



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
26431232	21/11/2019 18:22	Petição Inicial	Petição Inicial
26431236	21/11/2019 18:22	1. INICIAL DPVAT - GEORGE SERAFIM RODRIGUESok	Informações Prestadas
26431239	21/11/2019 18:22	2. COMPROVANTE DE PGTO ADM	Documento de Comprovação
26431240	21/11/2019 18:22	3. DOCUMENTOS-1-4	Documento de Comprovação
26431241	21/11/2019 18:22	3. DOCUMENTOS-5-10	Documento de Comprovação
26431242	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte1	Documento de Comprovação
26431243	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte2	Documento de Comprovação
26431244	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte3	Documento de Comprovação
26431245	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte4	Documento de Comprovação
26431246	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte5	Documento de Comprovação
26431247	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte6	Documento de Comprovação
26431699	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte7	Documento de Comprovação
26431700	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte8	Documento de Comprovação
26431702	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte9	Documento de Comprovação
26431703	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte10	Documento de Comprovação
26431704	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte11	Documento de Comprovação
26431707	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte12	Documento de Comprovação
26431708	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte13	Documento de Comprovação
26431709	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte14	Documento de Comprovação

26431 710	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte15	Documento de Comprovação
26431 712	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte16	Documento de Comprovação
26431 713	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte17	Documento de Comprovação
26431 714	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte18	Documento de Comprovação
26431 715	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte19	Documento de Comprovação
26431 718	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte20	Documento de Comprovação
26431 719	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte21	Documento de Comprovação
26431 720	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte22	Documento de Comprovação
26431 721	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte23	Documento de Comprovação
26431 722	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte24	Documento de Comprovação
26431 723	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte25	Documento de Comprovação
26431 724	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte26	Documento de Comprovação
26431 725	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte27	Documento de Comprovação
26431 728	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte28	Documento de Comprovação
26431 730	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte29	Documento de Comprovação
26431 731	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte30	Documento de Comprovação
26431 732	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte31	Documento de Comprovação
26431 735	21/11/2019 18:22	4. DOCUMENTOS_Parte32	Documento de Comprovação
26431 737	21/11/2019 18:22	PROC E DECLARAÇÃO	Procuração
26718 081	03/12/2019 16:19	Despacho	Despacho
33671 199	27/08/2020 11:02	Mandado	Mandado

EM ANEXO



EXCELENTÍSSIMO 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 procuração 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*:



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 OFÍCIO. 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 Fíbula, 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 auferia 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. APRECIACÃO DOS JUIZADOS ESPECIAIS. PAGAMENTO EFETUADO PELA VIA ADMINISTRATIVA. AUSÊNCIA 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 está a merecer reparos. No tocante a aplicação dos juros, a sentença a quo não está a merecer reparos, visto que está em consonância com a jurisprudência



das turmas recursais. Recurso conhecido e improvido. (TJPI; Rln 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 Excelência:



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

Rio de Janeiro, 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

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GEORGE SERAFIM RODRIGUES

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 341

Agência: 000008497

Conta: 0000038084-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



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: **04853146490** 4 - Nome completo da vítima: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **8497** CONTA: **38084** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 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

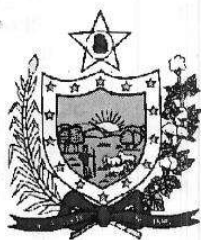
40 - Local e Data, **CAMPINA GRANDE, 23 DE SETEMBRO DE 2019**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAZIADO- 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

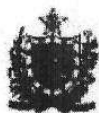
COMUNICANTE

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



80

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 ipsolateral 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 HOVER.**

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.**

EXATOS VINCULADOS


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

SEM VALOR
Conteúdo original que me foi apresentado
Art. 5º Parágrafo Único do Decreto nº 43.924
de 06-03-78
Ademir de Souza
MAT. 99.104-9
Escritório de Polícia Civil
06/07/17





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

OFICIO Nº 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.

QUALIFICAÇÃO: **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

REFERENCIA: 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 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 sol; Que, alega o comunicante que o condutor do veículo evadiu-se do local sem prestar socorro ao comunicante no veículo Toyota Hilux Ano/Modelo 2010/2011, de cor branca, placas OGC-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.

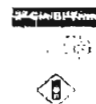
BEL. LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

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





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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 Tráfego 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	Categoria PARTICULAR	Município 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 conduto, 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					

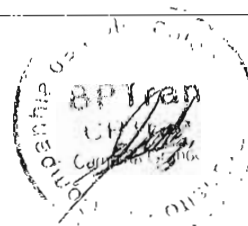
VEÍCULO 02

Marca HONDA XRE 300	Espécie MOTOCICLETA	Placa KWM-6911	Categoria PARTICULAR	Município 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 conduto, 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.





POLÍCIA 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

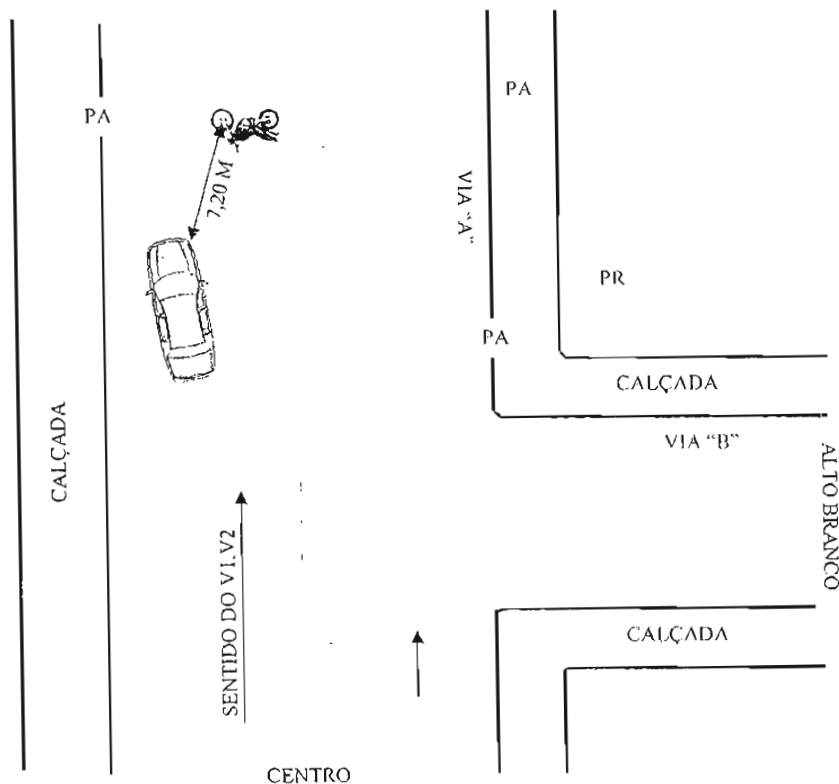
PR (Ponto de Referência): Residência Nº316

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 OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Claudney de S. Leandro
Mat. 521038-1

Claudney de Souza Leandro
CB PM CLAUDNEY DE SOUZA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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 Nº 0100 – 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo: CHEVROLET CRUZE	Placa: OGC-3240-PB	Responsável pelo Preenchimento: CB CLAUDINEY	Data: 27-03-2017						
AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE									
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE									
		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel corta-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: HONDA XRE 300	Placa: KWM-6911-PB	Responsável pelo Preenchimento: CB CLAUDINEY	Data: 27-02-2017						
MOTOCICLETA									
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE									
		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	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

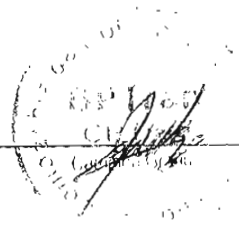
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -->DANO DE MÉDIA MONTA

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

Campina Grande - PB, 31 de março de 2017.

