



Número: **0829667-40.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **21/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEORGE SERAFIM RODRIGUES (AUTOR)	JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33671 199	27/08/2020 11:02	<u>Mandado</u>	Mandado
26718 081	03/12/2019 16:19	<u>Despacho</u>	Despacho
26431 232	21/11/2019 18:22	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
26431 236	21/11/2019 18:22	<u>1. INICIAL DPVAT - GEORGE SERAFIM RODRIGUESok</u>	Informações Prestadas
26431 239	21/11/2019 18:22	<u>2. COMPROVANTE DE PGTO ADM</u>	Documento de Comprovação
26431 240	21/11/2019 18:22	<u>3. DOCUMENTOS-1-4</u>	Documento de Comprovação
26431 241	21/11/2019 18:22	<u>3. DOCUMENTOS-5-10</u>	Documento de Comprovação
26431 242	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte1</u>	Documento de Comprovação
26431 243	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte2</u>	Documento de Comprovação
26431 244	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte3</u>	Documento de Comprovação
26431 245	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte4</u>	Documento de Comprovação
26431 246	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte5</u>	Documento de Comprovação
26431 247	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte6</u>	Documento de Comprovação
26431 699	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte7</u>	Documento de Comprovação
26431 700	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte8</u>	Documento de Comprovação
26431 702	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte9</u>	Documento de Comprovação
26431 703	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte10</u>	Documento de Comprovação
26431 704	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte11</u>	Documento de Comprovação
26431 707	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte12</u>	Documento de Comprovação

26431 708	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte13</u>	Documento de Comprovação
26431 709	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte14</u>	Documento de Comprovação
26431 710	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte15</u>	Documento de Comprovação
26431 712	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte16</u>	Documento de Comprovação
26431 713	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte17</u>	Documento de Comprovação
26431 714	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte18</u>	Documento de Comprovação
26431 715	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte19</u>	Documento de Comprovação
26431 718	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte20</u>	Documento de Comprovação
26431 719	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte21</u>	Documento de Comprovação
26431 720	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte22</u>	Documento de Comprovação
26431 721	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte23</u>	Documento de Comprovação
26431 722	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte24</u>	Documento de Comprovação
26431 723	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte25</u>	Documento de Comprovação
26431 724	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte26</u>	Documento de Comprovação
26431 725	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte27</u>	Documento de Comprovação
26431 728	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte28</u>	Documento de Comprovação
26431 730	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte29</u>	Documento de Comprovação
26431 731	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte30</u>	Documento de Comprovação
26431 732	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte31</u>	Documento de Comprovação
26431 735	21/11/2019 18:22	<u>4. DOCUMENTOS_Parte32</u>	Documento de Comprovação
26431 737	21/11/2019 18:22	<u>PROC E DECLARAÇÃO</u>	Procuração

**Poder Judiciário da Paraíba
10ª Vara Cível de Campina Grande**

()

Nº do processo: 0829667-40.2019.8.15.0001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 10ª Vara Cível de Campina Grande manda que em cumprimento a este, **CITE-SE** a Promovida **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, com CNPJ nº 09.248.608/0001-04, **de todo o teor da exordial (ID nº 26431236) e para querendo, no prazo de 15(quinze) dias, oferecer resposta**. Advirta-se, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

-Petição Inicial constante no ID nº 26431236.

Campina Grande, em 27 de agosto de 2020.

De ordem, RAFAEL SILVA DE MEDEIROS

Analista Judiciário

Matrícula nº 477.527-9

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

XXXXXXXXXXXXXX



Assinado eletronicamente por: RAFAEL SILVA DE MEDEIROS - 27/08/2020 11:02:30
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082711023028200000032219096](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082711023028200000032219096)
Número do documento: 20082711023028200000032219096

Num. 33671199 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE – 10ª VARA CÍVEL

Processo nº 0829667-40.2019.8.15.0001

DESPACHO

Visto etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

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

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

4. Apresentada contestação, voltem-me conclusos para novas deliberações.

Diligências necessárias.

Campina Grande-PB, 02/12/2019.

Wladimir Alcibiades Marinho Falcão Cunha

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: WLADIMIR ALCIBIADES MARINHO FALCAO CUNHA - 03/12/2019 16:19:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120221515801600000025799062>
Número do documento: 19120221515801600000025799062

Num. 26718081 - Pág. 1

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118205989300000025528477>
Número do documento: 19112118205989300000025528477

Num. 26431232 - Pág. 1



EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE
CAMPINA GRANDE – PB

JUSTIÇA GRATUITA

GEORGE SERAFIM RODRIGUES, brasileiro, casado, autônomo, inscrito no RG sob o nº 2251949 ITEP/RN e do CPF sob o nº 048.531.464-90, residente e domiciliado na Rua Antonio Vieira da Rocha, 637, Bodocongó, Campina Grande - PB, CEP 58430-460, por seu advogado e procurador abaixo subscrito, nos termos do instrumento de procura anexo, com endereço profissional sito no cabeçalho, local onde receberá as intimações de praxe, vem, perante Vossa Excelência, com arrimo na legislação pertinente, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT**, sito na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP.: 20.031-205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, em razão dos motivos fáticos e legais a seguir expostos e para ao final requerer:

PRELIMINARES:

Do Interesse de Agir:

A parte Requerente sofreu acidente automobilístico conforme a documentação anexa (B.O, Ficha 1º Atendimento, Relatório Médico, Cópia Autorização Pagamento, etc.), fato que lhe proporciona o recebimento de pagamento de seguro indenizatório (DPVAT) nos termos da Lei 6.194/74 e demais legislação pertinente, no percentual do teto máximo vigente de R\$13.500,00(treze mil e quinhentos reais), sendo que a Seguradora Líder só efetuou o pagamento de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais) na data de 01 de novembro de 2019, **frise-se sequer fez perícia no autor**, resistindo, portanto, ao pagamento residual devido de até R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), o que legitima o Autor a buscar judicialmente o recebimento do restante que lhe é devido, tendo em vista a vasta documentação acostada e enviada à seguradora.

Legitimidade Passiva da Líder:

É entendimento pacífico em nossos tribunais a legitimidade passiva das seguradoras que integram o grupo responsável pelo pagamento de indenizações devidas oriundas do DPVAT, conforme entendimento abaixo colacionado, *ipse literis*:

Rua José Lins do Rêgo, 781 - CEP: 58.401-145 - Palmeira - Campina Grande - PB - (83) 98852.8183 / 99900.7692 - E-mail: advocacialacerda01@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118210300900000025528481>
Número do documento: 19112118210300900000025528481

Num. 26431236 - Pág. 1

47068665 - APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO. FALTA DE INTERESSE DE AGIR E ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. CARÊNCIA DA AÇÃO AFASTADA. JULGAMENTO ANTECIPADO SEM PRÉVIO ANÚNCIO. CERCEAMENTO DE DEFESA. AUSÊNCIA DE MOTIVAÇÃO. SENTENÇA NULA. DECRETAÇÃO DE OFICIO. 1. A ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT pode ser ajuizada em face de qualquer seguradora consorciada, descabendo cogitar de legitimidade passiva exclusiva da Seguradora Líder. Precedentes do TJCE e do STJ. 2. A quitação do pagamento administrativo efetuado pela Seguradora não traduz renúncia, pelo beneficiário, da diferença entre o montante reputado devido e o recebido, subsistindo o interesse para pleitear judicialmente quantia complementar. 3. Configura cerceamento de defesa e ofende o princípio da boa-fé objetiva o julgamento antecipado da lide sem prévio anúncio às partes, com classificação da invalidez permanente oriunda de acidente de trânsito como de média repercussão sem a antecedente produção de prova pericial indispensável a defini-la como tal. 4. É nula, por ausência de fundamentação, a sentença que rejeita as inconstitucionalidades arguidas e enquadra a lesão física na tabela legal regente do seguro DPVAT, sem explicitar, nesses pontos, as razões da convicção judicial. 5. Nulidade da sentença decretada de ofício, com determinação de envio dos fólios ao juízo singular para regular dilação probatória e prolação de novo decisório. (TJCE; AC 049968669.2011.8.06.0001; Primeira Câmara Cível; Rel. Des. Fernando Luiz Ximenes Rocha; DJCE 26/07/2012; Pág. 27) (Publicado no DVD Magister nº 45 - Repositório Autorizado do STJ nº 60/2006 e do TST nº 31/2007)

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. PAGAMENTO PARCIAL. ILEGITIMIDADE PASSIVA. AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS. CNSP. SALÁRIO MÍNIMO. I. É legítima passiva a seguradora ré para saldar eventual diferença relativa a seguro DPVAT, mesmo que não tenha sido ela a realizar o pagamento inicialmente disponibilizado à parte, na via administrativa, pois integrante do grupo de seguradoras que respondem por tais indenizações. II. As despesas médico-hospitalares encontram-se devidamente comprovadas juntamente com a prescrição médica (fls. 26/35). III. A Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, é o único texto legal que confere competência para fixação dos valores das indenizações do seguro obrigatório, não havendo autorização legal que legitime as Resoluções do CNSP ou de qualquer outro órgão do Sistema Nacional de Seguros Privados para fixar ou alterar os valores indenizatórios cobertos pelo seguro obrigatório sobre danos pessoais causados por veículos automotores. IV. Conforme Súmula 14 das Turmas Recursais, é legítima a vinculação do valor da indenização do seguro DPVAT ao valor do salário mínimo. A aplicação do salário mínimo não ocorre como fator



de reajuste, mas como mero referencial, não existindo ofensa ao disposto no art. 7º, inc. IV, da CF. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. (Recurso Cível Nº 71001656537, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Maria José Schmitt Santanna, Julgado em 04/06/2008)

Desta forma, para se evitar conduta procrastinatória da Ré, antecipadamente se pugna pelo indeferimento que conteste a legitimidade passiva da SEGURADORA RÉ, devendo o processo seguir trâmite normal, é o que desde logo se requer.

DO MÉRITO:

Sinopse fática:

Conforme se evidencia dos documentos nestes acostados, a parte autora, em 27 de março de 2017, conduzia sua motocicleta HONDA XRE 300, ANO/MODELO 2014/2014, COR PRETA, PLACA KWM 6911 – PB, na Rua Dr Vasconcelos, no Bairro do Alto Branco, nesta cidade, ocasião que foi atingido por uma pessoa conhecida por Samuel, este que conduzia um Chevrolet Cruze de placa OGC-3240, veículo conduzido em alta velocidade, tendo o acusado se evadido do local, sem prestar qualquer assistência ao autor/vítima, ficando no local o pai do atropelador o Senhor Edmilson Souza Ramos Filho, esse que forneceu as informações da maneira que queria, além de ter verificado que o laudo policial encontrava-se com versões distorcidas dos reais acontecimentos.

Em decorrência do acidente e conforme documentos acostados, a parte autora Sofreu Rompimento do Maguito Rotador do Ombro Direito, Lesão Plexo Braquial do Nervo Axilar Direito, Fratura de Rádio do Braço Esquerdo, Fratura de Tíbia e Fíbia, além de diversas Fraturas de Ossos da Perna Direita.

Na ocasião, foi socorrida pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, local onde foi atendida. (Anexo B.O)

Após certificar-se de que o seguro DPVAT indeniza vítimas de acidentes automotivos, buscou levantar toda a documentação exigida e requereu a indenização que lhe seria devida, vindo a ter reconhecido seu direito à indenização, todavia, em percentagem aquém do que lhe aufera a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 (Dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não).

Dos Fundamentos Jurídicos:

A legislação pertinente preceitua no Art. 3º, II, §1º da Lei 6.194/74 com a alteração que lhe proporcionou a Lei 11.945/09 que:



"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementar, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação determinada na Lei nº 11.945, de 4.6.2009, DOU 5.6.2009, com efeitos a partir de 16.12.2008)

I – omissis...

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

III – omissis...

