Toré Bento da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

COMPREV REVIDÊNCIAS

16 AGO. 2019

Assinatura

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

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

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





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:	CPE da vítima:	Nome completo da vítima:
	919.777.054-00	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:		CPF:
Toré Bento da Silva		919.777.054-00
Profissão:	Endereço:	Número:
Ricardo	Rua Santa Teresinha	51
Bairro:	Cidade:	Estado:
Sumaré	Lampina Grande	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58437-800	(33) 98805-6654

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

RENDAS MENSAL:

<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 OPÇÃO 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)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737	CONTA: 106349
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

Imprimado digital da vítima ou beneficiário não atestado	Local e Data: São Paulo, 13/08/2019
	Nome:
	CPF:
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome:
CPF:
Assinatura
2ª Nome:
CPF:
Assinatura

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



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 Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 20 de maio de 2019.




Deocleio 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



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

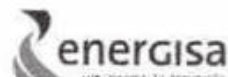


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Releia para sempre, pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica. Nº 004.194.403



ENERGISA BORDOMENA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Azeite, 4788 - BR 230 - KM 150 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58422-708
CNPJ 06.629.596/0001-95 Insc. Est. 15.603.839-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO
RUA SANTA TEREZINHA 51
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/30474-1

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

17/07/2019

CONSUMO

76

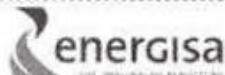
VENCIMENTO

24/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 65,19

Acesse: www.energisa.com.br



06/17/2019 16:20:17

MARIA VIEIRA DO NASCIMENTO

Roteiro: 10-401-552-4030

83610000000-8 85190147000-5 00304742019-9 07400401019-0

VENCIMENTO

24/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 65,19

MATRÍCULA

30474-2019-07-4



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



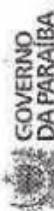
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 10:14:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112310144083800000035272575

Número do documento: 20112310144083800000035272575

Num. 36957296 - Pág. 14

17/03/2019



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1854714 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinais, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/03/2019

Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sabrina Cavalcante Pereira Araújo

PACIENTE: JOSE BENTO DA SILVA CEP: 58720000 Nascimento: 25/12/1973

Endereço: SANTA TEREZINHA

Sexo: M Telefone:

Cidade: Santa Terezinha

Idade: 045

Bairro: SANTA TEREZINHA

Nome da Mãe:

RG:

Nº: 0

Responsável:

Profissão:

Estado Civil:

CNPJ:

CNS: 9771

Motivo: QUEDA DE CAVALO

Data de Atendimento: 17/03/2019

Convênio: SUS

Médico: #

Hora: 10:31:40

Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abreção	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematomas
4. Contusão	22. Injúria de Vento
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinosa
7. Edema	25. Luxação
8. Enclausuramento	26. Mordedura
9. Enfiamento subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Enfiamento	28. Objeto Enfiado
11. Equimose	29. Otorragia
12. F. Arma Branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Paralisia
14. F. Coritudo	32. Pericardite
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corto-contuso	34. Rinite
17. F. Perfuro-contuso	35. Síndrome de Isquemia
18. F. Perfuro-cortante	36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada %

Gravidade: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

DIGNOSTICO / CID: queimadura de 1º e 2º grau

http://10.1.148/projetohospitalurgencia.php?contar=1854714

HTCC-Processo Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICA

Paciente em atendimento
queda de cavalo volu
com dor no pé

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

COMPROVAÇÃO DE ATENDIMENTO

16 AGO. 2019

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às / Dia / /

Especialista: / às / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

INTERVENÇÃO HOSPITALAR

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

REALIZADO EM 17/03/19

DESTINO DO PACIENTE		SERVIÇOS REALIZADOS:		CBO	IDADE
() Centro cirúrgico		CÓDIGO/PROCEDIMENTO			
() Internação (setor)					
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL					
() Alta hospitalar / () Já revelia () Decisão Médica / () Óbito					
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)					



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

SAMU

Nome:	Jose Bento da Silva		
End:	STs Terezinha		
Data de Nascimento:	25-12-73	Documento de Identificação:	Bairro: STs Terezinha
Queixa:	Dor de		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Data do Atendimento: 17.03.19 Hora: 10.25 Documento:

Classificação de Risco

Carvalho

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácil de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

