



02/07/2020

Número: **0807301-70.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/04/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE BENTO DA SILVA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31996 172	02/07/2020 11:40	2730975_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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,

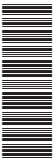
Seguradora Líder-DPVAT

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





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.

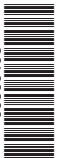
Atenciosamente,

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: Jore Bento da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Jore Bento da Silva	CPE: 999.777.054-00	
Profissão: RILCISO	Endereço: Rua Santa Teresinha	Número: 54
Bairro: Surostão	Cidade: Campina Grande	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58437-800	Tel. (DDD): (83) 98805-6654

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

RENDAS 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737	CONTA: 406349
(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: ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (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: São Paulo, 13/08/2019
	Nome:
	CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

Jore 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:	
16 AGO. 2019	
Assinatura	
PROTÓCOLO AG. JOÃO DESSA	

(*) 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:

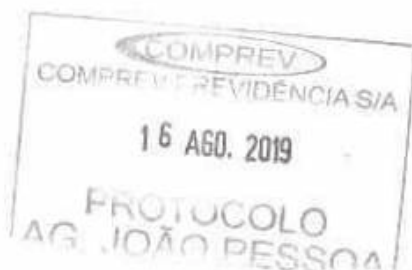
QUE NO DIA 17/03/2019, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA MONTADO EM SEU CAVALO, QUANDO NA ALTURA DO DISTRITO DE SÃO JOSÉ DA MATA, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA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

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).

RENDAS 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) (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:	Toré Bento da Silva	
CPF:	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).

RENDA MENSAL:	☒ RECLUSO 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☒ 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:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		Vítima deixou pais/avós vivos?

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.

Ingressado digitalmente
pela vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, São Paulo, 13/08/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Toré Bento da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

AGO. 2019

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



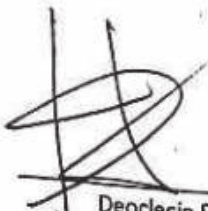
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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 Emergência 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 53422-700
CNPJ 06.629.596/0001-90 - 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

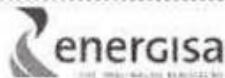
VENCIMENTO

24/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 65,19

Acesse: www.energisa.com.br



06/10/2019 14:20:17

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



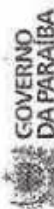
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/07/2020 11:40:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070211403242600000030669633>

Número do documento: 20070211403242600000030669633



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:

CNS: 9771

Estado Civil:

Data de

Atendimento: 17/03/2019

Motivo: QUEDA DE CAVALO

Hora: 10:31:40

CONVÊNIO: SUS

Médico: #

Especialidade:

CRM:

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematomas

22. Injúria de Vencido

23. Torção

24. Lesão tendão

25. Luxação

26. Mordedura

27. Movimento torácico paravertebral

28. Objeto Encaixado

29. Otorria

30. Paralisia

31. Paralisia

32. Paralisia

33. Queimadura

34. Sinorria

35. Síndrome de Isquemia

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

36

HTCC-Processo Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICA

Paciente vítima de queda de cavalo volu com dor no pé

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

COMPLETA ESTUDENCIARIA

16 AGO. 2019

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às / Dia / /

Especialista: / às / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Intervenção hospitalar	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

REALIZADO EM 17/03/19



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:	STs Terezinha
Queixa:	Dor de		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento: 10.25

Carvão

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácies 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

1854741

Ext 3

ala

Fratura Placado lateral D
Nasala 2 e 5 mediano D.