Claudiney de S. Leandro
Responsável pelo Levantamento

Claudiney de S. Leandro
Mat. 521038-1



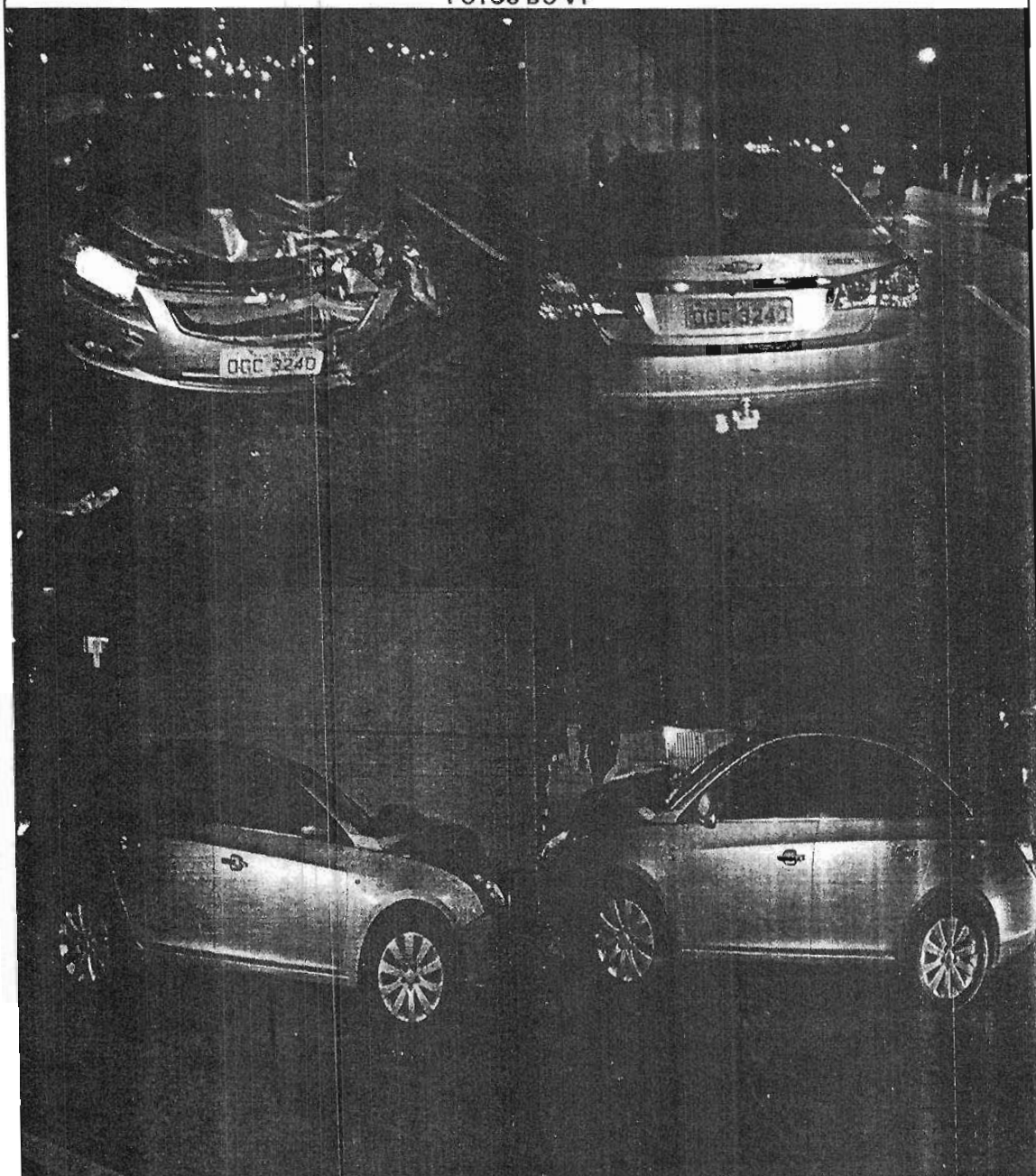


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 01007/2017

FOTOS DO V1



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

2

Claudiney de S. Leandro
Mat. 521038-1



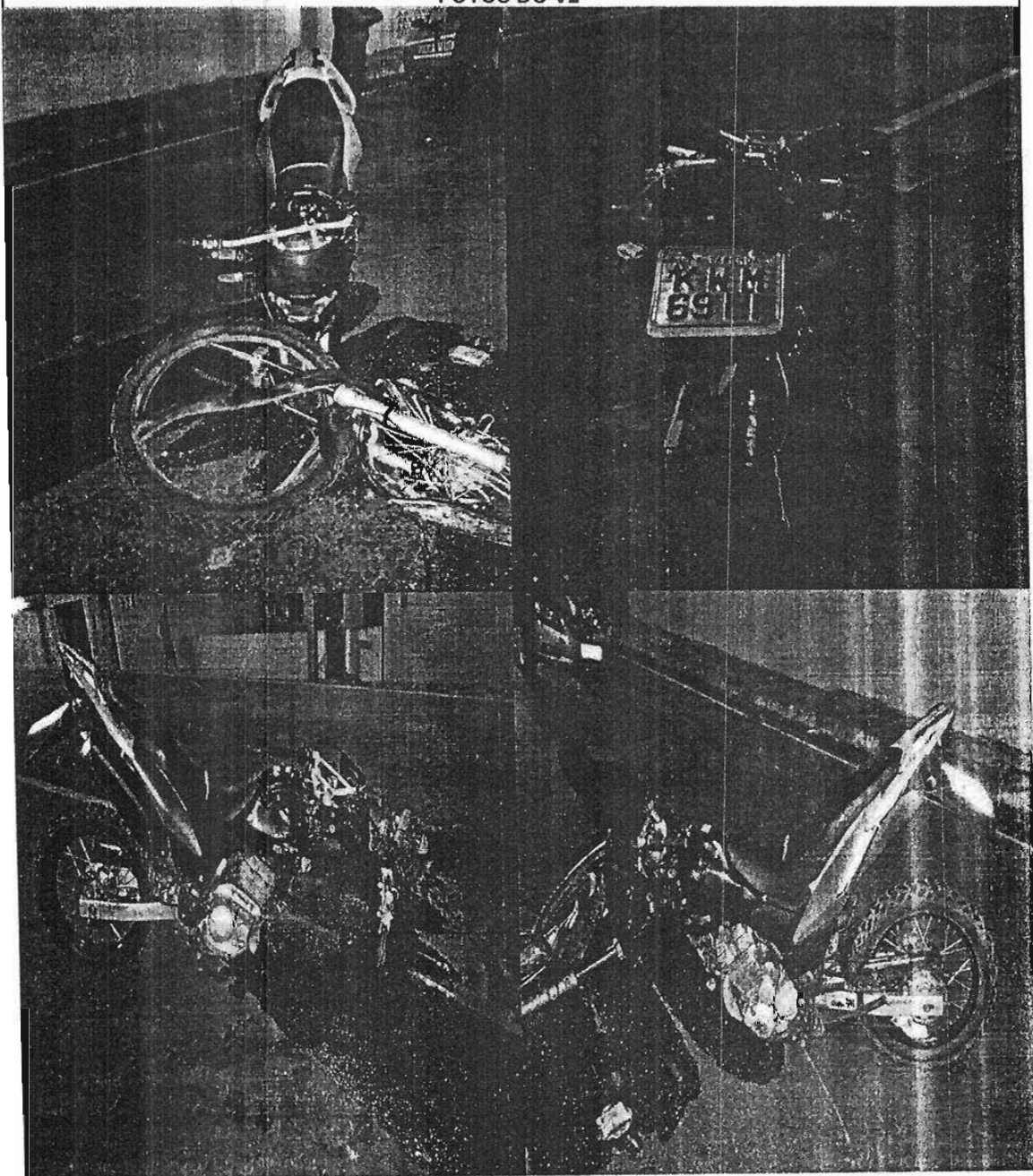


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0100/2017

FOTOS DO V2



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

3

Claudney de S. Leandro
Mat. 521038-1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GEORGE SPINOSA 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 ANTONIO DA ROCHA, 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.

* George Spinosa Rodrigues.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CAMPINA GRANDE, 01 DE AGOSTO 2019

Local e data





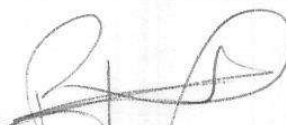
Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



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.


Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

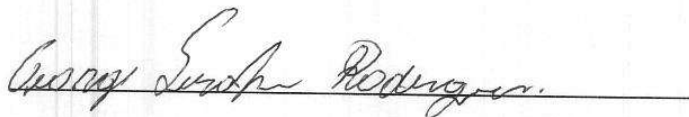
Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

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



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



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)







CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
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	
018.42.032.0120	0	1	0	0	0	81038488
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y14N320457	26/09/2014	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
471	488	17	32	06/12/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-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		
DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTA.(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 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 PIS E COFINS LET 12 7/11/17

VENCIMENTO:

21/11/2017

Total a Pagar:

R\$70,09

v. 16.13 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



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

8268000000-0 70090010827-0 11483291120-9 17000000002-7



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		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
GEORGE SERAFIM RODRIGUES		1407167	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
702309115603111	15/04/1983	Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
GERALDA RODRIGUES SERAFIM		DDD 83 N° DE TELEFONE 987155268	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
JOSE ANDRE DA ROCHA, 27, NOVO BODOCONGO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF
Campina Grande		250400	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 RADIO 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 (X) CNS () CPF	
		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		980016000536785	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
SCHUBERT LUGI COSTA RODRIGUES		27/03/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
		39 - CNPJ EMPRESA	
		40 - CNAE DA EMPRESA	
		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