MOD. 110

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



100,00



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ext 3

ala

Fratura Placado lateral D
Nasala 2 e 5 mediantes CD

185424

acidente por queda de altura Alojamento 9 Leito 1 Convênio

Data Prescrição Médica

Horário

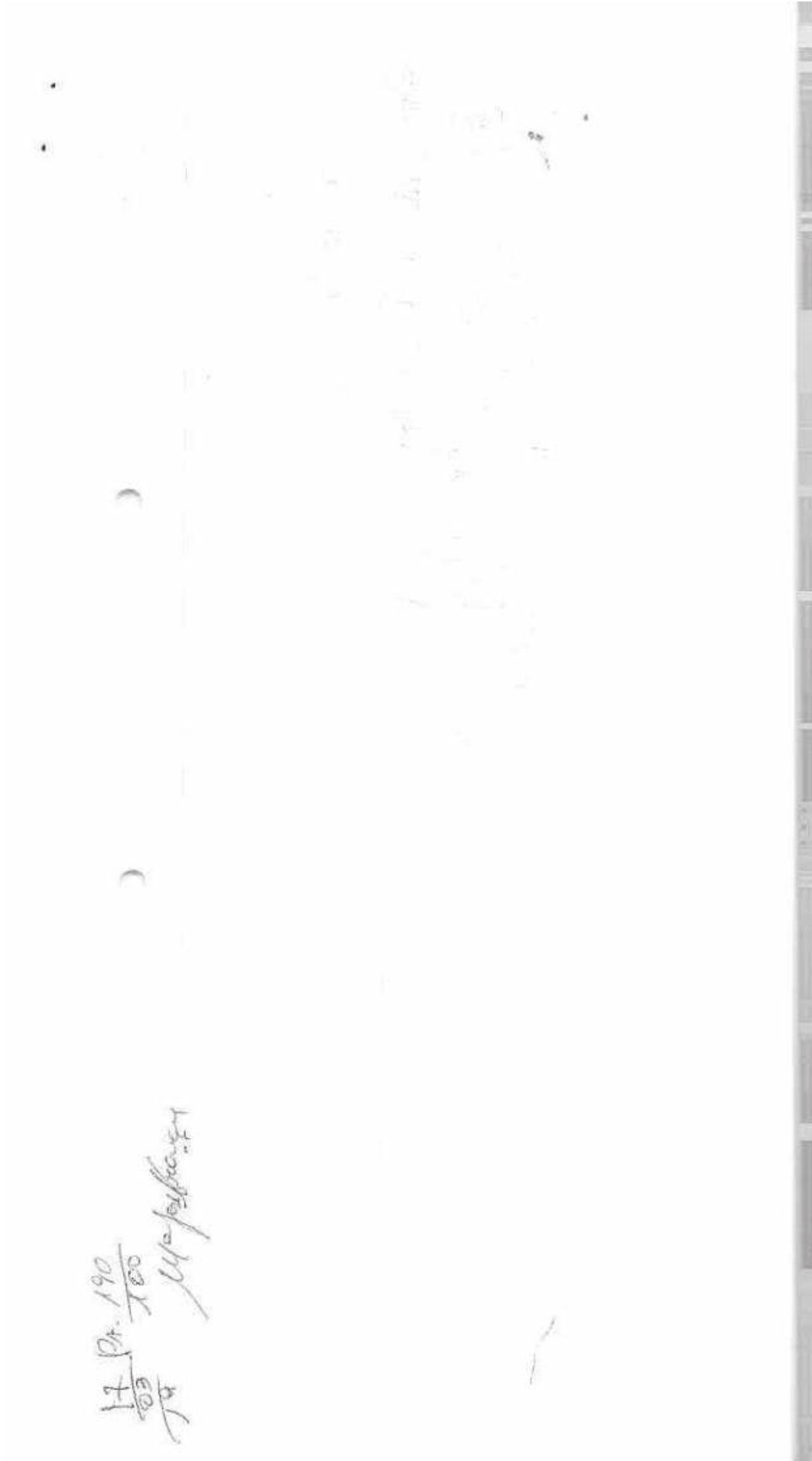
Evolução Médica

1) Meds. Anal. e anal. de urina
2) Soro. A. e anal. de urina
3) Bifosfona oral 1200 EV 6 horas
4) Folic. 10 mg EV 1200 EV 1200
5) Omeprazol 40mg EV 1200 EV 1200
6) Metoprolol 50mg EV 1200 EV 1200
7) Ceftriaxona 1g EV 1200 EV 1200

paciente vítima de
queda, no pe e tornozelo
direito com dor e
inchaço de membros e
caralho com neura no
pe.

realizada pré-op





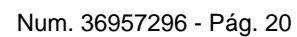
17 Pr. 190
03 100
M. J. B. A. S. T.