acidente por queda de 5m

Alojamento

9

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

10/04/19

Dor no braço e na mão

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

(1) Dor no braço e na mão
(2) Dor no braço e na mão
(3) Dor no braço e na mão
(4) Dor no braço e na mão
(5) Dor no braço e na mão
(6) Dor no braço e na mão
(7) Dor no braço e na mão
(8) Dor no braço e na mão
(9) Dor no braço e na mão
(10) Dor no braço e na mão
(11) Dor no braço e na mão
(12) Dor no braço e na mão
(13) Dor no braço e na mão
(14) Dor no braço e na mão
(15) Dor no braço e na mão
(16) Dor no braço e na mão
(17) Dor no braço e na mão
(18) Dor no braço e na mão
(19) Dor no braço e na mão
(20) Dor no braço e na mão
(21) Dor no braço e na mão
(22) Dor no braço e na mão
(23) Dor no braço e na mão
(24) Dor no braço e na mão
(25) Dor no braço e na mão
(26) Dor no braço e na mão
(27) Dor no braço e na mão
(28) Dor no braço e na mão
(29) Dor no braço e na mão
(30) Dor no braço e na mão
(31) Dor no braço e na mão
(32) Dor no braço e na mão
(33) Dor no braço e na mão
(34) Dor no braço e na mão
(35) Dor no braço e na mão
(36) Dor no braço e na mão
(37) Dor no braço e na mão
(38) Dor no braço e na mão
(39) Dor no braço e na mão
(40) Dor no braço e na mão
(41) Dor no braço e na mão
(42) Dor no braço e na mão
(43) Dor no braço e na mão
(44) Dor no braço e na mão
(45) Dor no braço e na mão
(46) Dor no braço e na mão
(47) Dor no braço e na mão
(48) Dor no braço e na mão
(49) Dor no braço e na mão
(50) Dor no braço e na mão
(51) Dor no braço e na mão
(52) Dor no braço e na mão
(53) Dor no braço e na mão
(54) Dor no braço e na mão
(55) Dor no braço e na mão
(56) Dor no braço e na mão
(57) Dor no braço e na mão
(58) Dor no braço e na mão
(59) Dor no braço e na mão
(60) Dor no braço e na mão
(61) Dor no braço e na mão
(62) Dor no braço e na mão
(63) Dor no braço e na mão
(64) Dor no braço e na mão
(65) Dor no braço e na mão
(66) Dor no braço e na mão
(67) Dor no braço e na mão
(68) Dor no braço e na mão
(69) Dor no braço e na mão
(70) Dor no braço e na mão
(71) Dor no braço e na mão
(72) Dor no braço e na mão
(73) Dor no braço e na mão
(74) Dor no braço e na mão
(75) Dor no braço e na mão
(76) Dor no braço e na mão
(77) Dor no braço e na mão
(78) Dor no braço e na mão
(79) Dor no braço e na mão
(80) Dor no braço e na mão
(81) Dor no braço e na mão
(82) Dor no braço e na mão
(83) Dor no braço e na mão
(84) Dor no braço e na mão
(85) Dor no braço e na mão
(86) Dor no braço e na mão
(87) Dor no braço e na mão
(88) Dor no braço e na mão
(89) Dor no braço e na mão
(90) Dor no braço e na mão
(91) Dor no braço e na mão
(92) Dor no braço e na mão
(93) Dor no braço e na mão
(94) Dor no braço e na mão
(95) Dor no braço e na mão
(96) Dor no braço e na mão
(97) Dor no braço e na mão
(98) Dor no braço e na mão
(99) Dor no braço e na mão
(100) Dor no braço e na mão