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Corroborando didaticamente com o preceito legal acima, faz-se colacionar ainda a recentíssima jurisprudência (publicada no DJPI em 11/04/2012) abaixo, *ipse literis*:

59012295 - RECURSO INOMINADO. COBRANÇA DE DIFERENÇA DO SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. REDUÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM APROXIMADAMENTE 80%. PRELIMINAR DE INCOMPETÊNCIA DO JUIZADO. PROVA PRODUZIDA. INEXISTÊNCIA DE COMPLEXIDADE. APRECIAÇÃO DOS JUIZADOS ESPECIAIS. PAGAMENTO EFETUADO PELA VIA ADMINISTRATIVA. AUSENCIA DE QUITAÇÃO DO VALOR



REMANESCENTE. APLICAÇÃO DO CDC. IMPOSSIBILIDADE. SINISTRO OCORRIDO EM DATA POSTERIOR A 22.12.2008. APLICABILIDADE DA LEI Nº 11.945/09. TABELA RELATIVA AOS PERCENTUAIS INDENIZATÓRIOS PARA SEGURO DPVAT. O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DEVE SEGUIR OS PARÂMETROS APONTADOS PELA NOVA REDAÇÃO DA LEI Nº 6.194/74 E, EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE, DEVE SER PAGA EM PROPORÇÃO À LESÃO. VALOR DA CONDENAÇÃO DE ACORDO COM A LESÃO SOFRIDA. MANUTENÇÃO. JUROS ARBITRADOS CORRETAMENTE. CORREÇÃO MONETÁRIA MANTIDO, SOB PENA DE VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA REFORMATIO IN PEJUS. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. Desnecessária a realização de outra prova técnica, visto que o conjunto probatório existente nos autos é conclusivo em reconhecer a invalidez permanente do recorrido. Inexistência de complexidade probatória. Competência do juizado especial cível para o julgamento da ação. O pagamento a menor efetuado pela via administrativa não prospera, pois a quitação dada pelo beneficiário, em valor inferior ao devido, não afasta o direito do interessado de obter a diferença de valor fundada em lei. Tratando-se de ação de cobrança decorrente de relação securitária de natureza obrigatória. Dpvat, é ônus do autor fazer a prova da deformidade permanente para fins de recebimento do seguro dpvat, nos termos do artigo 333, i, do CPC. No entanto, compulsando os autos, verifico que o autor/recorrido, foi diligente e atendendo ao disposto no art. 333, i, do CPC, colacionou aos presentes autos todos os documentos necessários para comprovação da deformidade permanente arguida. Tendo o sinistro ocorrido posterior a 22.12.2008, aplica-se a tabela relativa aos percentuais indenizatórios do seguro dpvat. -a invalidez do segurado restou enquadrada no quesito "perda anatômica e/ou funcional no membro inferior", que estabelece indenização no percentual de 70% do valor máximo indenizatório, ou seja, R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais). Por outro lado, a nova redação do inciso ii, acima transcrito, define que quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista, com redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. No entanto, como o autor já recebeu a quantia de R\$ 2.531,25 (Dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), conforme consta na documentação que instrui a inicial, pagamento este que é ratificado pela ré/recorrente em sua contestação, o valor devido pela seguradora é R\$ 5.400,00 (cinco mil e quatrocentos reais), ou seja, a diferença entre o devido e o já foi efetivamente pago, conforme determinado na sentença a quo. Portanto, o decisum recorrido não estar a merecer reparos. No tocante a aplicação dos juros, a sentença a quo não estar a merecer reparos, visto que está em consonância com a jurisprudência



das turmas recursais. Recurso conhecido e improvido. (TJPI; RIn 117.2010.027.433-3; Rel. Juiz Carlos Augusto Nogueira; DJPI 11/04/2012; Pág. 21) (Publicado no DVD Magister nº 45 - Repositório Autorizado do STJ nº 60/2006 e do TST nº 31/2007)

Da Quantia Paga Pela Seguradora:

Vale ressaltar que o requerimento administrativo do Autor fora realizado através da Seguradora, foi quem efetivamente efetuou o pagamento conforme extrato que ora se faz anexo.

Como se pode vislumbrar do referido extrato, a Seguradora Líder reconheceu que houve lesão permanente, pagando-a a quantia de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais). Nessa realidade reconhecida, verifica-se ainda, que a Seguradora Ré, também pagou a menos o valor devido a parte autora.

Conforme se pode perceber Excelência, a Seguradora teria que pagar a quantia integral a promovente ao invés de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais), fato que evidencia uma diferença significativa para a situação econômica do Autor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Da Diferença Que o Autor Pleiteia Receber:

Assim, de acordo com o que se evidencia acima, subtraindo o valor já recebido pelo Autor R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais) do valor que deveria por direito receber temos como resultado que, resta ainda o Autor receber a quantia R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais) que corresponde a diferença que ora se cobra.

Atualizações Da Diferença À Receber:

Conforme entendimento já consolidado em nossos tribunais incide correção monetária e juros devidos nos termos da legislação vigente desde o efetivo pagamento administrativo a menor, fato corroborado pela súmula nº 43 do STJ abaixo colacionado:

"Súmula nº 43 do STJ, *verbis*: "Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo."

Portanto, requer o pagamento da diferença entre o valor efetivamente indenizado e o valor legalmente previsto, a ser atualizado até a data do efetivo pagamento complementar, incidindo correção monetária e juros moratórios de 1% ao mês, ambos a contar a partir de 27 de março de 2017, data do sinistro.

DOS REQUERIMENTOS FINAIS

Diante do que está posto, requer a Vossa Excelênciа:

Rua José Lins do Rêgo, 781 - CEP: 58.401-145 - Palmeira - Campina Grande - PB - (83) 98852.8183 / 99900.7692 - E-mail: advocacialacerda01@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118210300900000025528481>
Número do documento: 19112118210300900000025528481

Num. 26431236 - Pág. 6



- a) O recebimento da presente ação, para que ao final seja julgada procedente, com a condenação da Ré ao pagamento da quantia equivalente de até R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), devidamente corrigida por juros legais e correção monetária, a partir da data do sinistro 27 de março de 2017, abatendo-se o valor já recebido e a consequente condenação ao pagamento de honorários advocatícios correspondente ao teto máximo (20%);
- b) A citação da demandada, na pessoa de seus representantes legais, por AR, para tomar conhecimento da demanda e caso queira conteste a presente;
- c) Seja deferido o benefício da assistência judiciária gratuita ao Autor, tendo em vista que não possui condições econômicas para arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família, conforme declaração anexa;
- d) Seja permitido provar o alegado através de todos os meios probatórios admitidos em direito, em especial através do depoimento pessoal do demandado e documental, inclusive necessidade de realização de produção de prova médica pericial, afim de que se obtenha o verdadeiro grau de sequela resultante do acidente de trânsito sofrido pela vítima, cuja quesitação será juntada em momento oportuno.
- e) informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação.

Dá-se à causa o valor provisório de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Termos em que,
Aguarda Deferimento.

Campina Grande, 21 de novembro de 2019.

ASSINADO ELETRONICAMENTE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190587609 Vítima: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Data do Acidente: 27/03/2017 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JOSE LACERDA CAValcante Neto

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Informações sobre os pagamentos de impostos

Multa: R\$ 0,00

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Recebedor: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 341

Agência: 000008497

Senta: 0000038084 3

Tipo: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: GEORGE SERAFIM RODRIGUES
04853146490		

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

5 - Nome completo: GEORGE SERAFIM RODRIGUES		6 - CPF: 04853146490	
7 - Profissão: AUTÔNOMO	8 - Endereço: RUA JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA	9 - Número: 27-A	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: NOVO BODOCONGÓ	12 - Cidade: CAMPINA GRANDE	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58400-000
15 - E-mail: advocacialacerda01@gmail.com	16 - Tel.(DDD): (83) 986618849		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
JOSÉ LACERDA CAVALCANTE NETO

18 - CPF do Representante Legal: 063.136.134-06	19 - Profissão do Representante Legal: AUTÔNOMO
---	---

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="radio"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		

AGÊNCIA: 8497	CONTA: 38084	3	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		Nome do BANCO: _____

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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (val/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

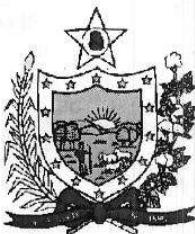
40 - Local e Data, **CAMPINA GRANDE, 23 DE SETEMBRO DE 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAZLIADO- C.GRANDE-PB.
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/n, Bairro do Catolé – Campina Grande/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA LESIONADA.

Hora e data do fato: Às 23:00, do dia 27 de março de 2017.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 14:27, do dia 20 de abril de 2017.

Local do Ocorrido: DR. VASCONCELOS, BAIRRO ALTO BRANCO, NESTA CIDADE.

COMUNICANTE/VÍTIMA: GEORGE SERAFIM RODRIGUES, do sexo masculino, nascido no dia 15/04/1983, com 34 anos de idade, ID: 2251949-SSP-PB, CPF: 048531464-90, AUTONOMO, filho de PEDRO SERAFIM NETO e de GERALDA RODRIGUES SERAFIM, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de ALEXANDRIA-RN, BRASILEIRO, residente na RUA- JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA,CASA, 27-A, complemento PRÓXIMO AO RES. DONA LINDU IV, bairro NOVO BODOCONGÓ, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, telefone Nº 9-8661-8849, celular Nº 9-9624-8771.

TESTEMUNHAS: BRUNO MACIEL DE OLIVEIRA, residente na RUA- SÃO BENEDITO CENTENÁRIO,230, bairro JEREMIAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB. FRANCIS FERREIRA DE ANDRADE SILVA, residente na RUA-FRANCISCO CALIXTO,320, bairro MONTE SANTO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

ACUSADO(S): PESSOA IDENTIFICADA POR "SAMUEL", residente na RUA- MANOEL CARDOSO PALHANO,220,, bairro JURACY PALHANO, na cidade de LAGOA SECA, PB

HISTÓRICO: QUE, no dia 27.03.2017, por volta das 23:00hs, descia a ladeira da rua Dr. Vasconcelos, bairro Alto Branco, nesta cidade, pilotando sua Motocicleta Honda XRE 300, Ano/Modelo 2014/2014, de cor Preta, de Placa KWM-6911-PB, Chassi de Nº9C2ND1110ER029900, Licenciada em nome de Diego Gomes Ayres Caluete, momento em que foi atingido pela pessoa de SAMUEL condutor do Veículo Chevrolet Cruze, de Placas OGC-3240, que conduzia o citado veículo em alta velocidade, atingindo a vítima, jogando este ao solo; Que, alega o comunicante que o condutor do veículo evadiu-se do



local sem prestar socorro ao comunicante no veículo Toyota Hilux Ano/Modelo 2016/217, de cor branca, Placas OFC-3982; Que, alega o comunicante que minutos depois compareceu ao local o pai de Samuel o Sr. EDMILSON SOUZA RAMOS FILHO, que ficou no local dando todos os dados e a versão que queria; Que, alega o comunicante em nenhum momento foi contactado pelos policiais do CPTRAN para saber como foi que se deu o acidente, visto que estava sem condições de dar a versão sobre o fato em referência; Que, alega o comunicante que o laudo está com a versão distorcida sobre o acidente, inclusive quando foi pegar o laudo viu as versões contraditórias ao ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC.

AUTORIDADE

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

ESCRIVÃO

ADEMIR DA COSTA VILAR



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL - CG



C: 518511 Laudo nº: 03.03.06.052017.12641

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 18/05/2017 Hora do exame: 11:10

Órgão Requisitante: Plantão Centralizado - 2ª DRPC. nº da Solicitação: SN/2017 Autoridade Solicitante: Luciano Bezerra Serra Seca. Nome: GEORGE SERAFIM RODRIGUES, 28 anos. filho(a) de: Pedro Serafim Neto e de: Geraldo Rodrigues Serafim. Sexo: masculino Estado civil: casado(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Alexandria/RN. Profissão: agricultor(a).

HISTÓRICO - Acidente no dia 27/03/2017.

DESCRIÇÃO - imobilização no membro superior direito, claudicação do membro inferior ipsilateral e cicatrizes recentes no antebraço esquerdo e perna direita; consta em atestado os diagnósticos de fraturas do antebraço e da perna e de transtorno do plexo braquial e nada consta quanto a sequela ou percentual (vide discussão e 4º quesito).

DISCUSSÃO - o caráter recente da lesão (52 dias) impossibilita o medico assistente ou substituto de especificar e/ou quantificar possível sequela, ainda não definida ou estabelecida.

QUESITOS

1º Há ferimento ou ofensa física? SIM.

2º Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.

3º Houve perigo de vida? NÃO.

4º Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODE RESULTAR DEBILIDADE DE MEMBROS; VOLTAR PARA EXAME COMPLEMENTAR, SOMENTE APÓS O TERMINO DO TRATAMENTO, PORTANDO ATESTADO OFICIOSO DO MEDICO ASSISTENTE OU SUBSTITUTO, CONSTANDO PERCENTUAL DE SEQUELAS, SE HOUVER.

5º Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A FRATURAS DE MEMBROS.

6º Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.

7º Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.

8º Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.

9º Resultou deformidade permanente? PODE RESULTAR DANO ESTÉTICO POR CICATRIZES VICIOSAS.

10º Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr(a).Ricardo César de Carvalho
Mat:72.905-1

SEM VIAGEM
Confere com o original que me foi apresentado
Art. 5º Parágrafo Único do Decreto nº 83.952
da 06-09-71.
Ademir 06/05/2017
M.A.T. 00.204.2
Extrato de Fólio 06 / 07 / 17.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
10º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO- C.GRANDE-PB.
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/n, Bairro do Catolé - Campina Grande/PB

OFICIO N° S/Nº/2017

20 de abril de 2017

Exame requisitado: EXAME DE CORPO DE DELITO.

SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME DE CORPO DE DELITO na pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, nesta 2ª SRPC - PB.

QUALIFICACÃO: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**, do sexo masculino, nascido no dia 15/04/1983 com 34 anos de idade ID-2251949-SSP-PB, CPF: 048533464-90, AUTONOMO, filho de PEDRO SERAFIM NETO e de GERALDA RODRIGUES SERAFIM, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de ALEXANDRIA-RN, BRASILEIRO, residente na RUA- JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA.CASA, 27-A, complemento PRÓXIMO AO RES. DONA LINDU IV, bairro NOVO BODOCONGÓ, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB, telefone Nº 9-8661-8849, celular Nº 9-9624-8771

REFERÊNCIA: Boletim de Ocorrência, lavrado às 14:27 horas, do dia 20 de abril de 2017; **COMUNICANTE:** GEORGE SERAFIM RODRIGUES; **ACUSADO:** PESSOA IDENTIFICADA POR "SAMUEL"; **TESTEMUNHA:** BRUNO MACIEL DE OLIVEIRA; **TESTEMUNHA:** FRANCOIS FERREIRA DE ANDRADE SILVA

HISTÓRICO DO COMUNICANTE: OUE, no dia 27.03.2017, por volta das 23:00hs, descia a ladeira da rua Dr. Vasconcelos, bairro Alto Branco, nesta cidade, pilotando sua Motocicleta Honda XRE 300, Ano/Modelo 2014/2014, de cor Preta, de Placa KWM-6911-PB, Chassi de N°9C2ND1110ER029900, Licenciada em nome de Diego Gomes Ayres Caluete, momento em que foi atingido pela pessoa de SAMUEL condutor do Veículo Chevrolet Cruze, de Placas OGC-3240, que conduzia o citado veículo em alta velocidade, atingindo a vítima, jogando este ao sol; Que, alega o comunicante que o condutor do veículo evadiu-se do local sem prestar socorro ao comunicante no veiculo toyota hilux Ano/Modelo 2010/2011, de cor branca, placas UFL-3982; Que, alega o comunicante que minutos depois compareceu ao local o pai de Samuel o Sr. EDMILSON SOUZA RAMOS FILHO, que ficou no local dando todos os dados e a versão que queria; Que, alega o comunicante em nenhum momento foi contactado pelos policiais do CPTRAN para saber como foi que se deu o acidente, visto que estava sem condições de se dar a versão sobre o fato em referência; Que, alega o comunicante que o laudo está com a versão distorcida sobre o acidente, inclusive quando foi pegar o laudo viu as versões contraditórias ao ocorrido; Que, alega o comunicante ter o desejo de REPRESENTAR CRIMINALMENTE contra o condutor do Veículo causador do Acidente.

BEL. LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL

AO ILMO. SR. DR MÁRCIO LEANDRO DA SILVA
MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL - CAMPINA GRANDE/PB





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 0100 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: CLAUDINEY DE SOUSA LEANDRO				Posto/Graduação: CABO / PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA: DOUTOR VASCONCELOS	Hora 23:10	Bairro ALTO BRANCO	Município CAMPINA GRANDE	UF PB			
Data/Ocorrência 27/03/2017	Dia da Semana SEGUNDA- FEIRA	C/S Vítima (QT) 01	Natureza do Acidente COLISÃO	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA	Tempo BOM	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 AUTOMÓVEL E 01 MOTOCICLETA			Controle do Trânsito no Local:				

CONDUTOR 01

Nome: EDMILSON SOUZA RAMOS FILHO		Sexo MASCULINO	Nascimento 17/10/1971	RG 1585365
--	--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço:**RUA: MANOEL CARDOSO PALHANO Nº220 JURACY PALHANO LAGOA SECA/PB**

1ª Habilitação 06/12/1990	Categoria AC	Registro CNH 01458617599	UF PB	Ex.Méd./Dia	Data Vencimento	Usava Cinto SIM	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	------------------------------------	-----------------	-------------	-----------------	---------------------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica (0,00 MG/L)	Destino do Condutor PERMANEceu NO LOCAL						
---	---	--	--	--	--	--	--

VEÍCULO 01

Marca CHEVROLET CRUZE	Espécie AUTOMÓVEL	Placa OGC-3240	Categoría PARTICULAR	Municipio CAMPINA GRANDE	UF PB
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------------

Nome do Proprietário:**LUCIANA DE MEDEIROS CALIXTO**

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012896024028	Renavam 0503960659	Data da Emissão 27/10/2016
----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Defeitos:**PARTe FRONtAl, PARA CHOQUE, FAROL LADO ESQUERDO, CAPô, PARALAMA, AIRBAGS.****VERSÃO DO CONDUTOR 01**

De acordo com a declaração do condutor, o mesmo informou que transitava na Rua Doutor Vasconcelos sentido cidade de Lagoa Seca quando repentinamente surgiu uma motocicleta a sua frente e não houve como evitar o acidente.

CONDUTOR 02

Nome: GEORGE SERAFIM RODRIGUES		Sexo MASCULINO	Nascimento 15/04/1983	RG 2251949
--	--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço:**RUA: JOSÉ ANDRÉ DA ROCHA Nº27 A NOVO BODOCONGÓ CAMPINA GRANDE/PB**

1ª Habilitação 18/04/2002	Categoria AD	Registro CNH 02298356531	UF PB	Ex.Méd./Dia	Data Vencimento 14/03/2017	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
-------------------------------------	------------------------	------------------------------------	-----------------	-------------	--------------------------------------	-------------	------------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica SOB CUIDADOS MEDICOS	Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA						
--	--	--	--	--	--	--	--

VEÍCULO 02

Marca HONDA XRE 300	Espécie MOTOCICLETA	Placa KWM-6911	Categoría PARTICULAR	Municipio TAPEROÁ	UF PB
-------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-----------------

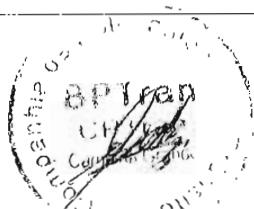
Nome do Proprietário:**DIEGO GOMES AYRES CALUETE**

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012711147934	Renavam 01017216271	Data da Emissão 23/09/2016
----------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

Defeitos:**TODA PARTE FRONtAl, TELESCÓPIO GUIDÃO, FAROL, COLUNA DE DIREÇÃO, MESA SUPERIOR E CHASSIS.****VERSÃO DO CONDUTOR 02**

De acordo com a declaração do condutor, o mesmo informou que transitava na Rua Doutor Vasconcelos sentido bairro das Nações quando sua motocicleta Honda XRE 300 apresentou falha mecânica e em seguida a motocicleta desligou apagando toda iluminação foi quando houve a colisão.

OBS: Versão colhida no dia 30/03/2017 às 16h na sala de ortopedia do Hospital de Trauma.





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0100 / 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Doutor Vasconcelos - 10,00 metros

VIA "B" - Rua Monteiro Lobato - 8,00 metros

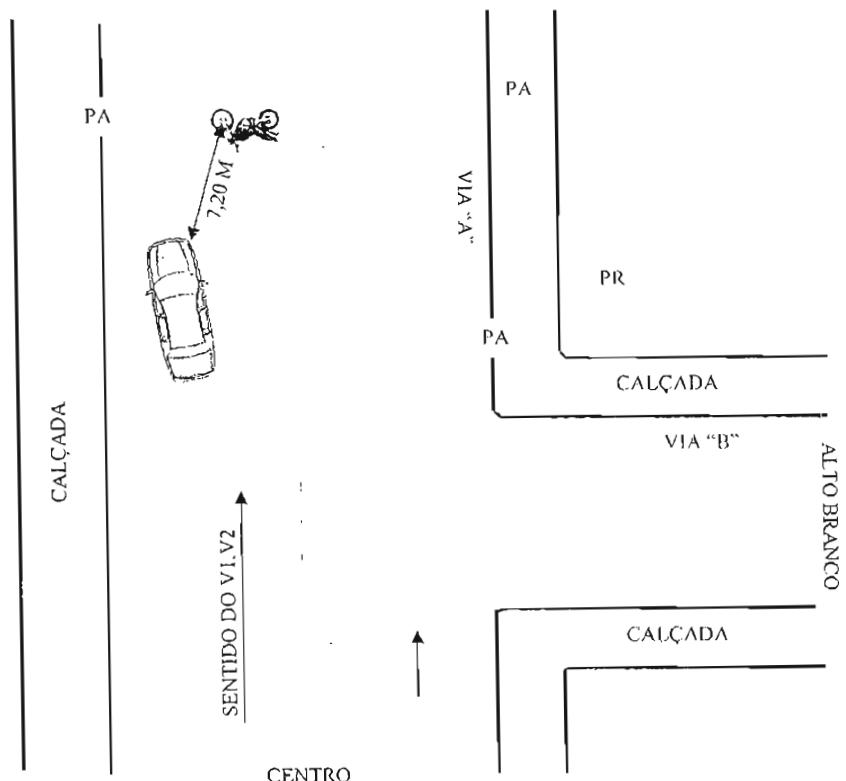
PR (Ponto de Referência): Residência Nº316

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste da Energisa

V1 (Veículo 01): Eixos Dianteiro Direito 14,80 e Traseiro Direito 6,00 metros para (PA)

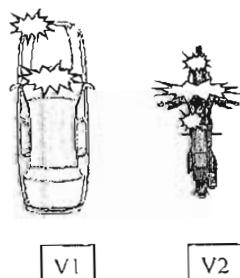
V2 (Veículo 02): Eixos Dianteiro 2,20 e Eixos Traseiro 8,80 metros para (PA)

BAIRRO DAS NAÇÕES



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECER ESCALA

A VARIAIS



Claudiney de S. Leandro
Mat 521038-1

Claudiney de Souza Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUZA LEANDRO

Responsável pelo levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT N° 0100 – 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:						
CHEVROLET CRUZE	OGC-3240-PB	CB CLAUDINEY	27-03-2017						
AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE									
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE									
Item	Nome da Peça	Avaliação	Avaliação						
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel cortin-fogo	X			12	Longarina traseira esquerda	X		
02	Longarina dianteira esquerda	X			13	Assoalho porta malas ou caçamba	X		
03	Caixa de roda dianteira esquerda	X			14	Longarina traseira direita	X		
04	Estrutura da soleira esquerda	X			15	Caixa de roda traseira direita	X		
05	Air Bags frontais	X			16	Estrutura da coluna traseira direita	X		
06	Air Bags laterais	X			17	Estrutura da soleira direita	X		
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X			18	Estrutura da coluna central direita	X		
08	Estrutura da coluna central esquerda	X			19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	X			20	Assoalho central direito	X		
10	Caixa de roda traseira esquerda	X			21	Caixa de roda dianteira direita	X		
11	Assoalho central esquerdo	X			22	Longarina dianteira direita	X		
Total Geral (Sim + NA)									

Observações:

02=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 ->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2															
Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:												
HONDA XRE 300	KWM-6911-PB	CB CLAUDINEY	27-02-2017												
MOTOCICLETA															
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE															
Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA					
01	Garfo dianteiro	X				05	Chassi	X							
02	Mesa superior da suspensão dianteira	X				06	Garfo traseiro		X						
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	X				07	Eixo traseiro (triciclos)								
04	Coluna de direção	X				Total Geral (Sim + NA)									

Observações:

05=DANO DE GRANDE MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

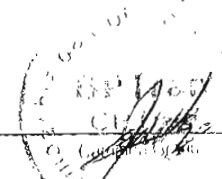
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 ->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 31 de março de 2017.