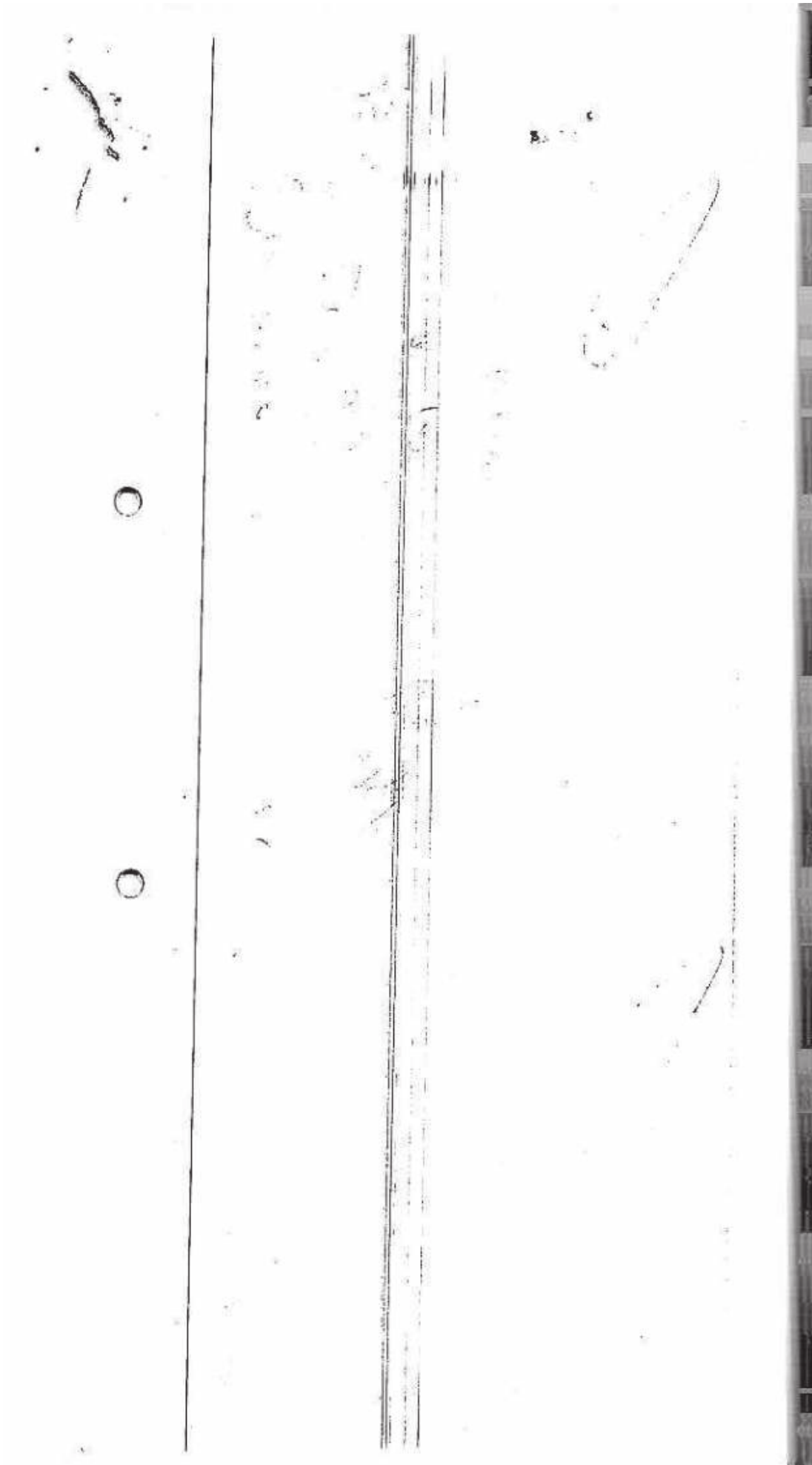


DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Johanna	EX		
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/07	1. Dieta 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/08h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg jejum (m) 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia (GL-77) 9. SSW + CCGG	 DR. WAGNER PALÁCIO CRM 10.538/SP RUA JACQUES GUILLERME, 56-3	P.L.H. - 11/07/2011 CD. Aguardo grta





4-3

[illegible]

19 PA: 150 T. 35,1
03/90
19

Maria José da Silva Pinheiro
COREN-PB 177.451-TE

honório

22

13/03/13 às 20:00

P.A.: Paciente admitido
neste setor para
tratamento específico.
m.c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

8



20/03/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/03/2019

Horas: 07:46:22

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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	Apresentação
1	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
2	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12h - 24h
3	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
4	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
6	DIETA HIPOSSÓDICA	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	JELCO 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. 100 x 80

Paciente consciente
orientado medicado

alívio tratado aguarda de enfer-
meira e segue aos
cuidados de enfermagem.

DATA - 20

HORA - 20

P.A. 120

Paciente me-
contínuo a

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PE 458.700-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

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Clínica: 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 12:00 após 00:00	exente
2	SELCO SALINIZADO	12:00, 24:00
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12:00, 24:00
4	FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12:00, 24:00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12:00, 24:00
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8h/8h	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	exente

EVOLUÇÃO

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

BEG. ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
Médico - Ortopedia e Traumatologia
C.R.A.-P.B. 9507



14/11/20

21103113

20:00h

P.A.: 120x80

Paralela segue com
evidências da antea-
magem m.c. p.m.

Ana Maria Carneiro Falcão
PPH-PP 177.651-TE
FA





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <u>JOSE BENTO DA SILVA</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>22/03/19</u>	Enf. Data <u>04</u>	Leito <u>03</u>	
Operador <u>DR. ANILAS TORRES</u>		1º Auxiliar <u>DEULON</u>	
2º Auxiliar <u>DR. ANA NORA</u>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>FRACTURA TORAXICA DIREITA + 22x05 MTI DIREITA</u>			
Tipo de Operação <u>ORTHOPLASTICO</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>OK</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <u>SIM</u>			
Acidente Durante a Operação <u>NÃO</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

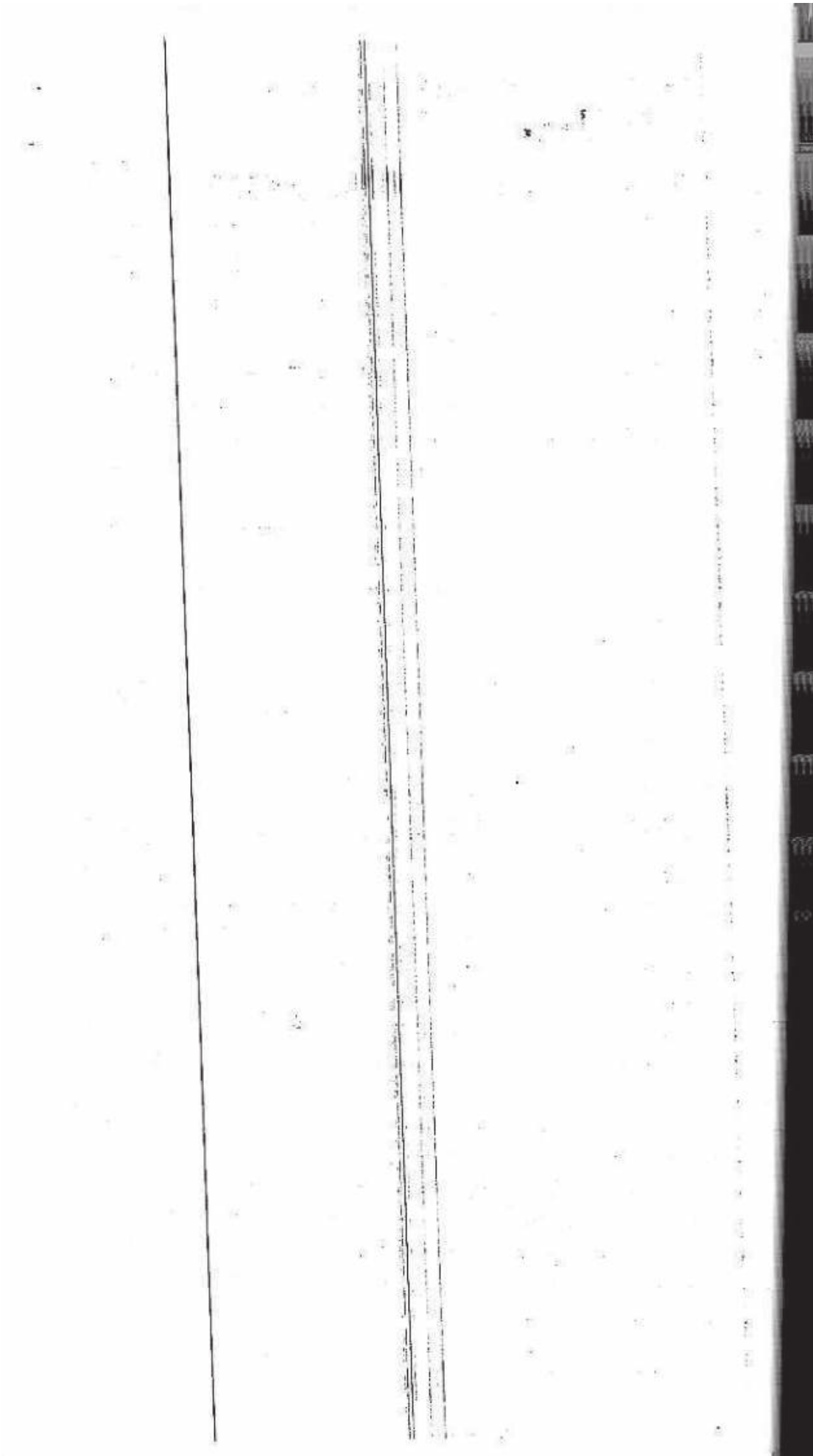
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
01 - Ponto de Acesso
02 - Incisão
03 - Incisão em Foco Local de Trauma Direita e Direta de Pó
04 - Redução Cirúrgica do Foco de Fratura
05 - Osteossíntese com Placa 1/3 Tubular de 08 Furos + Parafusos corticais + 01 Fio U nº 0,5 siba novo de 18cm
06 - Lavagem + Sutura + Curativo