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

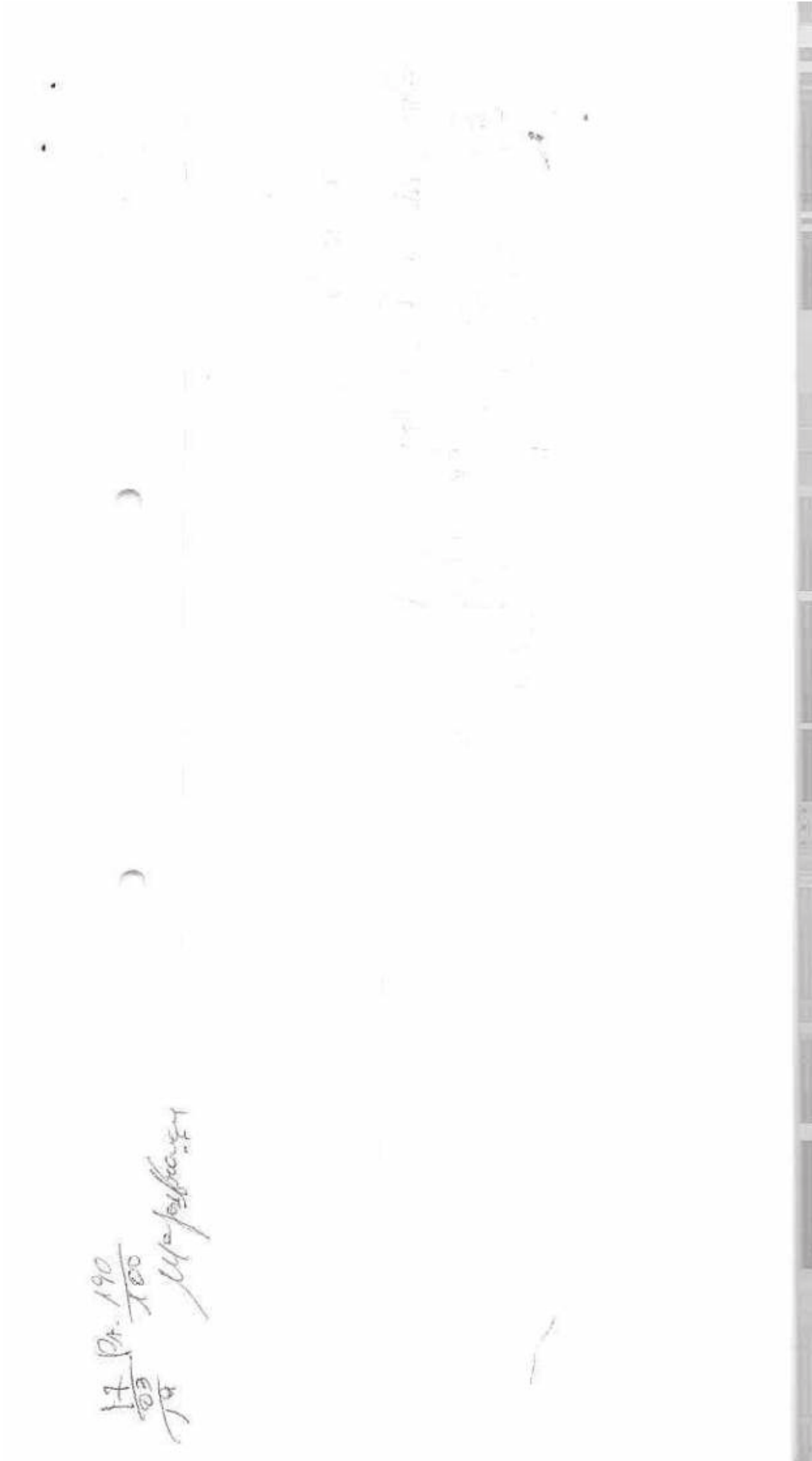
02

02

02

paciente vítima de
queda, no pé direito
avista sang. por 1
incidência de fratura e
caso com neoplasia
na.

realizada pré-op



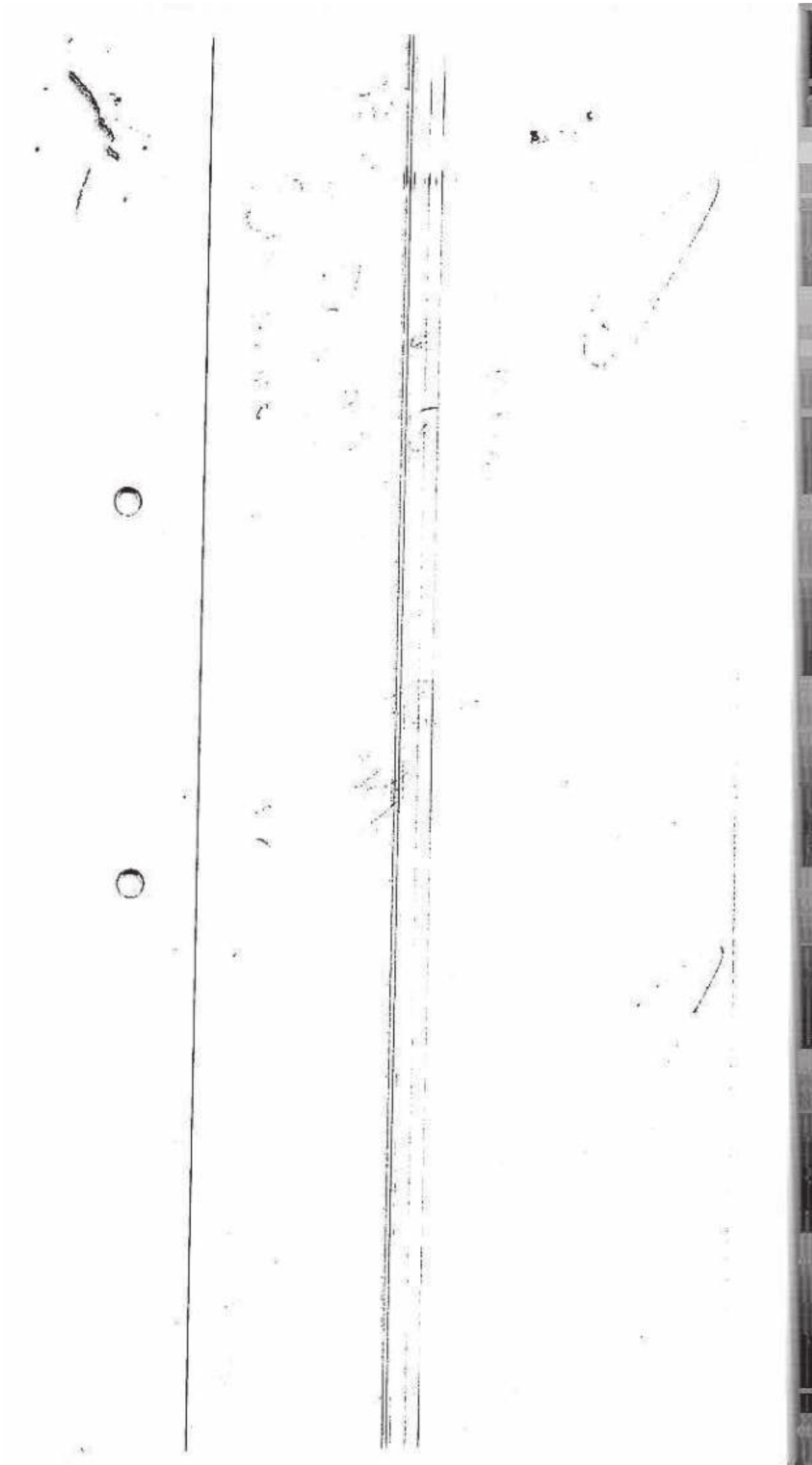
17 Pr. 190
03 100
14
M. J. B. A. S.