Claudiney de Sá Leandro
Responsável pelo Levantamento



Claudiney de Sá Leandro
Mat. 521038-1



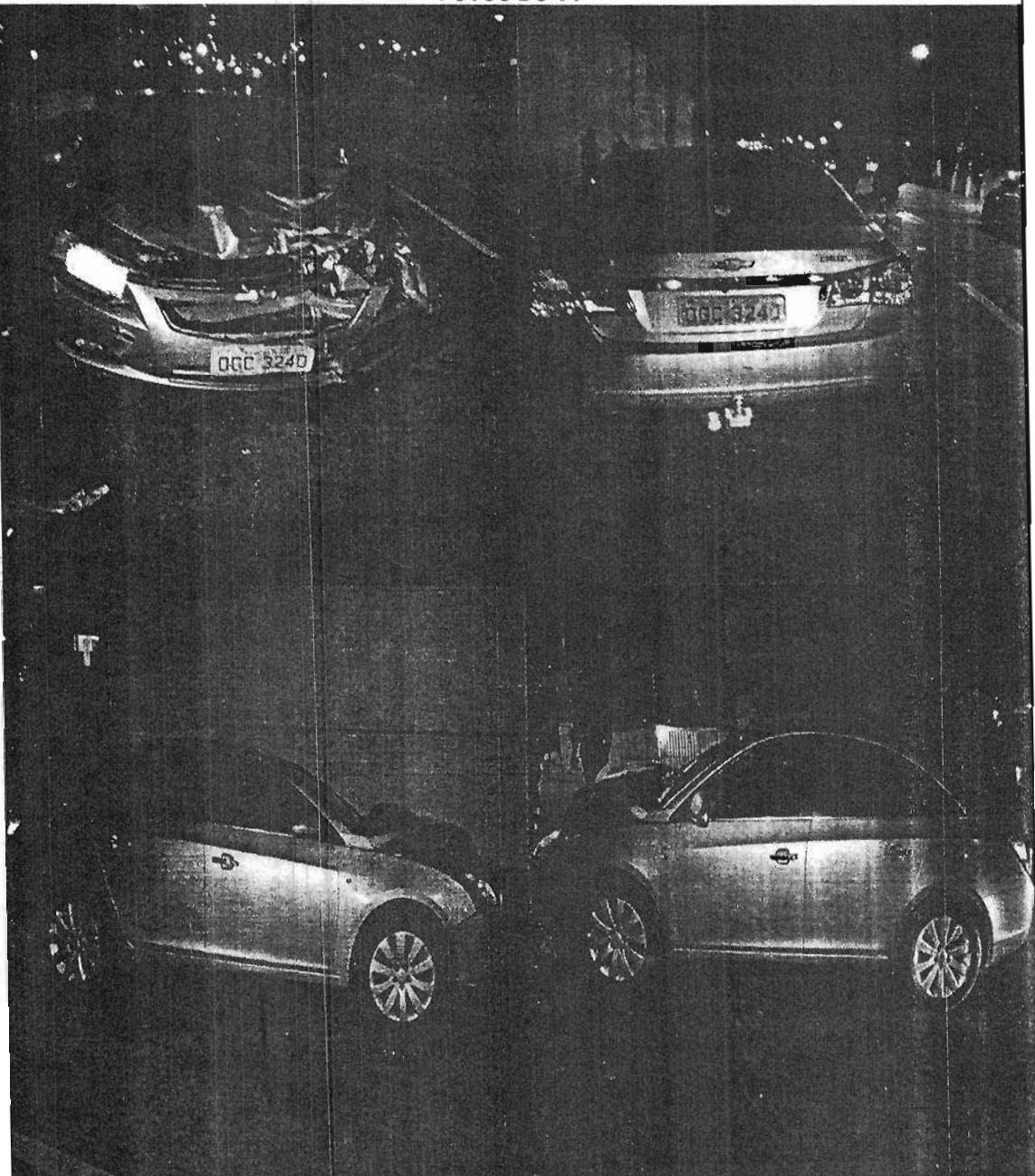


POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0100/2017

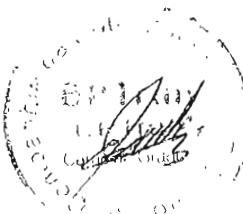
FOTOS DO V1



Claudiney de Souza Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUZA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento

2

Claudiney de S. Leandro
Mat. 521038-1



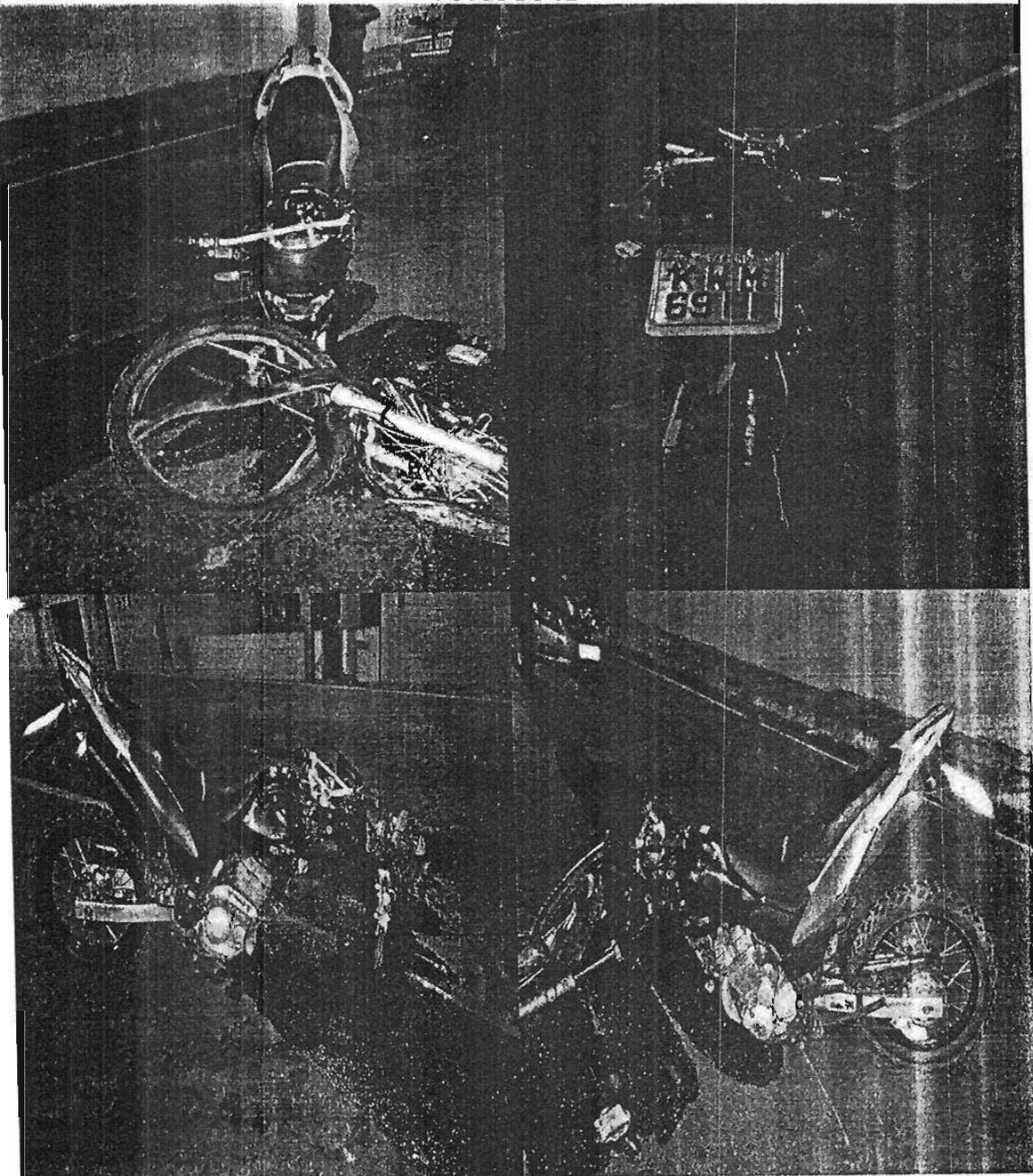


POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0100/2017

FOTOS DO V2



Claudiney de Souza Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUZA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento

3

Claudiney de S. Leandro
Mat 521036-1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Georgi Serafim Rodrigues, portador da carteira de identidade nº 2251949, e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.531.464-90, residente e domiciliado na Rua José Ayres Da Rocca, Cidade Campina Grande, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Georgi Serafim Rodrigues.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina Grande, 01 de agosto 2019

Local e data





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

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente George Serafim Rodrigues, vítima de acidente de trânsito no dia 27 de Março de 2017 aproximadamente às 21h50min, End: R. Dr. Vasconcelos – Alto Branco, sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de urgência e Trauma.

Campina Grande, 04 de Abril de 2017.

Fábio Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

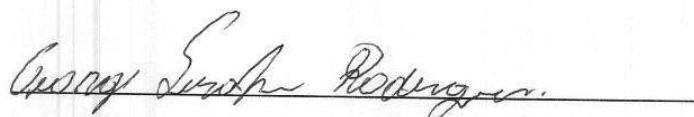


Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118210660100000025528487>
Número do documento: 19112118210660100000025528487

Num. 26431242 - Pág. 2

DECLARAÇÃO EM RELAÇÃO A DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DE VEICULO

EU, **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**, CPF: **048.531.464-90**, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, QUE NÃO POSSUO MAIS NENHUMA DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO HONDA/XRE 300, ANO/MODELO: 2014/2014, COR: PRETA, PLACA: KWM 6911, LICENCIADA EM NOME DIEGO GOMES AYRES CALUENTE, BEM COMO NÃO TENHO QUALQUER CONTATO OU VÍNCULO COM A PESSOA DE DIEGO GOMES AYRES CALUENTE.



GEORGE SERAFIM RODRIGUES

CPF: 048.531.464-90





Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:07
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911211821071860000025528488>
Número do documento: 1911211821071860000025528488

Núm. 26431243 - Pág. 2



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____

Órgão _____, portador do CPF nº _____,

com domicílio na cidade de _____, no Estado de
_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) _____, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima _____, cujo o condutor era _____.

Veículo: _____ Modelo: _____ Ano: _____

Placa: _____ Chassi: _____

Data do Acidente: ____/____/____

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

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





Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118210782700000025528489>
Número do documento: 19112118210782700000025528489

Num. 26431244 - Pág. 2



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
71148329
REFERENCIA
NOV/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

GEORGE SERAFIM RODRIGUES
RUA JOSE ANDRE DA ROCHA 27-A

UNIVERSITARIO 58100-000
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável	
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
010.42.022-0120	0	1	0	0	0	81038488
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y14N320457	26/09/2014	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
471	488	17	32	06/12/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
MAI/2017	13	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUN/2017	7	0	COR	55 181 180
JUL/2017	9	0	CLORO	178 181 180
AGO/2017	14	0	TURBIDEZ	178 181 180
SET/2017	10	0	COL.TERMOT	0 0 0
OUT/2017	15	0	COL.TOTAIS	178 181 180
MEDIA(M)	11		DADOS REFERENTES A:SET/2017	

DATA DA LEITURA:	08/11/2017	HORA DA LEITURA:	08:36:20
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO TOTA (R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	36,84	R\$36,84
DE 11m A 20m	7	33,25	R\$33,25
TOTAIS		70,09	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6,48 PTS F COFINS LET 12 7-11-12

VENCIMENTO: Total a Pagar:

21/11/2017 R\$70,09

V 16 13 R 10
INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIORES EXISTE(N) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMAÇÕES GERAIS: ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
71148329	NOV/2017	21/11/2017	R\$70,09

82680000000-0 70090010827-0 11483291120-9 17000000002-



2017-3-30

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 30/03/2017 Hora: 16:16:10

SUS

**Sistema
Único de
Saúde**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

1407167

7 - CARTÃO DO SUS

702309115603111

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/04/1983

9 - SEXO

Masc**B**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

GERALDA RODRIGUES SERAFIM

11 - TELEFONE DE CONTATO

83**987155268**

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)

JOSE ANDRE DA ROCHA , 27 , NOVO BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE RÁDIO E FRATURA DE OSSOS DA Perna D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016000536785

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

SCHUBERT LUIGI COSTA RODRIGUES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31 /03/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

/ /





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

140 716+

0/0/0

Ex. Rádio E

2) Ex. Oras Dura D

Paciente George Serafim 133e

Alojamento S Leito 1 Convênio

Data Prescrição Médica

Horário

HORARIO P.DIA Evolução Médica

28/03 1) Decote Cíure 1500 ml EV
2) SFO 1.500 ml EV
3) Tiletal 20 mg EV 12h/12h
4) Dipirona 1FA EV 6h/6h
5) Paracet 100 mg EV 8h (SYN)
6) Novocainon 1 FA EV 8ish (SIN)
7) SSVV + CGG

12h 12h 12h 12h 12h 12h 12h
DSH = 12h

Paciente vítima de acidente de ve-

ículo, inconsciente, apesar das

toxinas

Ainda não eliminação
Encravado (-) e Eliminado (-)

Movimentações de Pachecos tibiais D (+)
e quinculturais, E (+)

Refluxo ótico em níveis cervical e dor-
ado.

Em tempo: Alergia a
Bustapar.