0/0/1

Paciente: George Bonafim 133 e Alojamento: 3 Leito: 1 Convênio:

1) Ex Radiol E

2) Ex Urina Fezes D

Data Prescrição Médica

Horário

#ORTO PEDRA Evolução Médica

28/03
2017

1) Diceta Cíure
2) SF08/ 1500 ml EV
3) Tiletal 20 mg EV 12/12h
4) Dipirona 1FA EV 6/6h
5) Dexamet 100 mg EV 8/8h (5N)
6) Nurodon 1FA EV 8/8h (5N)
7) SSVV + CCG

12h
18h
24h
30h

DTH = 1°

Paciente última oleo de cabelo de no-

Evolução: Paciente em EGR, paciente
avistado, nomeado, ophthal
toque.

Ainda não alimentado

Evacuações (-) e Eliminações (-)

Alterações de Ressonância D (+)
e quicodilil E (+)# Repara de en rugas cervical e dor-
Aol.Em tempo: Alegria e
BastanteDr. Schubert Costa
Otorrinolaringologista
CRM 3322Dr. Schubert Costa
Otorrinolaringologista
CRM 3322

MIO

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/03	19h00	36,5	80	70	110x80		(vermelho volume) regular, mas não intenso - cor de vermelho de sangue no líquido pleural, ref.	(vermelho) (vermelho)

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	George Senoquin, 33 anos	Alojamento	9	Leito	1	Convênio	
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Fratura Rádio e
fratura Ulna da perna D

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/03 2017	1) Dieta livre 2) SFO 9 x 1500 ml EV 3) F. Retel 20mg EV 12/15/2 h 4) Dipirona 400 EV 6/6 h 5) Tramadol 100mg EV 8/8 h 6) Neumodren 1FA EV 8/8 h SN 7) SSVV + CC GG	1 2 3 00 08 16 OK	# DTH = 2. # Eucalipto: Paciente EGR Audição: Ausente, Afétil ao toque # Nível: Não referido # Rótulo da fonte em circular e usua # Aceitação de dieta (+) # Função Etnométrica (+) # Etnométrica (+) # Ausência de pododactilo (+) e pododactilo (+) Em tempo: Alargado e Buscopan
	Dr. Sebastião Costa Ortopedia Traumatologia CRM 5529		Dr. Sebastião Costa Ortopedia Traumatologia CRM 5529
			Los gabatos de de Cefazolin para 12h Atenção: não ingerir por 10 dias por 10 dias

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 - Nº DO PRONTUÁRIO 1407167	
7 - CARTÃO DO SUS 702309115603111		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1983	
9 - SEXO Masc ☒ H Fem ☐ B			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL GERALDA RODRIGUES SERAFIM		11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 Nº DE TELEFONE 987155268	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) JOSE ANDRE DA ROCHA, 27, NOVO BODOCONGO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CDD. 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 RADIO 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 (X) CNS () CPF	
		29 - Nº 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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
38 - SÉRIE		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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



Diagnóstico

Def Pálio E

2) fix drop device D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK
OK

Paciente	Georgina, 33e	Alojamento	3	Leito	1	Convênio	
----------	---------------	------------	---	-------	---	----------	--

Geoff Sandim 133e

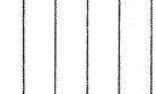
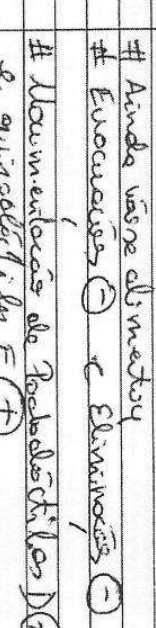
Alojamento