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
1303	EX	3	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/07	1. Dieta 2124 2. SRL 1500ml EV 24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/08h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Orneprazol 40mg 8h/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 (m) 9. SSW + CCGG	18h40 19h40 20h40 21h40	Pré-operatório CD: Aguardando cirurgia Lir. Medição Pulso m. 1303 02/07/2020 11:40:32



4-3

[illegible]

19 PA: 150 T. 35,1
03/90
19
Marta José da Silva Pinheiro
COREN-PB 22016-TE

honório R

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

A



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 12.000 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



14011111

21/03/13

20:00h

P.A.: 120x80

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

Ass. Maria Carmo de Fátima
PPH-PA 177.651-TE
PA





**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>FRATURA TORÇÃO DO DÍGITO + 22.05 MTI</u>			
Tipo de Operação <u>ORTÓTESICO</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

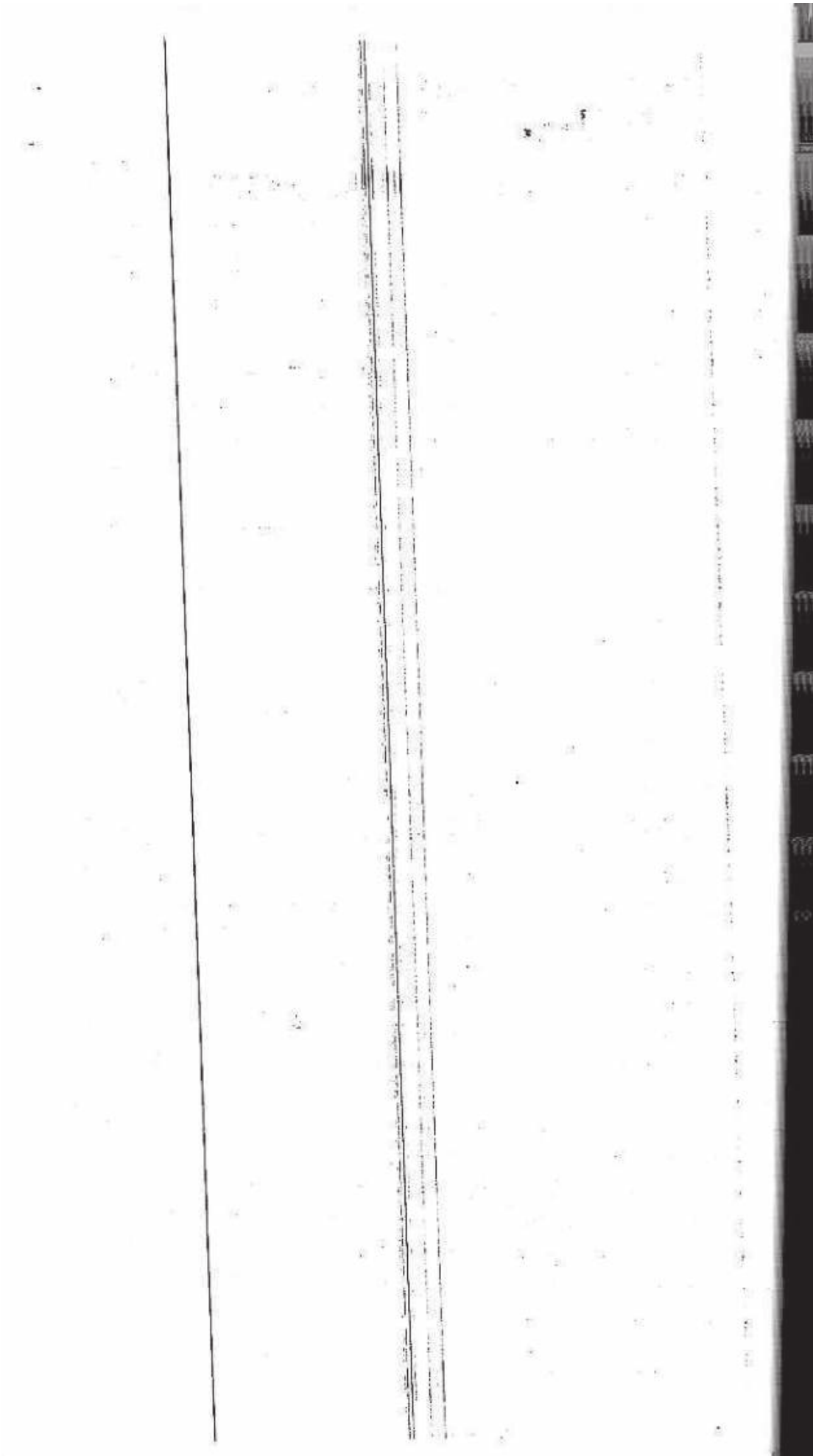
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
01 - Preleto no abd. sub umbilical
02 - incisão para + subcutânea + curativo
03 - incisão em arco lateral de tornozelo direito e dorso de pé direito + elástico para punho + imobilização
04 - Redução cirúrgica do foco de fratura
05 - osteossíntese com placa 1/3 tubular de 08 Furos + parafusos corticais + 01 fio U nº 0,5 sub cutâneo de fechamento
06 - lavagem + Sutura + curativo