Dr. Wagner de Aguiar
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 81.1

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





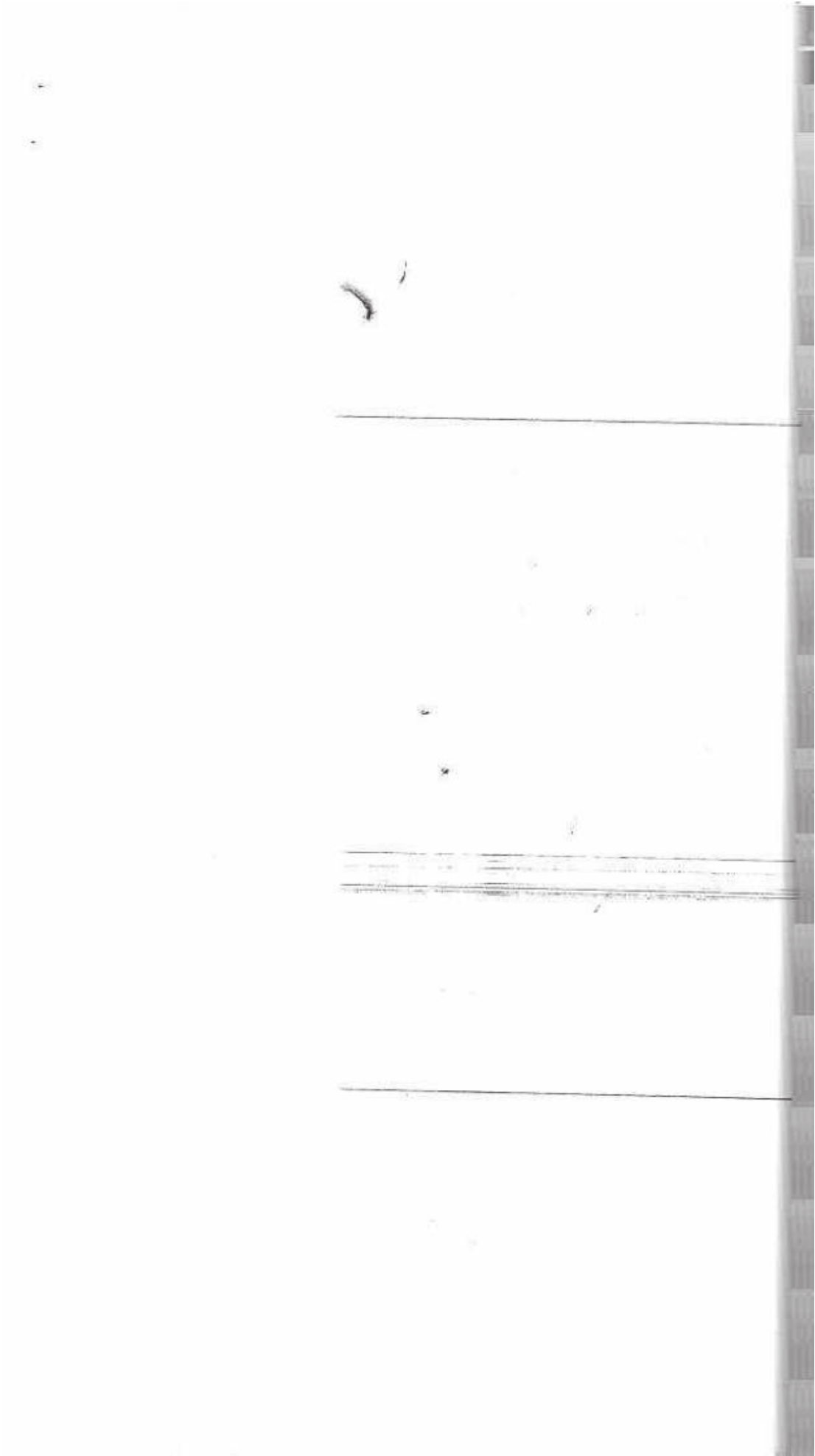


GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE
o trabalho SEGURANÇA ANESTÉSICA

CHECKLIST DE

CARRO DE ANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TESTADO		
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	<input type="checkbox"/> SIM QUAL?	
EQUIPAMENTO/MEDICAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
ANESTESISTA RESPONSÁVEL	Renees Pereira Costa	