19

Leito

7

Convênio

Data	Prescrição Médica		Horário		#ORTO P-E-DIA Evolução Médica
28/10/2017	1) Dextro Cure 2) SFO 9/1500 ml EV 3) Tiletal 20mg EV 12/12h 4) Dipirona 1FA EV 6/6h 5) Paracet 100mg EV 8/8h (5NA) 6) Nurox 1FA EV 8/8h (5NA) 7) SSV + CCG		12:15 18:00 24:00 30:00		#ORTO P-E-DIA Evolução Médica DTH = 1° Paciente uterina ele ascendente de no- to. Exatidão: Paciente em EGR, exames fta amitiçia, nomeando, afliçãe ao fogue. # Ainda não alimentu # Evacuacões (-) e Eliminaçõe (-) # Movimentacões do Reboldistilão D (+) e quicodetila E (+) # Repõe odo em rugos cervical e dar Ad. Em tempo: Alegria e Buscapor
 Dr. Schubert Costa Otorrinolaringologista CRM 55229					 Dr. Schubert Costa Otorrinolaringologista CRM 55229

Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Clínica da Coluna
Cepes 3-523

Dr. Schubert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Guarín de Colón
C.R. 5-523

Em tempo: Alegria e
Bastapou

Ainda não é climetru
Evacuacões $\ominus$ e Eliminacões $\ominus$
Manutenções da Rochas Duras $\oplus$
e quioscões $\oplus$
Repare obra em lugares central e dar
ad.

Exclusão: Paciente em EGR, crises/freqüência cardíaca, nomeconado, abdômen ao toque.

Paients utima de asistente de no-

DSH 1110

#ORTO PÉ-DIA

[illegible]

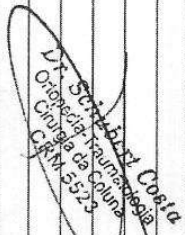
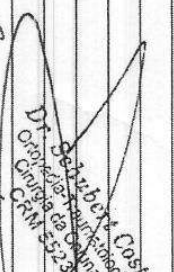
ALGERIA: BOSCOFAN

Diagnóstico

~~Fracture~~ Radio &
Fracture Onco & Paed

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	George Hendrix, 33 anos			
Alojamento	9	Leito	1	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/03 2017	1) Dieta livre 2) SFO 9 x 1500 ml EV 3) Foleto 20mg EV 12/12 h 4) Dipirona 400 EV 6/6 h 5) Tramal 100mg EV 8/8 h 6) Neumachen TEA EV 8/8 h SN 7) SIVV + CCGG	12h 1 2 3 12h 00 00 00 12h 00 00 00 12h 00 00 00	# DNI = 2° # Foco lúgus: Paciente EGB Análise Análise, Afetiva, atropia H Nível, telha, idêntico H Reflexo da fonte em circular e unívoca # Acetato de etila (+) # fúncos Etnométricos (+) # Etnométricos (+) # Aduventações de pododactilo (+) e quicodactilo (+)
	 Dr. Sebastião Costa U.O. Clínica de Cirurgia CRM 5523		 Dr. Sebastião Costa U.O. Clínica de Cirurgia CRM 5523
			Foi substituído de Colágeno para melhor atendimento, seg. Adquirido para ser mais rápido para a sequência de exames

[illegible]

[illegible]



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	George Serafim Rodrigues		Idade:	33 A
Convênio:	Suf		Data:	
Procedimento:	Ortopediamente			
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Leonardo	
Início:	10:45	Término:	12:20	Anestesia Bloqueio de Flexo.

[illegible][illegible]

Observações:
13:30 Paciente evolui bem no Pós-Operatório em-
comenhado Para da ortopedico

Simone Cabral de Souza
Enfermeira
COREN-PB 319.362

MW 6309
Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

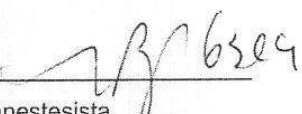




TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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, Dispneia = 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 O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

13:20

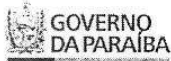

Assinatura do anestesista



MOLEZIN

DN: 13/04/1983

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: GEORGE SERAFIM RODRIGUES						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Carlos Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO		
4	1	SUS	33	1405631		
CIRURGIA: Amputação cirúrgica de membro superior direito						
ANESTESIA: RAZEX + BLOCIO AXILAR						
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
ANDRÉ		31/07/2019	10:45	12:20		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	40	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp.		Compressa Grande		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Cotoncoide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Inova ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	25	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
01	Protóxido		Esparadrapo Larco cm	01	Fio de Algodrão Sutapak 2-0	
	Quelicin ml	06	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak	
01	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
01	Thionembatal ml		H ₂ O ₂ ml	01	Mononylon 2-0	
01	Traction amp.		Intracath Adulto	02	Mononylon 2-0	
			Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES				Prolene Serfix	
01	Agua Destilada amp.	03	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	08	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix 0	
	Glicose amp.	25	Luvas 8.5			
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m			
	Haemacel ml	25	Poliflix			
	Heparema ml		PVPI Degemante ml			
	Kanakion amp.	02	PVPI Tópico ml			
	Lasix amp.	04	Sabão Antiséptico	25	SOROS	
	Medrotinazol	33	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Prolamina	03	Seringa desc. 20 ml	02	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Stuption amp.		Sonda		SG fr 500 ml	
01	Cefalotina 1g		Sonda folley		CIRURGIA	
			Sonda Nasogátrica		ORTESE E PROTESE	
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES					
03	Aguilha desc. 25 x 7		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 28		Gelcon 18			
02	Aguilha desc. 30 x 5	05	Latege		EQUIPAMENTOS	
01	Aguilha p/ raque nº 25				() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
01	Alcool de Enfermagem				() Serra	() Eletrocautério
	Alcool Iodado ml				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
03	Ataduras de Crepon 70				() Foco Frontal	() Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada				() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



02/11/2019

02/11/2019

GRUPO 2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

GRUPO 2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

2017/18

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE MAMAS

CIDADE

E. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

GEORGE SENSIVA RODRIGUES

Nº DO FICIONÁRIO

1405631

Nº AL. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TAC. PELA DE TUMORES DE TIGIA E RADIO DISPL

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
PLACA 4.5 ESQUERDA JLF.		01	
PLAQU. CONTINUS 4.5 x 28		01	
// // 4.5 x 30		01	
// // 4.5 x 32		02	
// // 4.5 x 34		03	
// // 4.5 x 36		01	
PLACA 3.5 DCP 6F. -A		01	
PLAQU. CONTINUS 3.5 x 16		02	
// // 3.5 x 18		02	
// // 3.5 x 20		02	
// //			
// //			

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Ex 4.5 Simplex
Ex 3.5 Simplex

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura



GEORGE SERAFIM 33 ANOS

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX RADIO E + FX OSSOS PERNA D