Dr. Wagner de Aguiar
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 81.7

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





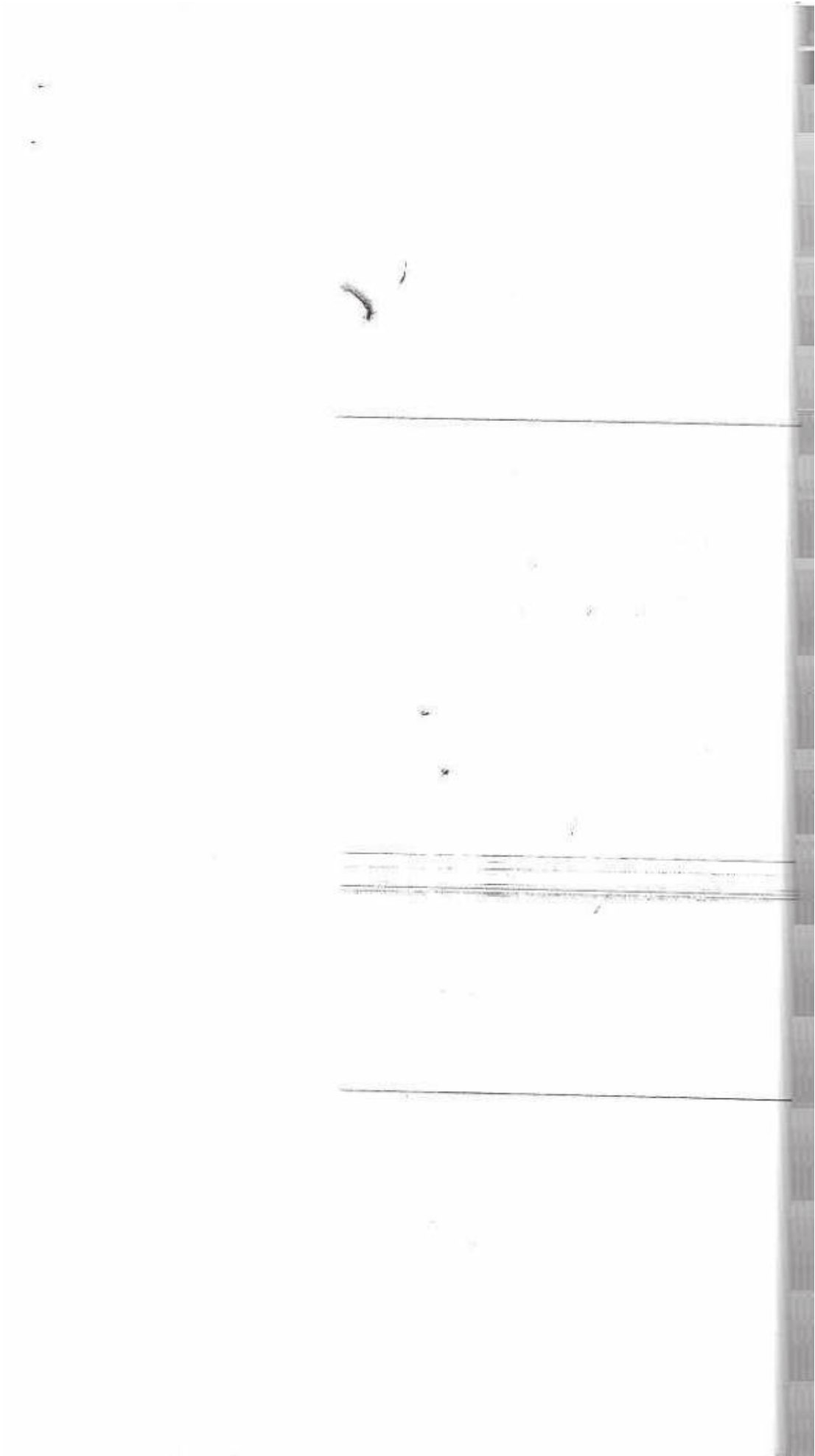


GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho SEGURANÇA ANESTÉSICA

CHECKLIST DE

CARRO DE ANESTESIA	☒ SIM	☐ NÃO
TESTADO		
LARINGOSCÓPIO	☒ SIM	☐ NÃO
MONITOR	☒ SIM	☐ NÃO
MULTIPARÂMETRICO		
CAPNÓGRAFO	☒ SIM	☐ NÃO
FALTA DE	☐ SIM QUAL?	
EQUIPAMENTO/MEDICAÇÃO	☒ NÃO	
ANESTESISTA RESPONSÁVEL	Rafaela Pereira Costa	









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:	T ^{re} que

[illegible][illegible]

Observações:


Humberto de Almeida L. Filho
ANESTESIOLOGISTA
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: José Bento da Silva (25-12-73)		GOVERNO DA PARAÍBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE
		Sup	45a
CIRURGIA: Cirurgia de Dr. Amaro + Dr. Euler + R. Ama		REGISTRO: P1854714	
ANESTESIA: Raqui		ANESTESIA: Dr. Ricardo	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	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 penda	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	
	Kanakin 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 Nasogatica	
		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	
		☒ Oximetro de Pulso	☐ Foco Auxiliar
		☐ Serra	☒ Eletrocautério
		☐ Desfibrilador	☒ Oxigênio
		☒ Foco Frontal	☒ Cardiomonitor
		☐ Fonte de Luz	☒ Perfurador Elétrico
CIRCULANTE RESPONSÁVEL			
Sueli			