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: JAY BLOND DO SILVA			IDADE: 45 ANOS	SEXO: MASC
DATA: 22.3.2019	PROESSÃO ANESTESIA: 120 VDD	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜEIRO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCOSE	UREIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATORIO: Clear lung					ASMA: ()	BRONQUITE: ()
AP. CIRCULATORIO: ()					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO: ()			DENTES: ()	PESCOÇO: ()	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL: ()			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do tornozelo () e Fratura do joelho					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES: anestesia ()						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
Medicação: 10mg clonazepam + 10mg de morfina + 10mg de fentanil						
ASIS	ANESTESIA					
LIQUIDOS	SG - 100 ml de soro RIL - 100 ml 14:00 15:00 16:00					
CÓDIGOS	VP - ARTERIAL: O - PULSO: D - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSICÃO						
AGENTES	Narcose: 0,5% Xanax + 0,5% Dexametazona					
TÉCNICA	Báscula (aproximadamente 100 kg) e 12 kg de peso ()					
OPERAÇÃO	Redução da fratura do tornozelo e redução da fratura do joelho com 25 pontos					
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS	Dr. João Paulo Silva, médico: CRM 276 CRM 276 276 276					
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA	

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. 32






Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Hosé Bento da Silva		Idade:	45	
Convênio:			Data:	22/03/13	
Procedimento:	T ^{re} bilingüe Fratura Tornozelo Direto				
Cirurgião:	D ^o Amaro	Auxiliar:	D ^o Guller D ^o Ana (Rt)	Anestesista:	D ^o Ricardo
Início:	14:00	Término:	15:40	Anestesia:	Torção

[illegible][illegible]

Observações:


Humberto de Almeida L. Filho
ANES - RESPIROLOGISTA
CRM-PA 4965 - RQE 4563

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora em
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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2	
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2	
TOTAL DE PONTOS:	


Humberto de Almeida L. Filho
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PE 7966 - RQE 4583

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Jose Bento da Silva (25-12-73)		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE
		Sus	45a
CIRURGIA: Proctologia de Dr. Amaro + Dr. Euler + R. Ama		REGISTRO: P1854714	
ANESTESIA: Raqui		ANESTESIA: Dr. Ricardo	
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
Flavio	22-03-19	14:00	15:40
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxi.	Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix
01	Dimor amp.	Compressa Pequena	Catgut Simples
	Dolantina amp.	Colonoide	Catgut Simples Sertix
	Efrane ml	Dreno	Catgut Simples Sertix
	Fenagim amp.	Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml	Dreno Panrose nº	Cera p/ osso
	Inova ml	Dreno Pezzer nº	Ethibond
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas	Ethibond
01	Mercaina 0,5 % ml p/unda	Equipo de Macrogotas	Ethibond
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.	Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	Espiradrapo Largo cm	Fio de Algodão Sutapak
	Proloxo 1m	Furacim ml	Fio de Algodão Sutapak
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardiaca
	Rapifen amp.	H.O. ml	Mononylon
	Thionembulal ml	Intracath Adulto	Mononylon
	Tracrium amp.	Intracath Infantil	Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix
	Dipirona amp.	Luvas 7.0	Vicryl Sertix
	Flaxicid amp.	Luvas 7.5	Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0	Vicryl Sertix
	Geramicina amp.	Luvas 8.5	
	Glicose amp.	Oxigenio 1m	
	Glucos de Calcio amp.	Polifix	
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml	
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico	
	Lasix amp.	Saco coletor	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	
	Proflamina	Seringa desc. 05 ml	
	Revivan amp.	Sonda	
	Stuplanon amp.	Sonda folley	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogastica	
		Sonda Uretral nº	
		Sterydrem ml	
		Torneirinha	
		Vaselina ml	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Gelcon 18	
	Agulha desc. 25 x 7	Latase	
	Agulha desc. 28 x 28		
	Agulha desc. 3 x 4,5		
01	Agulha p/ raque nº 27		
03	Alcool de Enfermagem		
	Alcool Iodado ml		
03	Ataduras de Crepon 15cm		
	Ataduras de Gessada		
	Azul metileno amp.		
	Benzina ml		
		SOROS	
		Qtd.	SG Normotermico fr 500 ml
			SG Gelado fr 500 ml
			SG Hipertermico fr 500 ml
			SG Ringr fr 500 ml
			SG fr 500 ml
		ORTESE E PROTESE	
		Qtd.	Bras. infantis
		01	Bras. 13 vltos 26 furas
		05	
		EQUIPAMENTOS	
		<input checked="" type="checkbox"/> Oximetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
		<input type="checkbox"/> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
		<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio
		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
		<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
CIRCULANTE RESPONSÁVEL			
Sueli			

MOD 046



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

(EF-21-28) ou 212 de 21ma
H/F 17819 214
04:21 00:11 21-20-2

10
20

20
20

20
20
20

20

20
20
20

10

X 21-20-21 20
21-20-21 20

X
X
X

21-20-21





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

11444

Hospital: Hospital de Lacerda Código: _____Procedimento: Cirurgia de Implante de Dente Cód. Procedimento: _____Paciente: Paulo Roberto da SilvaData da Cirurgia: 27/03/15 Nº prontuário: 9854713 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Paulo Jorge Código: _____ (☐) Reposição (☐) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa 1/37, 35 x 26,5 mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3,7) mm	Nº	14	20					
	Qtd.	08	02					
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

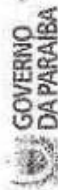
Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



GOVERNO
DA PARÁ

SEGUIR
O TRABALHO

ST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Beto 4-3 of 1 22/03		
NOME:	José Bento da Silva		
PROCEDIMENTO:	PE + TNE		
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	GELCO Nº:	AVC <input type="checkbox"/>	JEJU <input type="checkbox"/>
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"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> Ressonância	<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

hospitalregionalcg@hotmail.com



[Illegible text and markings]