LEITO 4-1

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Data

1. DIETA LIVRE

Prescrição Médica

DIF

DPO

Evolução Médica

31/01/17

2. SF 0,9% 1500ML EV 24H

4. DIPIRONA 2ML EV 6/6H

5. Omeprazol 40mg 01 cp VO/jejum

6. NAUSEDRON 8mg/ml - 1amp. + ABD EV 8/8h - ~~1amp.~~ SIN7. TRAMAL 100mg/ml - 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8h - ~~1amp.~~

8. TILATIL 20MG EV 12/12H S/N

9. SSVV + CCGG

10. Gafmaxone 90 + ABX ev 12/12h.

11. Diclone 75mg 5m 3x d.a.

12. Anesth 3x d.a.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

Yury da Paiva Câmara
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 10807Yury da Paiva Câmara
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 10807

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

GEORGE SERAFIM 33 ANOS

FX RADIO E + FX OSSOS PERNA D

LEITO 4-1

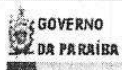
Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

Data	1	DIETA LIVRE	Prescrição Médica	Horário	DH	DPO	Evolução Médica
01/04	2	SF 0,9% 1500ML EV 24H		10:00			
	4	DIPIRONA 2ML EV 6/6H		12:18			
	5	Omeprazol 40mg 01 cp VO/jejum		06:00			
	6	NAUSEDRON 8mg/ml - 1amp - + ABD EV 8/8h - SN		06:00			
	7	TRAMAL 100mg/ml - 01amp - + SFO, 9% 100ml EV 8/8h		06:00			
	8	TILATIL 20MG EV 12/12H		12:00			
	9	SSV + CCGG		12:00			
	10	CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H		12:00			
	11	DECADRON 4MG/ML 1 FA + AD EV 8/8H		14:00			
	12	CURATIVO		14:00			
	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
01/04	18						
	19						
	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

H ortopedica 20/04/19
Belo, estavel
Osteíte R.F.D
sem intercorrências
Ap neurovascular OK
Fisio e curativo
Fisioterapia med
Fisioterapia
Retorno
Ate 05/05
Osteíte
Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965



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

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:

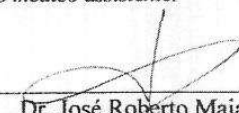
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

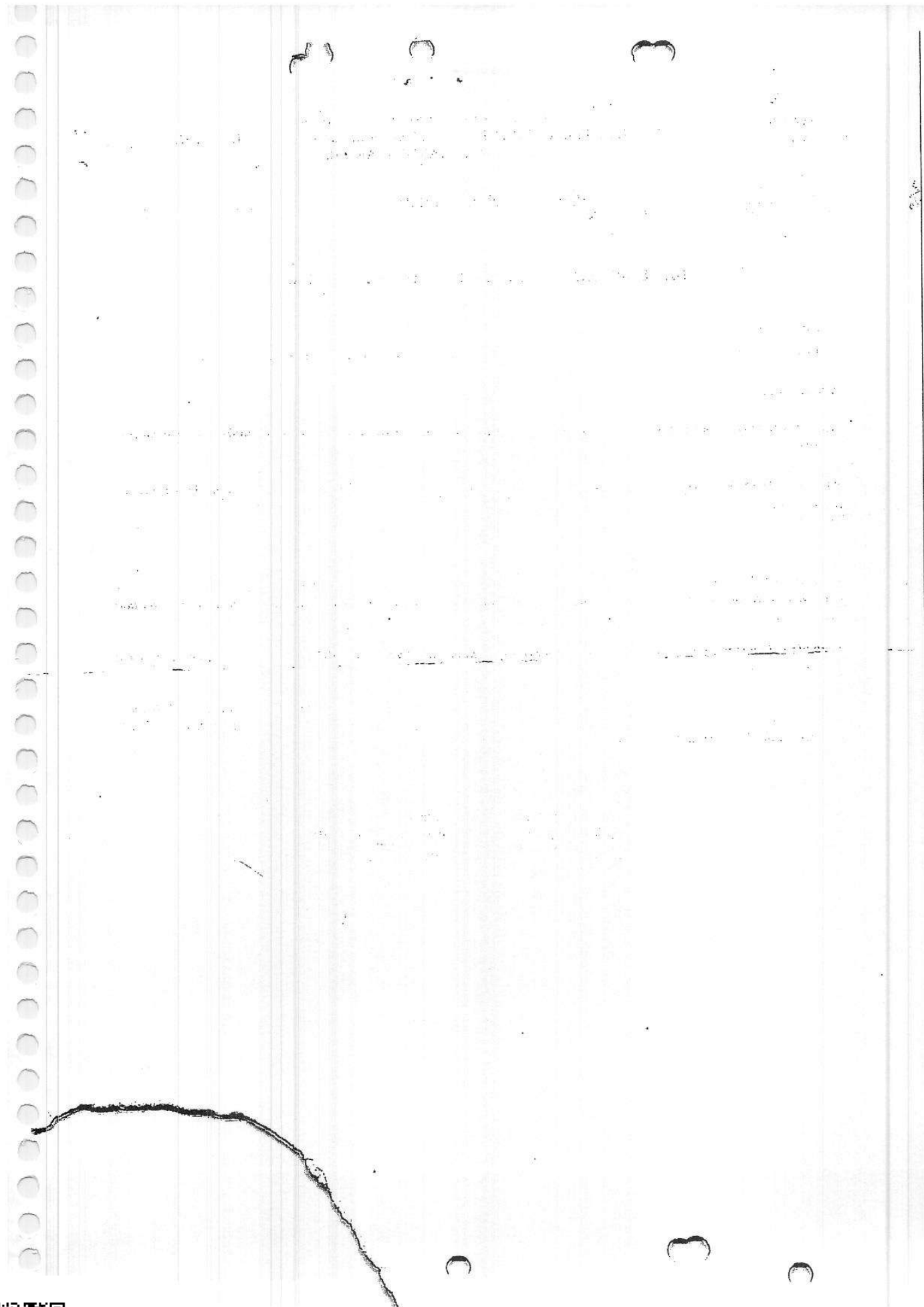
Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

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





PRONTUARIO:

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA

SAIDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- Q O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☐ B A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

INDICIAÇÃO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

10

Assinatura

Assinatura



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): 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

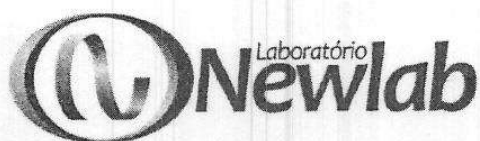
Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm ³	4,2 à 5,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	43 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	97 fL	83,0 à 102,0 fL
H.C.M.....	32 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.900 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	297
Segmentados.....	81,0	8.019
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	15,0	1.485
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	99
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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	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

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

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

Valores de Referência:
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 Referência:
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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: George Serafim Rodrigues Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: OT

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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH20

☒ Eupnéia; () Taquípnéia () 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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

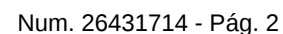
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: George Seradim Rodrigues Registro: _____ Leito: 4-1 Setor Atual: OT

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:

AValiação das NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) 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