Dr. Gerson Costa
Sesmed Traumatologista
Dr. Gerson Costa
Ortopedista

Dr. Gerson Costa
Ortopedista

MO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESSE

Diagnóstico

~~Siemens Rádio e
fábrica Omon da Perna D~~

Future Radio & Future Osmo Old Park D

Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118210984500000025528492>
Número do documento: 19112118210984500000025528492

Num. 26431247 - Pág. 1

2017-3-30

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 30/03/2017 Hora: 16:16:10

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE GEORGE SERAFIM RODRIGUES			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1407167	
7 - CARTÃO DO SUS 702309115603111		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1983	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL GERALDA RODRIGUES SERAFIM			11 - TELEFONE DE CONTATO 83 987155268	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) JOSE ANDRE DA ROCHA , 27 , NOVO BODOCONGO				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE RÁDIO E FRATURA DE OSSOS DA Perna D		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA ORTOPEDIA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016000536785	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE SCHUBERT LUIGI COSTA RODRIGUES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27 /03/2017	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRANSITO	34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE
				38 - SÉRIE
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

04/01

<input checked="" type="checkbox"/> Ex Rádio E
<input checked="" type="checkbox"/> Ex Ortop D

140 7164

Paciente George Sanojina 133 e

Alojamento 3 Leito 1 Convênio

Data Prescrição Médica

Horário Horário Pediá Evolução Médica

28/03 1) Diclofenac 50mg EV

D5H = 12

2) Profosil 1500 ml EV

12

3) Tiletac 20 mg EV 12/12h

12

4) Dipirona 1FA EV 6/6h

12

5) Paracet 100 mg EV 8/8h (SIN)

12

6) Novocaina 1 FA EV 8/8h (SIN)

12

7) SSVV + CCG

12

Ainda não se eliminou
Evacuações - Eliminadas -

Movimentações de Pachecos D
e apicalidades E

Refere dor em região cervical e dor
ad.

Era tempo: Alargia a
Bucalopore

Dr. Schubert Costa Ortopedista Traumatólogo Cirurgião Dentista

Moi









RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Georg Serafim Rodrigues	Idade:	33 A
Convênio:	Sus	Data:	
Procedimento:	Orteossíntese		
Cirurgião:	Dra. João Paulo	Auxiliar:	
Início:	10:45	Término:	12:20
Anestesista:	Dra. Leonardo	Anestesia:	Bloqueo de Flexo.

Observações:

13:30 Paciente evolui bem no Pós-Operatório encomendado para de ortopedico

Simone Cabral de Souza
Enfermeira
COREN-PB SIS-362

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 103

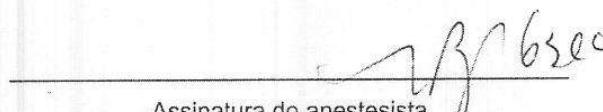




TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

13:20


Assinatura do anestesista



DR. PEDRIN

AN. 31/04/1983

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: **GEORGE SÉRGIO RODRIGUES**
 QI **4** LEITE **1** CONVÉNIO **SUS** IDADE **33** REGISTRO **1405631**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospitais de

Emergência e Trauma

Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA: **Intervento Cirúrgico de Fissura Uretral** CIRURGÃO: **DR. JOSÉ RICARDO MELLO**
 ANESTESIA: **Razem + Bloco TOZIFLEX + MONOFAR** ANESTESIA: **DR. JOSÉ RICARDO MELLO**

INSTRUMENTADORA: **DR. JOSÉ RICARDO MELLO** DATA: **31/03/2017** HORA INÍCIO: **10:45** HORA FIM: **12:20**

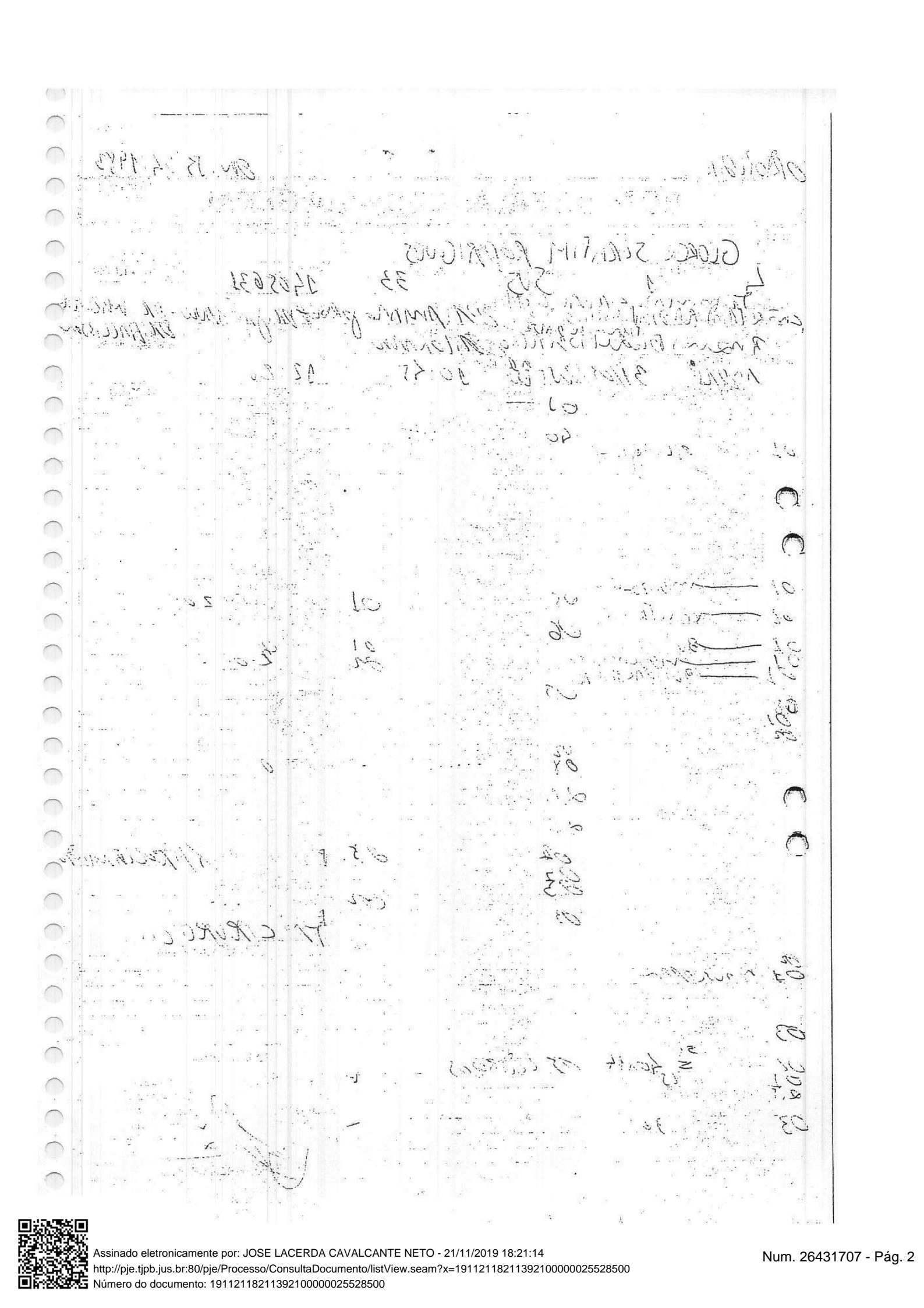
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. p/ Óxig.	Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	50	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp.	32 mg/ml	Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoides	Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
01	Pavulon amp.	100 mg/ml	Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Proligmine amp.	25	Espasadrapo Larco cm	01 Fio de Algodão Sutupak 2-0	
01	Protóxido de Prata	100 ml	Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	06	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardiaca	
01	Rapifen amp.	500 mg/ml	H ₂ O ml	01 Mononylon 2-0	
01	Thionembutal ml	100 mg/ml	Intracath Adulto	01 Mononylon 2-0	
01	Flaxidol amp.	Fracionado	Intracath Infantil	Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serfix	
08	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Serfix	
05	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0	Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5	Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	08	Luvas 8.0	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5	Vicryl Serfix 0	
	Glicose amp.	25	Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.	25	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd. SOROS	
	Kanakion amp.	04	Sabão Antiséptico	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	03	Seringa desc. 10 ml	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	03	Seringa desc. 05 ml	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupitanon amp.		Sonda folley	Qtd. ORTESE E PRÓTESE	
01	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica		
01	Ureteron		Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
03	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 25 x 28		Latese		
02	Aguilha desc. 30 x 5	50x14	05 000820		
01	Aguilha p/ raque nº 25				
01	Alcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
03	Ajáduras de Crepon	70			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metíleno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapiôgrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

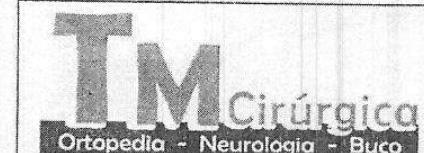
CIRURGIANO RESPONSÁVEL

MOD 066



Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118211392100000025528500>
Número do documento: 19112118211392100000025528500

Num. 26431707 - Pág. 2



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1^a Via Cliente / 2^a Via Empresa / 3^a Via Fixa

Nº 3130

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

Hospital do Mauá

CIDADE

E. Gravatá

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

GEORGE SÉRGIO RODRIGUES

Nº DO FONTE/ARTIGO

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Tra. Cir. do Mauá de fixa e Rodo disip.

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
Dra. 4.5 ESTÉTICA JF.	01		
JM45. CORTAIS 4.5x28	01		
"/" 4.5x30	01		
"/" 4.5x32	02		
"/" 4.5x34	03		
"/" 2.5x36	01		
Dra. 3.5 DCP 65 - A	01		
JM45. CORTAIS 3.5x16	02		
"/" 3.5x18	02		
"/" 3.5x20	02		
"/" "/ "			

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Ex 4.5 Simplex
Ex 3.5 Simplex

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESE
SECRETARIA DE SAÚDE

Diagnóstico

FX RADIO E + FX OSSOS PERNAD

FOLHADO TRATAMENTO E EVOLUÇÃO CLÍNICA

०५

FX RADIO E + FX OSSOS PERNAD

Data	DIÉTICA/LIVRE	Prescrição Médica	C	Hora	UH	DPD	Evolução Médica
31/01/17	SF 0,9% 1500ML EV 24H		✓	20	3:30		
4	DIPIRONA 2ML EV 6/6H		18	24	3:30		P.D.
5	Omeprazol 40mg 01 cp VO/jejum						
6	NAUSEDRON 8mg/ml 1amp.+ ABD EV 8/8h - S/N		14	20	24		
7	TRAMAL 100mg/ml-01amp.+ SED 5% 100ml EV 8/8h - S/N						
8	THIAZIL 20MG EV 12/12HS/N						
9	SSV+CCGG						
10	Colchicina 1g + ABD ev 12/12hs						
11	Diclofene 75mg Ev 12/12hs						
12	Uncfina 500mg dia						
13			15	18	24		
14							
15		Yury de Paula Camara Endocrinologia e Nutrologia CRMESP 10807					
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO EXTRATORACICA

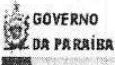
FX.RADIO E + FX.OSSOS.PERNAS.D
LEITO 4-1

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
GEORGE SERAFIM 33 ANOS			

Data	DIETA LIVRE	Prescrição Médica	Horário	DIH	DPO	Evolução Médica
01/01	2 SF 0,9% 1500ML EV 24H		16 20 30			
	4 DIPIRONA 2ML EV 6/6H		18 24 06			
	5 Omeprazol 40mg 01 cp VO/jejum					
	6 NAUSEDRON 8mg/ml -1amp + ABD-EV 8/8h - SN					
	7 TRAMAL-100mg/ml-01amp + SF0,9% 100ml EV 8/8h					
	8 TILATE 20MG EV 12/12H					
	9 SSVV + CCGG					
	10 CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H					
	11 DECADRON 4MG/ML 1 FA + AD EV 8/8H					
	12 CURATIVO					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					

Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:16
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911211821160170000025528503>
Número do documento: 1911211821160170000025528503

Núm. 26431710 - Pág. 1



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	GEORGE SERAFIM RODRIGUES
DATA DO EXAME:	28/03/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

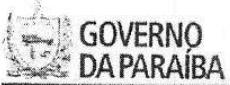
Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB-6101





Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118211664000000025528505>
Número do documento: 19112118211664000000025528505

Num. 26431712 - Pág. 1



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): GEORGE SERAFIM RODRIGUES	Protocolo: 0000327906	RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JEFFERSON LIBSON L. A. ROCHA	Data: 28-03-2017 12:47	Origem: CLINICA CIRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 33 anos	Destino: ENF 09 - L.01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:12]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

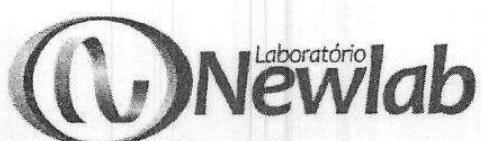
Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm ³	4,2 à 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	43 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	97 fL	83,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	32 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.900 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
(%)	(/mm ³)	
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	297
Segmentados.....	81,0	8.019 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0,5 à 5,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos		
Típicos.....	15,0	1.485 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	1,0	99 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	194.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): GEORGE SERAFIM RODRIGUES Protocolo: 0000327906 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JEFFERSON LIBSON L. A. ROCHA Data: 28-03-2017 12:47 Origem: CLINICA CRURGICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 33 anos Destino: ENF 09 - L 01