Diagnostico

EX TUE 6
X 2:25
X 12:45
X 5:00

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	1001 Base da Sula	Alojamento	4	Leito	3	Convênio
----------	-------------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23.1.9	① Procto hiperidrotico após RPA ② SNU 1000 L IV 2x8 ③ Q/trombolise 1g + AD IV 121128 ④ Dif. 20g + AD IV 6'68 ⑤ Trombolise 20g + AD IV 121128 ⑥ Trombolise 100g + 100 SF IV 818g SINJ ⑦ SSUV - 116g	12-14 14-16 16-18 18-20 SN	Paciente assintomático CB: Vm + ka de coagulado B.
	Dr. Euler Fabrício A. GNE Médico Especialista - Traumatologia CRM-PB 9907		
	Dr. Euler Fabrício A. GNE Médico Especialista - Traumatologia CRM-PB 9907		



DATA- 22-03-19

HORA - 16:00

PA - 160 x 80

Paciente consciente
orientado, meduloso
o mesmo segue
aos cuidados da
equipe

Juciana dos Santos Silva
COREN-PR 108.700-TE

21:00

PA= 110 x 80

Diana Pereira Silva
COREN-PR 11.113-TE



23/03/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.8

Data: 23/03

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	JEICO SALINIZADO
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSAR 8h/8h
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 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. 9:hs PA 110x80. ST 98. P. 77. T. 35°C R. 16

Paciente evolui estável consciente orientado, realizado
curativos e sinais vitais medicado conforme prescrição
médica segue os cuidados da enfermagem.

Josilene das Cruz
COREN-PB 700.765-TC

23/03/2019

23:00

PA 110x80 Rg.





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.8
Data: 24/03
Horas: 01:22
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 TORNOZELO

DIA 24/03/2019

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

Item	Prescrição
1	DIETA HIPOSSÓDICA
2	SELCO SALINIZADO
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSAR 8h/8h
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 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

Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICA
CRM PB 7825





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOSE BENTO DA SILVA Protocolo: 0000456083 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES Data: 17-03-2019 14:29 Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES 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 16.0 g/dL
Hematócrito.....	48.0 %	40.0 a 52.0 %
V.C.M.....	97 fL	82.0 a 101.0 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

Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	194
Segmentados.....	80,0	7.760
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0

Linfócitos

Tipicos.....	16,0	1.552
Atípicos ou Restivos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	194
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	187.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

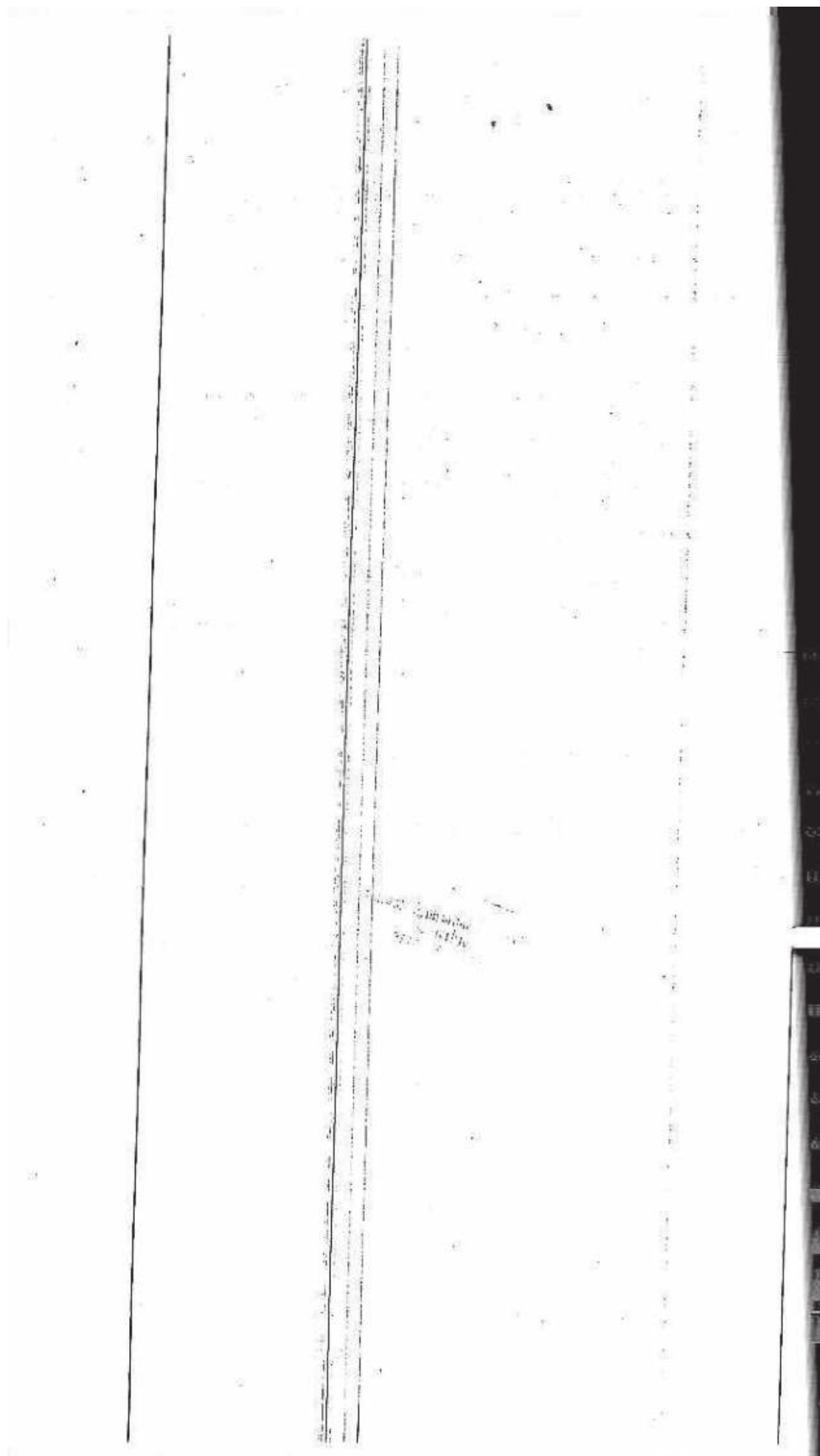
Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRM - 7454