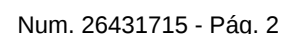
(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Georgy Stratim Rodrigues Registro: _____ Leitor: 09/01 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: _____ Medicamentos em uso: _____

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

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

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: 52 bpm; FR: 20 l/rpm; PA: 130x80 mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: 82 Kg; Altura: 1,74 cm Dor: (☒) Local: Edema Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado (☐) Confuso (☐) Letárgico (☐) Torporoso (☐) Comatoso (☐) Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgésia): _____
Pupilas: (☒) Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) D>E (☐) E>D (☐) Fotorreagentes (☐) Mióticas (☐) Midríaticas
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
(☒) Eupnéia (☐) Taquipnéia (☐) Bradipnéia (☐) Dispnéia (☐) Outros: _____
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☒) Diminuídos (☐) D (☐) E
Ruidos adventícios: (☐) Roncos (☐) Sibilos (☐) Estridor (☐) Outros: _____
Tosse: (☐) Improdutiva (☐) Produtiva Expectoração: (☐) Quantidade e aspecto: _____
Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: (☐) D (☐) E: (☐) Selo d'água

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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



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

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



DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: George Suaym Pedrique

Enfermária:

Leito: 01

Data: 28/03/17

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO						CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS					
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()			Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()			
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()					Anorexia ()	Dor abdominal ()				
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()					Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()			
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()					Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()				
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular (x)	Dor (x)	Fraqueza ()	Outro ()			Incapacidade de acessar o banheiro (x)	Outro ()				
6	Integridade da pele prejudicada	Ansiiedade ()						Incapacidade de lavar o corpo (x)					
7	Mobilidade Física prejudicada	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()						Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()				
8	Padrão respiratório ineficaz	Outros ()						Relato verbal de dor (x)					
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()			Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()					
10	Risco de infecção	Aumento da taxa metabólica ()						Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()			
11	Risco de queda	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()					Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo (x)				
12	Padrão de sono prejudicado	Hipotermia ()	Imobilização física (x)	Outro ()				Rompimento da superfície da pele (x)	Outro ()				
13	Outro	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular				Dificuldade para virar-se (x)	Dispnéia ao esforço ()	Outro			
	Outro	Prejuízos músculo esquelético (x)	Desuso ()	Outro ()				Movimentos descontrolados ()					
	Outro	Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()		Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()				
	Outro	Asclie ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()			
	Outro	Drenos ()	Outros ()										
	Outro	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Deléas primárias inadequadas ()										
	Outro	Procedimentos invasivos (x)	Outro ()										
	Outro	Mobilidade física prejudicada (x)	Medicações ()										
	Outro	Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()										
	Outro	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()										
	Outro	Ruído ()	Imobilização física (x)										
	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.
() Alertar 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.	Obs Necessário	
(X) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	Sempre	
(X) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	Sempre	
(X) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.	Sempre	
(X) Avaliar características, intensidade e local da dor.	Sempre	
(X) Avaliar alterações de sinais vitais.	3 x dia	
(X) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	CPH	(X) Controle da dor (melhorada / ausente).
(X) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.	Sempre	(X) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
(X) Incentivar a ingestão de líquidos.	Sempre	
() Observar reações de desorientação/confusão.		
(X) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	Sempre	(X) Melhora da integridade da pele.
(X) Analisar condições do curativo.	Contínuo	
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.	Sempre	(X) Diminuição do risco de lesão.
(X) Orientar e estimular a movimentação no leito.	9/9 horas	(X) Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Melhora da perfusão tissular.
(X) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).	Sempre	(X) Padrão respiratório eficaz.
(X) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).	Sempre	() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Realizar balanço hídrico.		
(X) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	sempre	
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	Sempre	(X) Diminuir o risco de infecção.
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	Sempre	
(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	Sempre	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
() Manter as grades do leito elevadas.		() Diminuir o risco de queda.
() Conter o paciente quando necessário.		
(X) Manter ambiente calmo e tranquilo.	Contínuo	
(X) Orientar repouso no leito.	Sempre	(X) Melhora do padrão do sono.
(X) Administrar medicação CPM.	CPM	
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO
Enfermeiro

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: George 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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENIZAÇÃO

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

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

(x) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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 ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

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



DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:

Enfermaria:

Leito:

Data:

/ /

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO										CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS									
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()		Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()												
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()				Anorexia ()	Dor abdominal ()													
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()				Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()												
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()				Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()													
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()		Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()													
6	Integridade da pele prejudicada	Ansiedade ()					Incapacidade de lavar o corpo ()														
7	Mobilidade Física prejudicada	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()					Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()													
8	Padrão respiratório ineficaz	Outros ()					Relato verbal de dor ()														
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()		Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()														
10	Risco de infecção	Aumento da taxa metabólica ()					Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()												
11	Risco de queda	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()				Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()													
12	Padrão de sono prejudicado	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()			Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()													
13	Outro	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular			Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro												
14	Outro	Prejuízos muscular esquelético ()	Desuso ()	Outro ()			Movimentos descontrolados ()														
		Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()													
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()		Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()												
		Drenos ()	Outros ()																		
		Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()																		
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()																		
		Mobilidade física prejudicada ()																			
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()																		
		Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()																		
		Ruído ()	Imobilização física ()																		

PREScrição de Enfermagem	APAZAMENTO	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 mediar CPM.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Melhora da integridade da pele.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		() Diminuição do risco de lesão.
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		() Melhora da perfusão tissular.
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		() Padrão respiratório eficaz.
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		() Risco de desequilíbrio do volume de líquido ausente / diminuído.
() Avaliar alterações de sinais vitais.	H	
() 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.		
() Observar reações de desorientação/confusão.		
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
() Analisar condições do curativo.		
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
() Realizar balanço hídrico.		
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	W	
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	F	
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	N	
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	W	() Diminuir o risco de infecção.
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).	F	
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.		() Diminuir o risco de queda.
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		() Melhora do padrão do sono.
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

Assinado eletronicamente por: JOSE LACERDA CAVALCANTE NETO - 21/11/2019 18:21:21

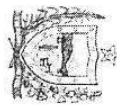
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

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

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 - Nº 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 Nº DE TELEFONE 987155268	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) JOSE ANDRE DA ROCHA, 27, NOVO BODOCONGO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CÓDIGO 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 RADIO E FRATURA DE OSSOS DA PERNA D					
21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSO CIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA ORTOPEDIA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016000536785					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE SCHUBERT LUGI COSTA RODRIGUES				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/03/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /				48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Moacir Cavalcante Rodrigues Severina

Ficha de Acolhimento

Nome:	George Serapim Rodrigues		
End:	R. João Antônio da Rocha, 27A Bairro: Novo Bonfim		
Data de Nascimento:	15-09-83	Documento de Identificação:	
Queixar:	Acid. de	Data do Atend:	27-03-17 Hora: 23:45 Documento: —
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Enfermeira
COREN-PB 310.725

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Gleuzo de Figueiredo															PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:						
	M ☐	F ☐	B ☐	P ☐	A ☐											

DADOS CLÍNICOS:

fx Distúrbio do Equilíbrio (E) e Têtil (D).