MOD 046



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

10
20

20
20

20
20
20

20

20
20
20

10

X 21-20-2 20
20

X
X
X

21-20-2





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.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

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



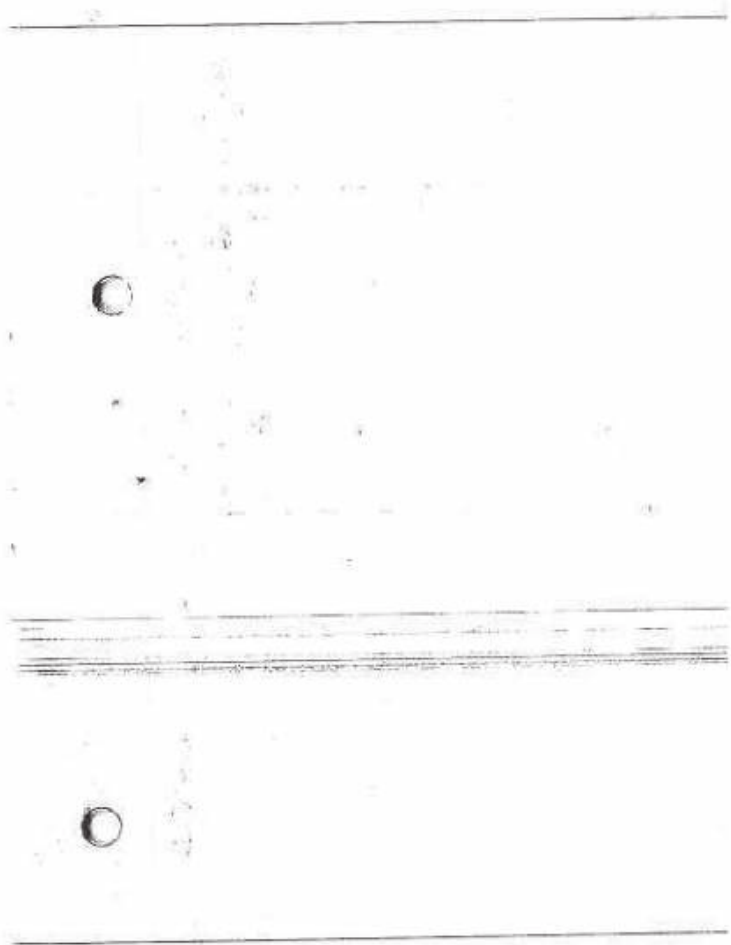
GOVERNO DA PARAÍBA  SEGUIR o trabalho ST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:	Beto 4-3 of 1 22/03		
NOME:	José Bento da Silva		
PROCEDIMENTO:	PE + TN		
☒ AVP: LOCAL:	GELCO Nº:	AVC ☐	JEJU ☐
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:		☐ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☒ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☐ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ Ressonância	☐ NÃO SE APLICA	
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☐ NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas

Campina Grande - PB CEP: 58.432-809

hospitalregionalcg@hotmail.com





Diagnóstico

DA PARAIBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EX 123 0
EX 2: e S. H2T 0

Paciente: José Basso da Silva Alojamento: 4 Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/03/19	1) Dado hipotensão após RPA 2) Sina 1000 ml IV 24h 3) Opióide + AD IV 12/128 4) Dado + AD IV 6/68 5) Tioridazina 20g + AD IV 12/128 6) Tioridazina 100g + 100g SF IV 8/8g Sina 7) Sina 100g	12:00 18:00 18:00 18:00 18:00 18:00 18:00	Paciente está bem CB: VPM + RA de curad 1 0
			Dr. Euler Fabrício A. Góes MÉDICO DE EMERGÊNCIA - 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-PA 108.700-TE

21:00

PA= 110 x 80

Diana Pereira Silva
COREN-PA 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	JELCO 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. 9:15 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
Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000456083
Data: 17-03-2019 14:29
Idade: 45 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA II
Destino: GERAL

HEMOGRAMA

[DATA DA COLTA: 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 (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	194	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm ³
Segmentados.....	80,0	7.760	0 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos			
Tipicos.....	16,0	1.552	20 a 40 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos ou Restivos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	194	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	187.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