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 9F8F-CBBF-63E2-B7EF-50F4-D8B6-01CC-10A5







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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	JOSE BENTO DA SILVA	Protocolo:	0000456083	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOSE RENNÁ GOMES	Data:	17-03-2019 14:29	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	45 anos	Destino:	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 COAGULACAO 8'30''

[DATA DA COLETA: 17/03/2019 14:29]

Material: Sangue

Método: Lee-White

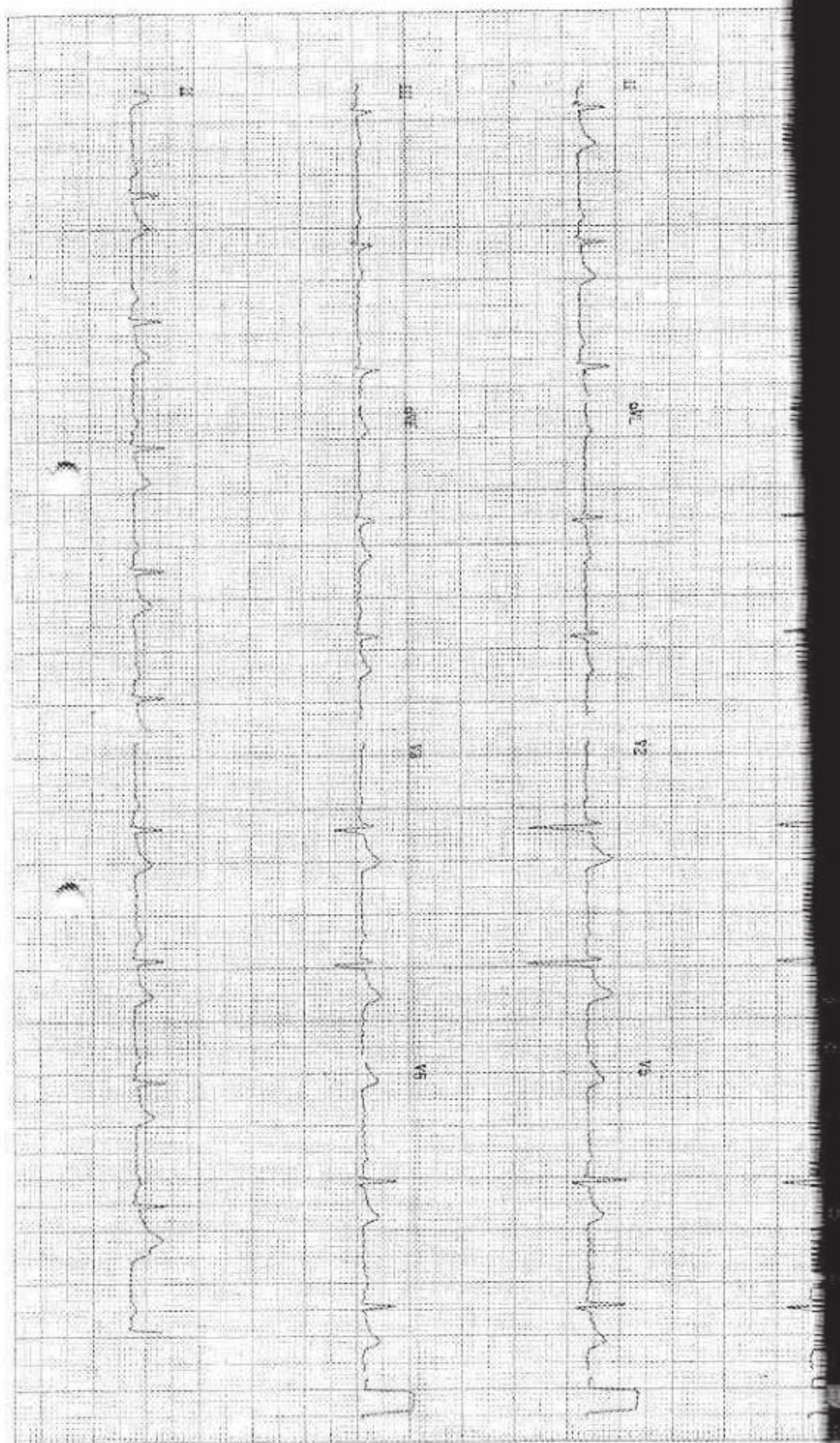
Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Enteado: 17/03/2019 14:13 - Página 2 de 2

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







AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

DE BEYRÔ DA SILVA IDADE: 45 anos SEXO: M
PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 19/03/19

LOGIA CARDIOVASCULAR:

Antecedentes:
() Sintomática () Oligossintomática
() Tontura () Síncope
() Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Tosse Seca () Expectoração
() Típica () Atípica
Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

EM CURSO:

Arterial Sistêmica ☒ () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Insuf. Renal () Aguda () Crônica

ES PESSOAIS:

Tabagismo: Denegar (x) Tabagismo
() Sedentarismo
() Outros

Uso () Não (x) Sim Reprodut. 40ug

Estado Geral: () Bom (x) Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

- Comentários: ROR em RT Ant. 13

Comentários: MIQ 5/13 b.p.m P.A.: 150/90 mmHg

Comentários: SVCQ

- Comentários: Stedun

Insuf. Cardíaca

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 evitar)

Dr. Quilherme Vitor Menezes
CARDIOLOGISTA
CRM 5369

Ass. do Médico





Paciente	Prontuário	Data	Hora
2003.19	2003.19	21/03	TARDE
<p>Avaliação: Diagnóstico Clínico: Contusão de membro superior direito e fratura de 2º e 3º metacarpiano direito. HDA: queda de 2m. Exame físico: Lesão extensa no dorso, edema de 10cm de diâmetro, mais distensão local. Ausculta: normal. HDA: queda de 2m. Exame físico: Lesão extensa no dorso, edema de 10cm de diâmetro, mais distensão local. Ausculta: normal. HDA: queda de 2m. Exame físico: Lesão extensa no dorso, edema de 10cm de diâmetro, mais distensão local. Ausculta: normal.</p>			
<p>Tratamento: Imobilização com gesso. Analgesia. Antibiótico. Curativos. Fisioterapia. Acompanhamento clínico e radiológico.</p>			
<p>Prognóstico: Bom. Evolução satisfatória. Retorno à rotina em 15 dias.</p>			
<p>Assinatura: [Assinatura]</p>			