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Fisioterapia motora

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 27/06/17	HORA DA SOLICITAÇÃO:	



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que George S. Rodrigues

foi atendido (às) hoje, às 18/0 (cinco e oitenta)
horas, necessitando de 15 dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 552 + 582 + 654.0

Campina Grande, 25,04, 17

Dr. Andrey Wanderley
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE OMBRO
CRM 5628-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 Rodrigues

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

DIAGNÓSTICO CID S52+582+654.0

Campina Grande,

27.10.14

Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes
Traumatologia/Ortopedia

Assinatura do Médico CRM-PB 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: **83086618849**

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: **CLAUDIA F**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **702309115603111**

Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO**

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 esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [*y*] Paciente [] Responsável

x. George Seraph Rodrigues
HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Fone: 83086618849
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

Observações

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

MedicWare

Página 1 / 1





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 ALVÍO

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: CLAUDIA F

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: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-920 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@voixmail.com.br

Data: 09/06/2017 08:20

Dados do Paciente

Paciente: **GEORGE SERAFIM RODRIGUES**

Num. RG: **2251949**

CPF: **048.531.464-90**

Nascimento: **15/04/1983**

34 anos

Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Registro: **121926**

Endereço: **AÇUDE DO ALÍVIO**

N.: **27**

Bairro: **PAJUÇARA**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59133350**

Fone: **8398661884**

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: **CLAUDIA F**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **702309115603111**

Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO**

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 RÊGO**, 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 RÊGO**, 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 compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO - CRM 4

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





GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WILFREDO 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	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO ☒ FEMININO ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF
16 - CEP			

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	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Lesão Manguito Rotador	M 751		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Reparo do Manguito Rotador 408010142			
Tenoplastia do Biceps 408060476			
Sinovectomia 408060123			
25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	29 - Nº SOLICITAÇÃO	30 - Nº CNES / CPF	
0415020034	07 / 06 / 2017		
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BASTEIRAL	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/H)
47 - DT. AUT.	51 - DT. AUT.	
48 - CNES / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	



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

LUCIMAR

Operador

01419244469CLARISSA

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador

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/Apelido:

Naturalidade:

ALEXANDRIA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

JOAO BANDEIRA

Bairro:

CENTRO

Município de 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 - Eletivo

Clínica:

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 eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408010142

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:

RM + EP

Condições que Justificam a Internação:

tratamento cirurgico lesao 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

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



Código Solicitação: 202859076

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

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)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante

02166001467

CPF do Médico Executante

01203172494

Diagnóstico Inicial - CID

M751 - SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR

Caráter

10 - Eletivo

Clinica

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado

REPARO 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 cirurgico lesao manguito + tenoplastia + sinovectomia

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CNES

2408252

CNES

2408252

Município Executante

NATAL

NATAL

07.06.2017 -
10:50:39

Operador

LUCIMAR

07/06/2017 -
11:25:11

Operador

01419244469CLARISSA

11.06.2017

08.06.2017

09.06.2017

Operador

33391521449FRANCISCA

Nome Social/ Apelido

Naturalidade

ALEXANDRIA - RN

Raça

AMARELA

Tipo Sanguíneo

Logradouro

JOAO BANDEIRA

Complemento

Bairro

CENTRO

CEP

59960-000

Município de Residência

PILOES

UF

RN

Nome do Médico Solicitante

MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação

APROVADA

Nome do Médico Executante

MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clinica Complementar

Nenhuma

Código

0408010142

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

CRM

Data de Solicitação

07.06.2017 - 10:50:39

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





BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA

Reg: 120426 NOME: George Serfim Rodrigues APTO:

Cirurgia Realizada:

Tratamento de lesão de manguito rotador + tenoplastia de biceps + sinovectomia ombro direito

DATA: 09.06.2017 INICIO: 15:30 HS: MIN: TÉRMINO: 17:00 HS: MIN:

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Marcelo Rêgo	4884		Pequena
1 Auxiliar	Ortopedia			Média
2 Auxiliar	Cirurgia Joelho e Ombro			Grande
Anestesiologista	Silvan de Carvalho			Múltipla
Instrumentador	CRMI 1994			
Ato:				

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

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028958	Agua Biotilada 100ml	AMP		050320	Vicry 00 (Violeta)	ENV		068184	Malha Tubular 12cm.	ROL	
000326	Agua Biotilada 10ml	AMP	02	050377	Vicry 5-0 (Incolor)	ENV		068188	Malha Tubular 15cm.	ROL	
028988	Agua Biotilada 20ml	AMP		050725	Vicry 5-0	ENV		062783	Máscara Descartável	UND	05
000057	Clorfenicol 1g	AMP		050319	Vicry 7-0	ENV		060930	Polifix 2 vias	UND	
000098	Dacron 4mg. Inj.	AMP		Ethibond 3 = 0				064784	Podidone Degermante / ml.	ML	200
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP						064787	Povidone Tópico / ml.	ML	100
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP						065587	Sabão Líquido	ML	
004703	Hiosque 50%	FRS						060733	Sapatilha Descartável	UND	102
008049	Inazol Pomada 1/4	1/4						063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g.	COM						062449	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
006667	Novelgine 2ml Inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND	02
007483	Profanid 100mg. Inj.	AMP						063206	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	03
008820	Solução Ringer c/ Lactato	FRS		DESCARTÁVEIS				063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	
008449	Solução Ringer Simples	FRS						063120	Sonda Uretral 10	UND	
028125	Soro Fisológico 100ml	FRS		061900	Abborcath-T Plus Nº 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisológico 5% 500ml	FIS	04	061918	Abborcath-T Plus Nº 16	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB		061925	Abborcath-T Plus Nº 18	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
008895	Xylocaine 2% c/v	AMP		061932	Abborcath-T Plus Nº 20	UND	01	063183	Sonda Uretral 18	UND	
010026	Xylocaine Gel 2%	BSG		060982	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND	02	060550	Sonda Uretral 20	UND	
Despolino = 28				060312	Agulha Descartável 25 x 7	UND	02	Máscara bola			
				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	02	Linha primária			
				060575	Álcool Iodado 10%	ML	100	Cateter nasal			
				060582	Atadura Crepon 10cm.	ROL	02				
				060610	Atadura Crepon 12cm.	ROL					
				060619	Atadura Crepon 15cm.	ROL					
				060618	Atadura Crepon 20cm.	ROL					
				060711	Atadura Gessada 10cm.	ROL					
				060876	Atadura Gessada 12cm.	ROL					
				060020	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL					
				066619	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
				061670	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
				060380	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL					
				066618	Bandeja Pendural	UND					
				061545	Bandeja Raqui	UND		090736	Ar. Comprometido		
				060945	Butterfly 19g	UND		092405	Aspirador Vácuo		
				060955	Butterfly 21g	UND		090324	Bomba de Infusão		
				062135	Butterfly 23g	UND		090331	Capnógrafo		
				062142	Butterfly 25g	UND		090363	Craneograma		
				061205	Camisola Descartável	UND	01	090395	Desfibrilador		
				061244	Compressa Cirúrgica	UND	25	090467	Intensificador de Imagem		
				061066	Eletrodo Descartável	UND	05	090499	Microsscópio		
				066848	Enterofix 500ml	UND		090711	Oxigênio Sob Pressão 10L		
				062024	Esparadrapo 10 x 45	CM	100	090553	Oxímetro		
				062031	Éter Sulfúrico / ml.	ML		093985	Oxido Nitroso		
				062265	Gase 91 x 91	UND	100	092700	Respirador a Pressão		
				062850	Gase Furcinada	UND		090570	Respirador a Volume		
				062364	Gorro Descartável	UND	06	091856	Taxa de Monitor		
				062103	Intrafix Air IL 2,4 M	UND			Taxa de Sala Nº	02	
				061079	Intrafix Padrão	UND	01	090428	Taxa de Fibra Ótica		
				062253	Lâmina Bisturi Nº 11	UND			Video Laparoscopia		
				062260	Lâmina Bisturi Nº 15	UND	01				
				060149	Lâmina Bisturi Nº 20	UND	01				
				062332	Luva Descartável Nº 7,0	PAR	01				
				062640	Luva Descartável Nº 7,5	PAR	01				
				062429	Luva Descartável Nº 8,0	PAR	03				
				062411	Malha Tubular 10cm.	ROL					