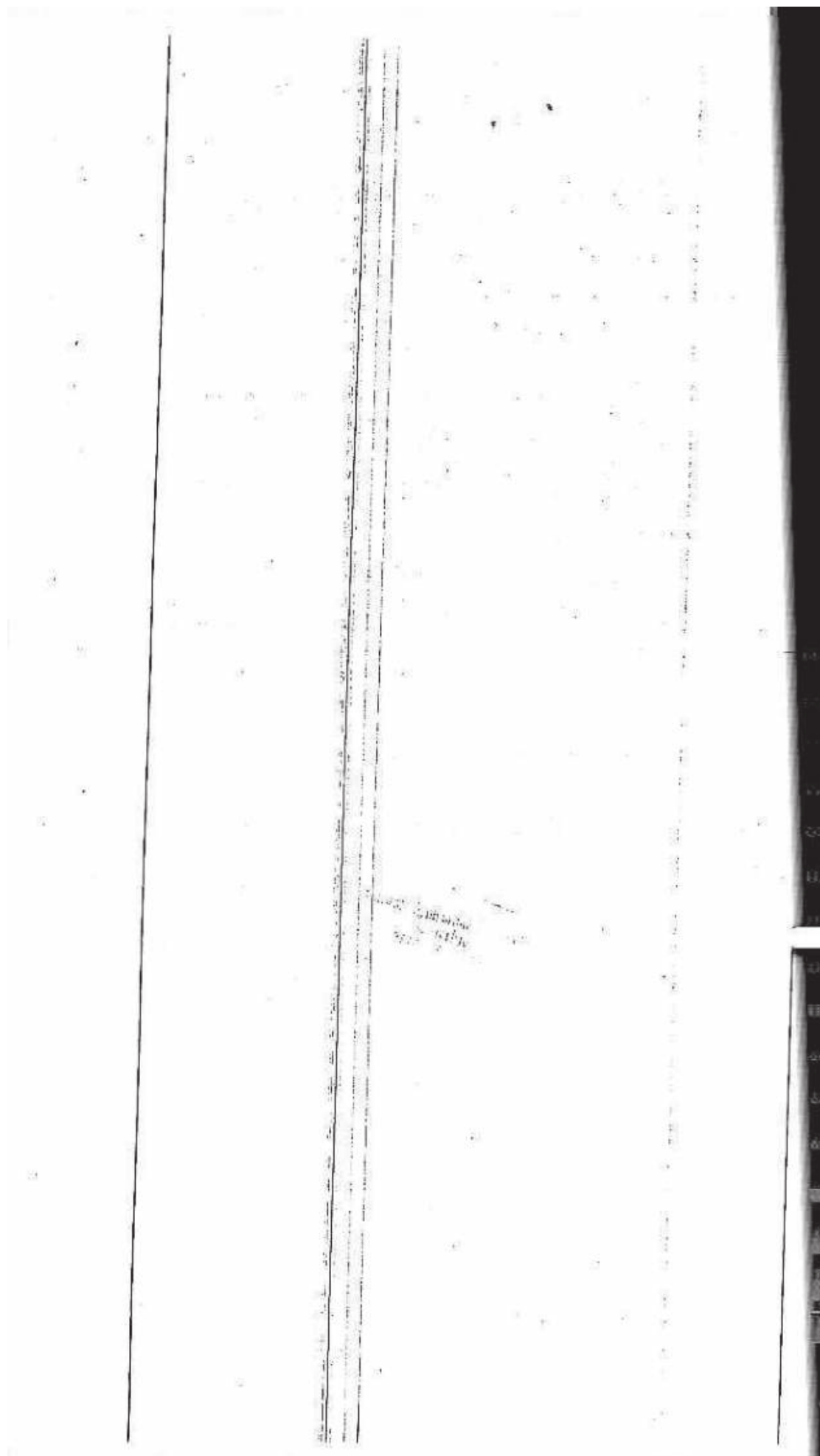
Material: SANGUE TOTAL

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.

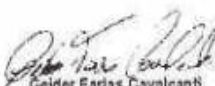
TEMPO DE COAGULACAO 8'30''