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:13]

Valores de Referencia:
De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 28/03/2017 13:13]

Valores de Referencia:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Emissão : 28/03/2017 15:32 - Página 2 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118211725500000025528506>
Número do documento: 19112118211725500000025528506

Num. 26431713 - Pág. 2



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *George Serafim Rodrigues* | Registro: | Leito: *4-1* | Setor Atual: *07+*

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Suôrese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____	Precordialgia (<input type="checkbox"/>)
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: _____	Data da punção <u>30/03/17</u>
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações: _____	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetênciça (<input type="checkbox"/>) Distagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros: _____	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotenso (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros: _____	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros: _____	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input checked="" type="checkbox"/>) Hematomas (<input checked="" type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro: _____	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro: _____	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono Interrompido. Observações: _____	
ANALISANDO AS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo:	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros: _____	
3 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações: _____	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente seem felizes	
Dr. Henrique Souza de Melo Enfermeiro Especialista PSF Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: <u>01/07/17</u> HORA: _____ h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

Identificação: Nome: George Seagull Rodrigues | Registro: | Leito: 4 - I | Setor Atual: 01+

EVOLUÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia; () Taquipnénia () Bradipnénia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input checked="" type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: _____ Data da punção <u>30/03/17</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrostomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input checked="" type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
A - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo:	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
B - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>Paciente refere dor na coluna - MC</i>	
Dr. Maria do Socorro de Melo Enfermeira Especialista PSF COREN 241.221 Mat 158158-0	
Carrimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA <u>30/03/17</u> HORA: ____ h

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gerson Soárez Rodrigues | Registro: Leito 09 / CL | Setor Atual:
 Idade: 33 | Sexo: M | Cor: Pardo | Estado Civil: Casado | Naturalidade: Alexandria | Profissão: Agricultor
 Procedência: Vermelha Amarela Verde UTI CC Ala: Residência Outro
 Data da internação hospitalar: 27/03/17 | Data da internação no setor: 28/03/17
 Tem um cuidador/Responsável: Quem? Esposa (Ana Paula)
 Telefone: 99624-8771 | Tem acesso a uma UBS: Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: Motivos: Alergias: Qual:
 Doenças: HAS DM DPOC Cardiopatia Obesidade Tabagista Ex-tabagista Neoplasia
 Alcoolismo Drogadição Outros: Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente de Moto.

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90 °C; P: 52 bpm; FR: 20 irpm; PA: 120x80mmHg; FC: bpm; SPO2: %
 HGT: mg/dl; Peso: 82 Kg; Altura: 1,74 cm | Dor: Local: Coluna | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia | Local:

Linguagem: Alteração: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

VMNI VMI TOT nº | Comissura labial nº | FiO2 % | PEEP cmH2O

Eupnênia Taquipnênia Bradipnênia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar | Observação:



SEGURANÇA FÍSICA	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Tranquilo (<input type="checkbox"/>) Agitado (<input type="checkbox"/>) Agressivo. (<input type="checkbox"/>) Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: (<input checked="" type="checkbox"/>) Regular (<input type="checkbox"/>) Irregular (<input type="checkbox"/>) Impalpável (<input type="checkbox"/>) Filiforme (<input type="checkbox"/>) Cheio.	
Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais?	Precordialgia: (<input type="checkbox"/>)
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input type="checkbox"/>) VO (<input checked="" type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastroenterologia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input checked="" type="checkbox"/>) Outros: <i>Dolorido</i>	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos; (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há ____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input checked="" type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input checked="" type="checkbox"/>) Local/Aspecto: <i>Anébraço Externo, Pele D. Tibia</i> Curativo em: <i>28/03/17</i>	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: <i>Fibula</i> Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono Interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input checked="" type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>DR. Vitorino Clemente Silveira</i> ENFERMEIRO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CRF-RS 278.180	
DATA: <i>28/03/17</i> HORA: <i>15:30</i> h	
(Preceptor)	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Guilherme Suaçam Pedriques

Enfermaria: _____ Leito: 01 Data: 28/03/17

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS/FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DE MELHORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estrese ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()	Anorexia ()	Dor abdominal ()	Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()	Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	Prejuízo neuromuscular (X)	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro (X)
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()	Ansiedade ()	Ansiedade ()	Ansiedade ()	Ansiedade ()	Incapacidade de lavar o corpo (X)
5	Hipertermia	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()	Outros ()	Outros ()	Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	Relato verbal de dor (X)
6	Integridade da pele prejudicada	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()	Outro ()	Extremos de idade ()
7	Mobilidade Física prejudicada	Aumento da taxa metabólica ()	Circulação prejudicada ()	Tr亮icardia ()	Tr亮ipneia ()	Destrução de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo (X)	Hipotermia ()
8	Padrão respiratório ineficaz	Extremos de idade ()	Imobilização física (X)	Outro ()	Outro ()	Rompimento da superfície da pele (X)	Outro ()	Ansiedade ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ansiedadde ()	Desconforto ()	Rigidez articular	Dificuldade para virar-se (X)	Dispnéia ao esforço ()	Dispnéia ()	Desconforto ()
10	Risco de infecção	Ansiedadde ()	Desconforto ()	Prejuízos músculo esquelético (X)	Desuso ()	Outro ()	Dispnéia ()	Ansiedadde ()
11	Risco de queda	Ansiedadde ()	Desconforto ()	Ansiedadde ()	Outro ()	Movimentos descontrolados ()	Outro ()	Ansiedadde ()
12	Padrão de sono prejudicado	Ansiedadde ()	Desconforto ()	Ansiedadde ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Outro ()	Ansiedadde ()
13	Outro	Ansiedadde ()	Desconforto ()	Ansiedadde ()	Outro ()	Balimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
14	Outro	Ansiedadde ()	Desconforto ()	Ansiedadde ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()	Outro ()

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		() Manutenção da glicemia estável.
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		(X) Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		(X) Melhora a aceitação alimentar.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		() Manutenção da glicemia estável.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
(X) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	Simpre	(X) Controle da dor (melhorada / ausente).
(X) Explícitar ao paciente as possíveis causas da dor.	Simpre	
(X) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	Simpre	
(X) Avaliar características, intensidade e local da dor.	Simpre	
(X) Avaliar alterações de sinais vitais.	Simpre	
(X) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	CPM	
(X) Após administrar medicamentos antieméticos, avaliar e registrar os resultados.	Simpre	(X) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar reações de desorientação/confusão.	Simpre	(X) Melhora da integridade da pele.
(X) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	Continuo	(X) Diminuição do risco de lesão.
(X) Avaliar condições do curativo.	Simpre	(X) Mobilidade física melhorada/eficaz.
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.	Simpre	() Melhora da perfusão tissular.
(X) Orientar e estimular a movimentação no leito.	Simpre	(X) Padrão respiratório eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	9 / 2 horas	() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.	Simpre	(X) Diminuir o risco de infecção.
(X) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).	Simpre	() Melhora da perfusão tissular.
(X) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
() Realizar balanço hídrico.	Simpre	() Diminuir o risco de queda.
(X) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos e anotar.	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
() Manter as grades do leito elevadas.	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
() Conter o paciente quando necessário.	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
(X) Manter ambiente calmo e tranquilo.	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
(X) Orientar repouso no leito.	Simpre	() Melhora do padrão do sono.
(X) Administrar medicação CPM.	CPM	() Outros
() Outros		() Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):


Enfermeiro(a)

FONTE: NIC:2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.; SAE, 2.ed. 2010



9.1 *



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Geor - Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL:

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
 () VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO₂ % PEEP cmH₂O

() 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose' (<input type="checkbox"/>) Súdorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____/____/____	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gástronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICODESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Seviu seu culto, HCPM, sob os cuidados da equipe de enfermagem e acompanhando Marisa Silva, Enfermeira, 270.307</i></p>	
<p><i>Assinatura:  Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 28/03/14 HORA: 12h00 h</i></p>	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





GOVERNO
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

Paciente



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		() Manutenção da glicemia estável.
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Avaliar alterações de sinais vitais.	M	
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	N	
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar reações de desorientação/confusão.		() Melhora da integridade da pele.
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		() Diminuição do risco de lesão.
() Analisar condições do curativo.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		() Melhora da perfusão tissular.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		() Padrão respiratório eficaz.
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca).		
() Realizar balanço hídrico.	X	
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	X	
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	X	
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	X	() Diminuir o risco de infecção.
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	X	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		() Diminuir o risco de queda.
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		() Melhora do padrão do sono.
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		() Outros
() Outros		

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC:2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.; SAE, 2.ed. 20

2017-3-30

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 30/03/2017 Hora: 16:16:10



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

-Identificação do Estabelecimento de Saúde-

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

-Identificação do Paciente-

5 - NOME DO PACIENTE

GEORGE SERAFIM RODRIGUES

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1407167

7 - CARTÃO DO SUS

702309115603111

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/04/1983

9 - SEXO

Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

GERALDA RODRIGUES SERAFIM

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 N° DE TELEFONE 987155268

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)

JOSE ANDRE DA ROCHA , 27 , NOVO BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DE RÁDIO E FRATURA DE OSSOS DA Perna D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
ORTOPÉDIA27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
0228 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001600053678530 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
SCHUBERT LUIGI COSTA RODRIGUES31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
07 /03/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVEDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO
				() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) / /
---------------------------------	---



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO
ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	George Sevalva Bocanegra	End:	Rua Jose Andrade da Rocha, 27 A Bairro: Novo Bodocongo
Data de Nascimento:	15-09-83	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. de	Data do Atend.:	27-03-17 Hora: 23:45 Documento: —
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Nota

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente

Frequência respiratória:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Mucosas: () Normocorada () Pálida

Dosagem de HGT:

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

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

Emergência
Emissária
CORON-PB 310.725

Assinatura e carimbo do profissional



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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome:	<i>G. e. o. y. e</i>										PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A							

DADOS CLÍNICOS:

fx Digital & Radio (L) & TV (R).

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Figitomyia motator

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dr. Wagner ORTOPEDISTA DRT. WAGNER
DATA: 27/06/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

George S. Rodriguez

foi atendido (às) hoje, às 18/01 (centro e oficina)
horas, necessitando de 10 (centro e oficina)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 552 + 582 + 654.0

Campina Grande, 25/04/17

Dr. André Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE OMBRO
CRM 5626-PB.

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

George Serefin Bolupu

foi atendido(as) hoje, às 30 (Trinta)
horas, necessitando de 30 (Trinta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 552+582+684.0

Campina Grande,

27/10/14

Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes
Traumatologia/Ortopedia

CRMN 5793

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Registro: 121926

Num. RG:2251949

CPF: 048.531.464-90 Nascimento: 15/04/1983 34 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: AÇUDE DO ALÍVIO

N.: 27

Bairro: PAJUÇARA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59133350 Fone: 83986618849

Profissão: VENDEDOR AMBULANTE

Mãe: GERALDA RODRIGUES SERAFIM

Dados do Internamento

Num. Internamento 1

Entrada: 09/06/2017 8:17 Previsão saída: 10/06/2017 11:00 Atendente: CLAUDIAF

Convênio:SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS:702309115603111

Médico : Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO

CRM: 4884

ENFERMARIA 101-C

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

X: George Serafim Rodrigues

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiroz 59.822-020 Natal / RN
Contrato com o paciente
EM 2018

Observações

COM LAUDO E SEIS PELICULAS DE TC I, LAUDO E QUATRO PELICULAS DE RM LAUDO DO SMS LAUDO DO RISCO
ECG EXAMES LAB MEDICO CIENTE





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Registro: 121926

Num. RG: 2251949 CPF: 048.531.464-90 Nascimento: 15/04/1983 34 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: AÇUDE DO ALÍVIO

N.: 27

Bairro: PAJUÇARA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59133350 Fone: 83986618849

Profissão: VENDEDOR AMBULANTE

Mãe: GERALDA RODRIGUES SERAFIM

Dados do Internamento

Num. Internamento 1 Entrada: 09/06/2017 8:17 Previsão saída: 10/06/2017 11:00 Atendente: CLAUDIAF

Convênio:SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 702309115603111

Médico : Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO

CRM: 4884

ENFERMARIA 101-C

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neuroológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____

MedicWare

Página 1 / 1





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** Registro: 121926
Num. RG: 2251949 CPF: 048.531.464-90 Nascimento: 15/04/1983 34 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)
Endereço: AÇUDE DO ALÍVIO N.: 27
Cidade : NATAL Bairro: PAJUÇARA
Profissão: VENDEDOR AMBULANTE UF: RN CEP: 59133350 Fone: 83986618849
Mãe: GERALDA RODRIGUES SERAFIM

Dados do Internamento

Num. Internamento 1 Entrada: 09/06/2017 8:17 Previsão saída: 10/06/2017 11:00 Atendente: CLAUDIAF
Convênio:SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 702309115603111
Médico : Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO CRM: 4884 ENFERMARIA 101-C