1



DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM SER CONVOCADADO PARA EXERCER O CARGO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

IV

1.000,00

DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM SER CONVOCADADO PARA EXERCER O CARGO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

X

DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM SER CONVOCADADO PARA EXERCER O CARGO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM SER CONVOCADADO PARA EXERCER O CARGO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)	
Núcleo de Segurança do Paciente TRAUMA - CG	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: <u>João Bento da Silva</u>	IDADE: <u>45a</u> PRONTUÁRIO: <u>1854714</u>
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA
ENTRADA	SAÍDA
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO A SER REALIZADO • CONSENTIMENTO	O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input checked="" type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM <input checked="" type="checkbox"/> BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE <input type="checkbox"/> HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO <u>mas não</u>
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO	
<input checked="" type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? (NÃO) SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? (NÃO) SIM RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? NÃO SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO	
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <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?	
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 80 MINUTOS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM NÃO SE APLICA	
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM NÃO SE APLICA	
Assinatura <u>Suelio</u>	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: Pr. e di. da
Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % i/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: (X) Diminuídos () D () E

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme (X) Chelo.



Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria ()
Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Tur-
Drogas vasotivas: () Quais?
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marca-
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização:
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa (x) Incompleta () Prótese.
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () M-
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () VE-
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias C
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Her-
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: PZ - CIR
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito:
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dep-
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () S-
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: Dren-
SONO E REPOUSO
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido.
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportam-
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Obs-
INTERCORRÊNCIAS
Paciente em estado geral estável
apresentando bom nível cirúrgico, realiza
tratamento com medicação da equipe
Acadêmica em enfermagem - 10
Rafaela Nogueira
ENFERMEIRA
COREN-PR 456559
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Rafaela Nogueira S. Paiva
ENFERMEIRA
COREN-PR 456559
DATA: 23/11/2020

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: 65 bpm; FR: lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 42 bpm; SPO2: 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) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENIZAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () 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 () Sopros () Outros. 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 () Gastronomia () Jejunostomia ()
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () V
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há dias
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () He
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hemato
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianót
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede:
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: *PPF-OP*
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito:
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descri
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dep
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () S
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia ☒ Sono interrompido
NECESSIDADES DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
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, 16h20. Paciente internado há 3 dia
de fratura de tornozelo. 8 dias din
gico conforme SAE. Paciente quer se
algunhas comidas da sua dieta e q
atendimento psicológico. Aguarda a
evolução da enfermagem. Ac. Enfi.*
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *[Assinatura]* DATA:
ENFERMEIRA
COREN-PB: 458559

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Bento da Silva Registro: Leito: 04/03 Setor Atual: Un. Top. 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () 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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Renato da Silva Registro: _____ Leito: 63 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ lpm; PA: 90 mmHg; FC: 63 bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (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 () Dispneia () Outros: _____

Auscuila 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Bento da Silva Registro: Leito: 62.3 Setor Atual: 62.11

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Taq: 44, 7 °C; P: 92 bpm; FR: lpm; PA: 140/90 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

4. AVALIAÇÃO

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 Expectoração: () Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aque
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência
Drogas vasoativas: () Quais?
Ausculat cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapass
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização:
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT;
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias () C
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematu
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito:
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição:
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente depend
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satis
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Ob
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamen
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observa
INTERCORRÊNCIAS
<i>paciente admitido para</i> <i>exames segue aos cuidados</i> <i>germ.</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Thamara</i> DATA: 19
<i>COLETA 57264</i>

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: JOÃO BATISTA IDADE: _____

() PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 1 / 1 / _____

DIAGNÓSTICO:

fratura de fêmur

MATERIAL ESPECIAL:

Placa e parafusos

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

fratura de fêmur

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 3513

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

Opilante por Banta da
Silva e portadora de CID 60 S82+T93
dando acidente de queda de
cavalos e aparente sequelas com
comprometimento de 65% da região
afetada levando ao acometi-
mento (estético-motor) irreversível
da região.

Diagnóstico Segundo exame
de imagem

Segundo exame
Diagnóstico Segundo Exame físico

CID S82+T93

23
10
Dr. André Luiz B. B. de Lima
Médico / Clínica Geral
CRM-PB 6567
CPF 837 712 194-15

Rua. Carolino Cardoso nº 634 Praia do Poço - Cabedelo

✉ drandrelima2006@yahoo.com.br

☎ 83 98771.5270 ☎ 83 98877.8954



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME: JOSE BENTO DA SILVA

DOC. EXISTENTE: 103.5400879
 1656528 SSP PB

CID: 979.777.054-00 DATA NASCIMENTO: 25/12/1972

RELACAO: FRANCISCO BENTO FILHO, IVONETE DA SILVA BENTO

PROVINCIA: ACC: CUNHA: AD:

1º ENDEREÇO: 06061391-5 VALIDEZ: 10/11/2015 1ª HABITACAO: 02/06/1998

DESCRIÇÃO: EXERCE ATIV REMUNERADA:

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSAO: 18/09/2015

95950869034
 PB031332250

1152721992

COMPREV
 COMPREV E REVIDENCIA S/A
 16 AGO. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA



**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 2° e 5° 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 2° e 5° pododáctilos direitos com redução da força.

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

[☒] 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 fíbula e fio intramedular nos metatarsos. Evoluiu sem complicações com alta hospitalar.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do 2° pododáctilo direito, Limitação funcional do 5° 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):

5º pododáctilo 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):

% 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



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





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 Douto 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 SESENTA 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



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