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

Material: Sangue

Método: Lee-White

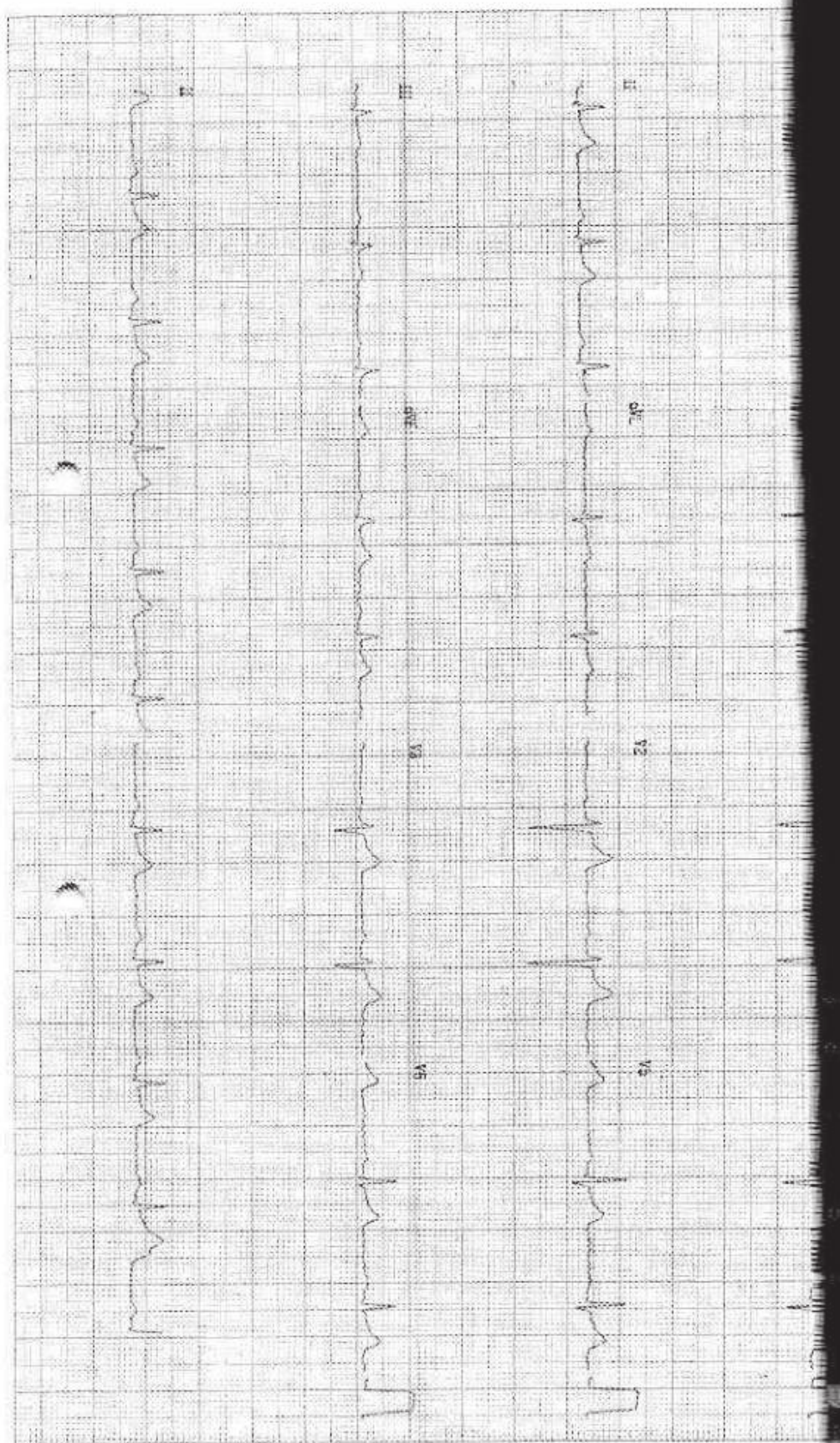
Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

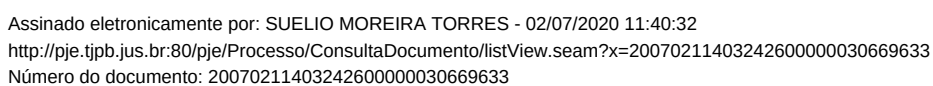

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

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:

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

EM CURSO:

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

ES PESSOAIS:

Tabagismo Denegar ☒ Tabagismo
() Cirúrgico Herniotomia
umbilical () Sedentarismo
() Outros

Uso () Não () Sim Reprodutível 40ug

Estado () Bom ☒ Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Comentários: ROR em RT 10/15

Comentários: 150/90 mmHg
110/70

Comentários: SVCD

Comentários: Stedun

Comentários: 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





[illegible]

1998



DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM SER PROMOTOR DE JUSTIÇA

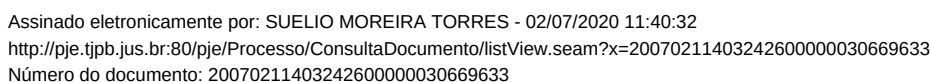
IV

1.000,00

DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM SER PROMOTOR DE JUSTIÇA

DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM SER PROMOTOR DE JUSTIÇA

DECLARAÇÃO DE INTERESSE EM SER PROMOTOR DE JUSTIÇA



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: Prax. dirigida

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

Obs:

OXIGENACÃO

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

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: (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: P22 - 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 - 2019
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 02/07/2020
ENFERMEIRA
COREN-PR 456559

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-AP*
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, 16:20. Paciente internado há 3 dia
de fratura de tornozelo. & diagnóstico
de acordo com SAE. Paciente quixá-me
algumas comidas da sua dieta e q
atendimento psicológico. Aguarda a
evolução da enfermagem. Ac. Enf.*
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:

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.



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () A
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turg
Drogas vasoativas: () Quais?
Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcap
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 () NE
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vô
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há dias (
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hem
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematom
Coloração da pele: (x) 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 () Dependente (x) Parcialmente dep
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () S
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (x) Outro: deambul
SONO E REPOUSO
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido.
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportam
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Obs
INTERCORRÊNCIAS
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA:

Dr. Valéria Lima de Carvalho
ENFERMEIRA
COREN - PB 358.098

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



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:

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



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

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

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso

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

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; H

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

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

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

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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 () Dependente (x) Parcialmente dependente

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

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

SONO E REPOUSO

(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observ

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ()

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Ely Jeline DATA: 19/03/11

LOREN 236624

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Taq: 4, 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 () Midriáticas

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 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 () Aque
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência
Drogas vasoativas: () Quais?
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso
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>curativos gerais e cuidados</i> <i>gerais.</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Thamara</i> DATA: 19
<i>COLETA 57864</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 3913

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 Bantu da
Simer 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 DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME: JOSE BENTO DA SILVA

DOC. EXISTENTE: 103.540878
 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: 02/06/1998

2º ENDEREÇO: 02/06/1998

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

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

95950869034
 PB031332250

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. Nexo 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