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8089 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS D)**
2. - O(A) **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

George Serafim Rodrigues

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável comprehendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO - CRM 4

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979/
Tiroz 59.822-820 Natal / RN
Confere com original
Em, / / /

MedicWare

Página 1 / 1



GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WALFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

202859076

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE MEMORIAL	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE GEORGE SERAFIM RODRIGUES	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 702305115603111	8 - DATA DE NASCIMENTO 15.04.83
9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO 1
11 - TELEFONE DE CONTATO 8498602-8220	12 - ENDERECO (RUA, N°) Av. Acácio Távora 27
13 - MUNICÍPIO RN	14 - BARRA RN
15 - UF RN	16 - CEP 59133380

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente com dor e limitação funcional ombro DIREITO.
RM - Lesão do Manguito Rotador

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima Citada

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

RM + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Lesão Manguito Rotador Ombro DIREITO	21 - CID 10 PRINCIPAL M 751	22 - CID 10 SECUNDARIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Reparo do Manguito Rotador 408010142 Tenoplastia do Biceps 408060476 Sinovectomia 408060123	25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO 0415020034	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Marcelo Lacerda Cavalcante Neto
Ortopedista / Cirurgião / CRM / CNES / CPF
Assinatura e Carimbo (nº reg. no Conselho)

29 - DT. SOLICITAÇÃO
07 / 06 / 2017

30 - ASSINATURA E CARIMBO (nº reg. no Conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BIBLIOTECA MEMORIAL	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		41 - DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	45 - () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO / /	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT. AUT. / /	51 - DT. AUT. / /	
48 - CNS / CPF		

49 - ASSINATURA E CARIMBO (nº reg. no Conselho) 53 - ASSINATURA E CARIMBO (nº reg. no Conselho)



2017-6-23

SISREG III - Ambiente de Produção

Código Solicitação: 202859076

Número AIH: 241710042489-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro:
Av JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

NATAL
07.06.2017 - 10:50:39
07/06/2017 - 11:25:11
11.06.2017
08.06.2017
09.06.2017
08/06/2017 - 12:15:16
1.1 ALTA CURADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL
Operador
Operador
Operador
Operador
LUCIMAR
01419244469CLARISSA
33391521449FRANCISCA
33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
702309115603111
Nome do Paciente
GEORGE SERAFIM RODRIGUES
Nome da Mãe
GERALDA RODRIGUES SERAFIM
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
15/04/1983 (34 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):

Nome Social/Apellido:

Naturalidade:
ALEXANDRIA - RN
Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
JOAO BANDEIRA
Bairro:
CENTRO
Município da Residência:
PILOES
Complemento:
CEP:
59960-000
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
02166001467
CPF do Médico Executante:
01203172494
Diagnóstico Inicial - CID:
M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR
Caráter:
10 - Eleito
Clinica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)

Nome do Médico Solicitante:
MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
Nome do Médico Executante:
MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO
Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento eleito
Clinica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408010142

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979/
Tiro 59.922-020 Natal / RN
Conferir com original
Em, _____

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com dor e limitação funcional do ombro direito

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R M + E F

Condições que Justificam a Internação:

tratamento cirúrgico lesão manguito + tenoplastia + sinovectomia

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

07.06.2017 - 10:50:39

Data da Extração dos Dados: 23/06/2017 11:05:41

https://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118212392700000025528519



Código Solicitação: 202859076

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Unidade Executante	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Logradouro, Endereço, Nº., Complemento, Bairro	Município Executante		
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL	NATAL		
Central Reguladora	NATAL		
Data de Solicitação	07/06/2017 - 10:50:39	Operador	LUCIMAR
Data de Autorização	07/06/2017 - 11:25:11	Operador	01419244469CLARISSA
Data de Reserva	11.06.2017		
Data de Internação	08.06.2017	Operador	33391521449FRANCISCA
Data Prevista de Alta	09.06.2017		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	702309115603111	Nome Social/ Apelido	---
Nome do Paciente	GEORGE SERAFIM RODRIGUES	Naturalidade	ALEXANDRIA - RN
Nome da Mãe	GERALDA RODRIGUES SERAFIM	Raça	AMARELA
Sexo	MASCULINO	Tipo Sanguíneo	---
Data de Nascimento	15/04/1983 (34 anos)	Logradouro	JOAO BANDEIRA
Tipos Logradouro:	RUA	Bairro	CENTRO
Número.		Município de Residência	PILOES
País de Residência	BRASIL	CEP	59960-000
Telefone(s)	---	UF	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante	Nome do Médico Solicitante	Status da Solicitação
02166001467	MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO	APROVADA
CPF do Médico Executante	Nome do Médico Executante	
01203172494	MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO	
Diagnóstico Inicial - CID:	Classificação de Risco	
M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR	Prioridade 3 - Atendimento seletivo	
Caráter	Clinica Complementar	
10 - Eletivo	Nenhuma	
Clinica	Código:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	0408010142	
Procedimento Solicitado:		
REPAIRO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com dor e limitação funcional do ombro direito
Principais Resultados de Provas Diagnósticas
R.M + E.F
Condições que Justificam a Internação
tratamento cirúrgico lesão manguito + tenoplastia + sinovectomia

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM: _____ Data de Solicitação:
07.06.2017 - 10:50:39

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tiroz 59.022-820 Natal / RN
Confere com original
Em, _____

Data da Extração dos Dados: 08/06/2017 12:14:43





BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg 1525626 NOME: *Grainge Senna M. Nogueira* APTO:

Cirurgia Realizada: Tratamento de lesão de manguito-rotador+ tenoplastia de biceps+ sinovectomia ombro direito

DATA: 09.06.2017 INICIO: 10:50 Hr: MIN: TÉRMINO: 12:00 HS: MIN:

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	<i>Marcelo Rego</i> Ortopedia CRM-SP 4884	4884		Pequena
1 Auxiliar	<i>J. M. Carvalho</i>			Média
2 Auxiliar	<i>C. V. de Carvalho</i>			Grande
Anestesiologista	<i>G. V. de Carvalho</i> Anestesiologista CRM-SP 1904			Múltipla
Instrumentador	<i>Gilvanete Carvalho</i>			
Ato:				

1. Assepsia e Antissepsia , 2. Acesso sobre o ombro D, 3. Dissecção por planos, 4. Sinovectomia, 5. Tenoplastia do bíceps, 6. Sutura do manguito rotador com ethibond, 7. sutura, 8. Curativo, 9. Lipot.

CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS											
FIOS											
028958	Água Bicarbonato 100ml	AMP	050320	Vicryl 5-0 (Violeta)	ENV	068184	Malha Tubular 12cm.	ROL			
000326	Água Bicarbonato 10ml	AMP	050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV	060188	Malha Tubular 15cm.	ROL			
028983	Água Bicarbonato 20ml	AMP	050725	Vicryl 5-0	ENV	062783	Máscara Descartável	UND			
000057	Clorafenicol 1g.	AMP	050313	Vicryl 7-0	ENV	060930	Policix 2 vias	UND			
000988	Decadron 4mg. Inj.	AMP				064794	Pododine Desgermante / ml.	ML			
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP				064787	Povidone Tópico / ml.	ML			
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP				065587	Sabão Líquido	ML			
004703	Hipoglic 50%	FRS				060733	Sapatinha Descartável	UND			
008048	Inazel Pomada 1/4	1/4				063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND			
015111	Keflin Neutro 1g.	COM				062449	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND			
006667	Novocaina 2ml Inj.	AMP				062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND			
007483	Profarid 100mg. Inj.	AMP				063209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND			
008520	Solução Ringer c/ Lactato	FRS				063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND			
008449	Solução Ringer Simples	FRS				063120	Sonda Uretral 10	UND			
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	061900	Abborcarth-T Plus Nº 14	UND	063144	Sonda Uretral 12	UND			
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	061918	Abborcarth-T Plus Nº 16	UND	063151	Sonda Uretral 14	UND			
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB	061925	Abborcarth-T Plus Nº 18	UND	063159	Sonda Uretral 16	UND			
026985	Xylocaina 2% c/v	AMP	061932	Abborcarth-T Plus Nº 20	UND	063183	Sonda Uretral 18	UND			
010028	Xylocaina Galéia 2%	BSG	060962	Aguinha Descartável 13 x 4,5	UND	060550	Sonda Uretral 20	UND			
DESCARTÁVEIS											
060312	Aguinha Descartável 25 x 7	UND									
060412	Aguinha Descartável 40 x 12	UND									
060575	Álcool Isopropílico 70%	ML									
060562	Atadura Crepon 10cm.	ROL									
060630	Atadura Crepon 12cm.	ROL									
060650	Atadura Crepon 15cm.	ROL									
060662	Atadura Crepon 20cm.	ROL									
060711	Atadura Gessada 10cm.	ROL									
060676	Atadura Gessada 12cm.	ROL									
060020	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL									
066659	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL									
081670	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL									
060360	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL									
FIOS											
050037	Algodão 0 (s/ Agulha)	ENV	066643	Bandeja Peridural	UND						
050885	Algodão 2-0 (s/ Agulha)	ENV	061545	Banheira Requi	UND	080736	Arterioperfusão	UND			
050044	Algodão 3-0 (s/ Agulha)	ENV	060948	Butterfly 19g	UND	092401	Aspirador Vácuo	UND			
050162	Cronado 1-0	ENV	060955	Butterfly 21g	UND	090324	Bomba de Infusão	UND			
050180	Cronado 2-0	ENV	062113	Butterfly 23g	UND	090331	Capnógrafo	UND			
050123	Cronado 4-0	ENV	062142	Butterfly 25g	UND	090363	Craniotomo	UND			
050269	Kit-Catarata	ENV	061225	Camisola Descartável	UND	090395	Desfibrilador	UND			
005599	Mononylon 0 PRETO	ENV	061244	Comprasse Cirúrgica	UND	090467	Intensificador de Imagem	UND			
006014	Mononylon 2,0 PRETO	ENV	061908	Eletrodo Descartável	UND	060499	Microscópio	UND			
006021	Mononylon 3,0 PRETO	ENV	066998	Enterofix 500ml	UND	090711	Oxigênio Sob Pressão 1L	UND			
006039	Mononylon 4,0 PRETO	ENV	062024	Endotrágalo 10 x 45	CM	090553	Oxímetro	UND			
006046	Mononylon 5,0 PRETO	ENV	062031	Éter Sulfúrico / ml.	ML	093585	Oxido Nítrico	UND			
006053	Mononylon 8,0 PRETO	ENV	062265	Gase 91 x 91	UND	092700	Respirador a Pressão	UND			
057892	Mononylon 8,0 PRETO	ENV	062830	Gase Furacinada	UND	090578	Respirador a Volume	UND			
0050542	Mononylon 10,0 PRETO	ENV	062364	Goma Descartável	UND	091856	Taxa de Monitor	UND			
002002	Prolana 2-0	ENV	062109	Infrifix Air IL 2,4 M	UND	090426	Taxa de Fibra Ótica	UND			
050463	Prolana 4-0	ENV	061079	Infrifix Padrão	UND						
050449	Prolana 5-0	ENV	062253	Lâmina Biaturi Nº 11	UND						
050431	Prolana 6-0	ENV	062260	Lâmina Biaturi Nº 15	UND						
050510	Sáda 2-0	ENV	060149	Lâmina Biaturi Nº 20	UND						
050550	Sáda 3-0	ENV	062332	Lâmina Descartável Nº 7,0	PAR						
050660	Sáda 6-0	ENV	062640	Lâmina Descartável Nº 7,5	PAR						
050194	Simples 3-0 (s/ Agulha)	ENV	062429	Lâmina Descartável Nº 8,0	PAR						
050360	Vicryl 4-0 (Incolor)	ENV	062411	Malha Tubular 10cm.	ROL						

CIRURGIÃO:

Marcelo Rego
Ortopedia
CRM-SP 4884

CIRCULANTE
Assinatura: *Marcelo Rego*
Data: 09/06/2017



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES** Idade: 34 anos
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: 121926 Prontuário:
Unidade: **POSTO I**
Leito: **ENFERMARIA 101-C**
Admissão: **09/06/17 08:17** 0 dia(s) de internação
Diag.: **M751 - Síndrome do manguito rotador | Laceração ou ruptura do mangui.**

09/06/2017 19:00

Horários de Aplicação

4884

1) DIETA LIVRE	(SND)
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	500 500 500
3) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	00:00, 06:00, 18:00
4) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	08:00, 14:00
5) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	08:00, 14:00
6) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. CASO VOMITOS	(SN)
7) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO
CRM - 4884

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 8791
Tiro/59.922-820 Natal / RN
Confere com original
En., _____



RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

lesso do Manguito Motociclo Direito

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

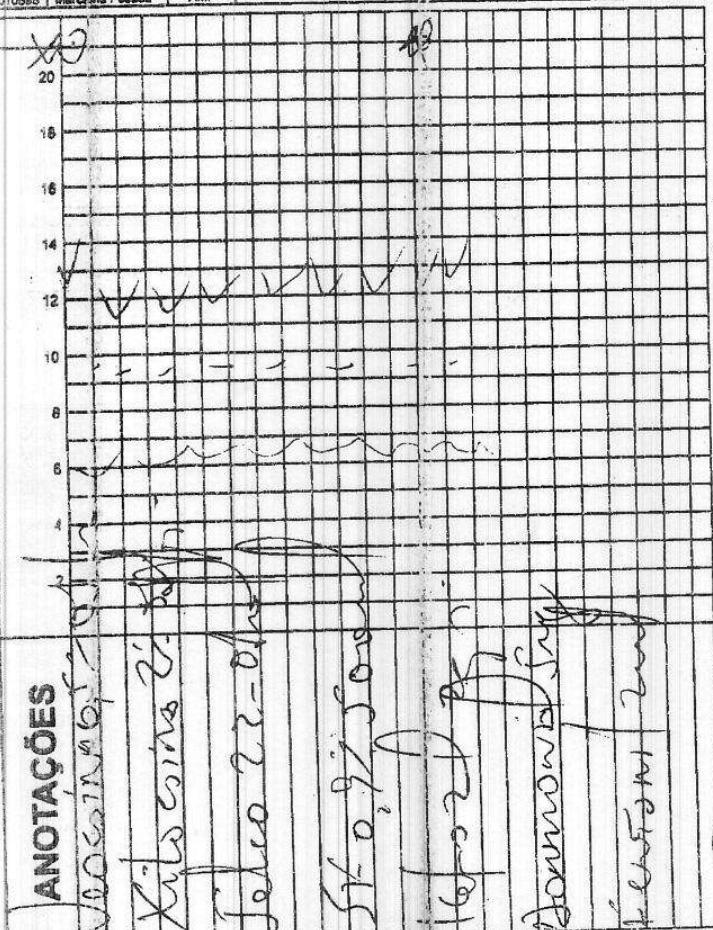
TÉCNICA ANESTÉSICA:

Bloqueio doplex Brachial + Sural

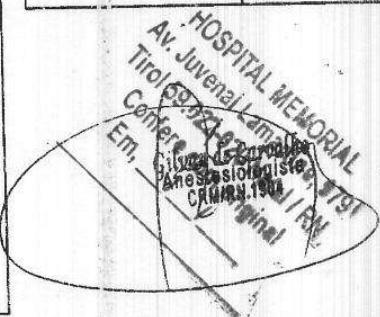
DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
				MEDICAMENTOS							
000150	Adrenalin	AMP	0088	8	Narcam	AMP					
029968	Aqua Fizatizada	AMP	0075	7	Piasi 10mg	AMP					
000842	Atropin 25	AMP	0075	1	Prostigmine	AMP					
002655	Clorato de Potássio	AMP	0052	2	Ketalar	AMP					
001488	Clorato de Sódio	AMP	0033	3	Quelicim 100mg	AMP					
016920	Dimor 2mg	AMP	0000	7	Quelicim 500mg	AMP					
002118	Dipive n.	AMP	0035	3	Rapifen	AMP					
002653	Dolantina	AMP	0009	7	Savone	ML					
003062	Dorms ad 15mg	AMP	0084	2	Sol. Ringer Simples	FRS					
017075	Dermoxid 5mg	AMP	0281	1	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Efodil	AMP	0087	1	Sol. Glicosado	FRS					
003611	Fentanil 2ml	AMP	0068	1	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003790	Fopan	ML	0010	2	Thiobenbutal	FRS					
017038	Halotano	ML	0030	3	Trecum	AMP					
004895	Hypnotizante	AMP	0097	17	Volum	AMP					
003687	Inovar	AMP	0014	1	Xilocaina 1%	AMP					
010386	Lamez 25	AMP	0099	2	Xilocaina 2% c/A	AMP					
009857	Metraxina 0,5 c/A	AMP	0100	1	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005954	Metraxina 0,5 c/A	AMP	0100	1	Xilocaina Pessada	AMP					
005958	Marcina Pesada	AMP									

Intercorrências



DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	SIM
Cardioscópio	SIM
Capnógrafo	
DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	1 litro
Protóxido Líquido	



INÍCIO ANESTESIA	INÍCIO CIRURGIA	DATA: 09-06-2017
FINAL CIRURGIA	FINAL ANESTESIA	

Givan de Carvalho
Anestesiologista
CRM/RJ 1904

CRM: 1904





Prescrição Médica / Evolução Clínica

114 40475

Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES Idade: 34 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 121926 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 101-C
Admissão: 09/06/17 08:17 0 dia(s) de internação
Diag.: M751 - Síndrome do manguito rotador | Laceração ou ruptura do mangui

09/06/2017 12:29

		Horários de Aplicação	
1)	DIETA LIVRE	SND	4884
2)	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	500 500 500 500	
3)	DIFIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	18.06.24 06 12	
4)	CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	16.06.24	Marcelo Fagundes CRM-4884
5)	TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	22 05	
6)	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PIASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. CASO VOMITOS	SN	
7)	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	SN	

Marcelo Fagundes CRM-4884

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO
CRM - 4884

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lámarinho, 5791
Tiroz 59.022-020 Natal / RN
Conforme com original
EM:





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Nascimento: 15/04/1983 34 anos Data Internação: 09/06/2017 08:17:25 Registro: 121926 Nº Internação: 1
Leito: ENFERMARIA 101-C

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ASPECTO GERAL

Ac Venoso Acianótico Observações:
Palidez Tremores
Vômitos Sudorese

Diurese: Espontânea

FERIDA OPERATÓRIA

Ocluída Sangramento
Drenos Fixadores
Tala Tração
Edema Hematomas

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 120 X 70 Temperatura: 35,6 °C
Pulso: 72 Respiração: 16

Observações:

RAIO X

Observações/QTD:

Pré:

Pos:

Queixas do Paciente:

Observações Gerais:

PACIENTE RETORNOU DO CC EM POI DE LESAO DE MANGUITO ROTADOS, NA HV, EM USO DE ATB, COM MEDICACAO DE HORARIO, AFERIDOS SINAIS VITAIS, SEGUO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

George Santos Rodrigues

09/06/2017 13:47:06

COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

OBSERVAÇÕES GERAIS

ADMINISTRADOS:

16:00HS 1 FRASCO DE KEFAZOL+10ML DE ABD IV

18:00HS 1 AMPOLA DE DIPIRONA + 8 ml de ABD IV

09/06/2017
COREN - 1136109

ADRIANO DE OLIVEIRA DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxilio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Corado

Acianótico

Eliminaç.Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 110 X 80 Pulso: 78

Temperatura: 36

°C Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Cbs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS

Observações Gerais:
PCT EM PÓS OPERATORIO DE OMBRO CONSCIENTE ORIENTADO, COM AVP EM MSE.
VIABILIZANDO HV ADMINISTRADO MEDICACOES SEGUO SEM INTERCORRENCIAS AOS
CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979/
Tirol 59.922-020 Natal/RN
Confira com original
Em,

09/06/2017 22:12:52

COREN 998928
JESSICA GOMES DA SILVA





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Nascimento: 15/04/1983 34 anos Data Internação: 09/06/2017 08:17:25 Registro: 121926 Nº Internação: 1
Leito: ENFERMARIA 101-C

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 22:00H ADMINISTRADO TRAMAL 1AMPOLA IV
AS 00:00H ADMINISTRADO DIPIRONA 1AMPOLA IV
AS 00:00H ADMINISTRADO CEFAZOLINA 1FRASCO IV
AS 06:00H ADMINISTRADO TRAMAL 1AMPOLA IV
AS 06:00H ADMINISTRADO DIPIRONA 1AMPOLA IV

10/06/2017
COREN 1109514
JESSICA COMES DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene
 Com auxílio

Respiração
 O2 Ambiente

Deambulação
 Com auxílio

Eliminaç. Vesicais: PRESETE

SINAIS VITais

Pres.Arterial: 110 X 70

P脉: 98

Temperatura: 36,8 °C

Eliminaç. Intestinais: AUSENTE ATÉ O MOMENTO

Respiração: 19

Saturação O2:

Glicose no sangue

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS ATÉ O MOMENTO

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM CONCIENTE ORIENTADO EM SEU AMBIENTE ENCONTRA-SE EM POS
OPERATORIO DE LESAO DE MANGUITO ROTADO/F. OMBRO DIREITO, NA HVP. ESTA SENDO
MEDICADO DE AOCRODO COM PRESCRIÇÃO MEDICA, SSVV ESTAVEIS FOI HIGIENIZADO
TROCADO ROUPAS DE CAMA + VESTES PESSOAIS, PCT ENCONTRA-S DE ALTA HOPITALAR
SEGUE NO LEITO SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

10/06/2017 09:24:38

COREN - 1109514

Jucilene

Limpeza: S.FO.9% GAZES, LUVA DE PROCEDIMENTO LUVA

Tipo de Ferida: LIMPAA JUCILENE SABINO FORTUNATO

Localização: OMBRO

Condições do Leito: COM PRESENÇA DE SECREÇÃO EM GAZE

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso

Purulento

Sanguinolento

Serossanguinolento

Piosanguinolento

Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

Integra

Escoriada

Sinal Flogísticos

Descamada

Alérgica/Dermatite

Macerada

Quantidade: Pequeno

Odor: Característico

BORDAS

Distintas

Regulares

Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979/
Tirol 59.972-000 Natal / RN
Confere com original
Em: 10/06/2017 10:30:58
COREN - 968653
BRENDA SANDRINELLE FIGUEIREDO DE LIMA

MedicWare

Printed by:



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

Registro: **121926** Nº Internação: **1**

Nascimento: **15/04/1983** 34 anos Data Internação: **09/06/2017 08:17:25** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

OBSERVAÇÕES GERAIS

**08HS ADM 1 FRASCO AMP DE KEFAZOL 1G EM 10 ML DE ABED EV
PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO DE MAQUEIRO, EFAMILIAR LEVANDO
CONSIGO TODOS OS SEUS PERTENCES.**

Jucilene

10/06/2017
COREN - 1109514
JUCILENE SABINO FORTUNATO

*HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, _____*





PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

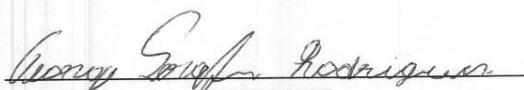
CONTRATANTE: GEORGE SERAFIM RODRIGUES, brasileiro, casado, autônomo, RG 2251949 ITEP/RN e CPF: 048.531.464-90, com endereço na Rua José André da Rocha, 27-A Bairro Universitário, Campina Grande – PB. CEP: 58.400-000.

CONTRATADOS: JOSÉ LACERDA CAVALCANTE NETO, OAB/PB 18.702, e RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA LACERDA, estagiário, todos com escritório localizado na Rua José Lins do Rego, nº 781, Palmeira, município de Campina Grande-PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS S.A, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato. O OUTORGANTE COMPROMETE-SE A PAGAR O PERCENTUAL DE 30% A TÍTULO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS CALCULADOS SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO (APURADO EM LIQUIDAÇÃO DE SENTença) OU SOBRE O ACORDO FIRMADO ENTRE OS LITIGANTES, INDEPENDENTE DE SUCUMBÊNCIA, PODENDO O JUIZ RETER OS HONORÁRIOS PARA CUMPRIMENTO DESTE INSTRUMENTO.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Campina Grande - PB, 20 de Novembro de 2019.


CONTRATANTE

TELEFONE: (83) 9.98902806

Rua José Lins do Rego, 781 - CEP: 58.401-145 - Palmeira - Campina Grande - PB - (83) 98852.8183 / 99900.7692 - E-mail: advocacialacerda01@gmail.com



Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112118212727600000025528827>
Número do documento: 19112118212727600000025528827

Num. 26431737 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

GEORGE SERAFIM RODRIGUES, brasileiro, casado, autônomo, RG 2251949 ITEP/RN e CPF: 048.531.464-90, com endereço na Rua José André da Rocha, 27-A Bairro Universitário, Campina Grande – PB. CEP: 58.400-000, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, uma vez que não possuo condições financeiras de suportar pagamento dos emolumentos forenses, sem sacrificar minhas despesas pessoais, bem como, as de meus familiares, portanto, requeiro a concessão dos benefícios da gratuidade judiciária, nos termos da Lei 13. 105/2015 (CPC), artigo 98.

Campina Grande - PB, 20 de Novembro de 2019.

George Serafim Rodrigues

CONTRATANTE