CIRURGIÃO:

Marcelo Rêgo
Ortopedia
Cirurgia Joelho e Ombro
CRM 1994

CIRCULANTE:

Marcelo Rêgo
Ortopedia
Cirurgia Joelho e Ombro
CRM 1994





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 manguito**

09/06/2017 19:00		Horários de Aplicação	4884
1)	DIETA LIVRE	(SND)	
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	500 500 500 18:00	
3)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	08:00 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 VÔMITOS	(SN)	
7)	SONDA VESICAL DE ALÍVIO (SVA), Se necessário	(SN)	

Marcelo Rêgo

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO
CRM - 4884

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tiro 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____



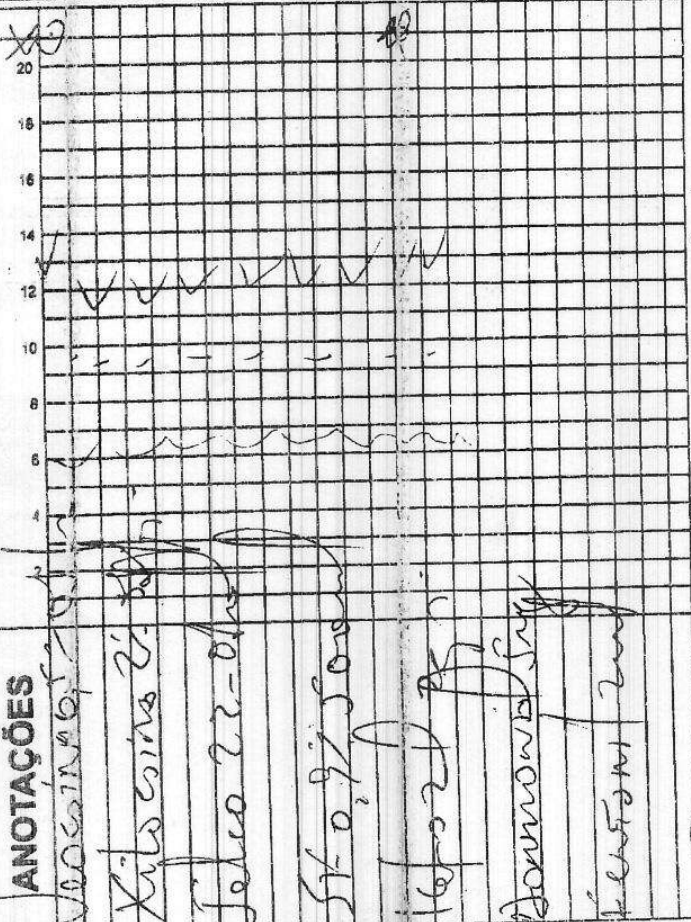
RELATÓRIO ANESTESIA

S.D.A. lesão do Nervo do Noto do Direito

PRÉ-ANESTÉSICO: DROGAS:
 TÉCNICA ANESTÉSICA: Bloqueio do plexo Braquial + Sedação

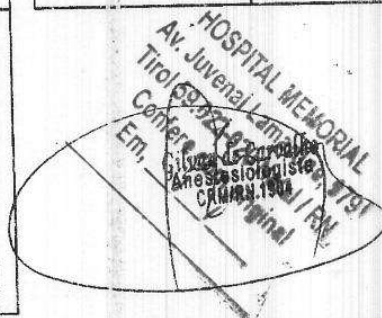
DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000190	Adrenalina	AMP		008818	Narcam	AMP					
000203	Agua Fisiológica	AMP		007517	Piasil 10mg	AMP					
000242	Alcool 25	AMP		007516	Prostigmine	AMP					
000280	Cloridrato de Propofol	AMP		005216	Ketalar	AMP					
001480	Cloridrato de Sódio	AMP		003315	Quelicim 100mg	AMP					
010920	Dimor 5mg	AMP		000017	Quelicim 500mg	AMP					
002118	Dipriva	AMP		003513	Rapifem	AMP					
002353	Dolantina	AMP		000914	Sevoflur	ML					
003060	Dormidol 15mg	AMP		008413	Sol. Ringer Simple	FRS					
017075	Dormidol 5mg	AMP		028117	Sol. Fiscológica	FRS					
003071	Etidol	AMP		008717	Sol. Glicosado	FRS					
003511	Fentanil 2mg	AMP		008817	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003730	Foran	ML		001912	Thionembuol	AMP					
017036	Halotano	ML		003013	Tetracim	AMP					
004806	Hidralazina	AMP		009717	Valium	AMP					
004807	Inoval	AMP		001413	Xilocaina 1%	AMP					
010386	Lactato	AMP		009913	Xilocaina 2% a/A	AMP					
003587	Marcaina 0.5 a/A	AMP		010013	Xilocaina 2% c/A	AMP					
003584	Marcaina 0.5 a/A	AMP		010011	Xilocaina Passada	AMP					
010386	Marcaina Passada	AMP									



Interocorrências

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



INÍCIO ANESTESIA: <u>10:30</u>	INÍCIO CIRURGIA: <u>10:45</u>	DATA: <u>09.06.2017</u>
FINAL CIRURGIA: <u>12:00</u>	FINAL ANESTESIA: <u>12:00</u>	ANESTESIOLOGISTA: <u>Gilvan de Carvalho</u> CRM 1904



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 manguito**

09/06/2017 12:29

Horários de Aplicação

4884

1) DIETA LIVRE

SND

2) SORO FISIOLÓGICO 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. 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. 24

5) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%

22 06

6) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PIASIL)

Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.

CASO VÔMITOS

SN

7) Sonda vesical de alívio (SVA), Se necessário

SN

Marcelo Rêgo

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO
CRM - 4884





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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

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**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ASPECTO GERAL

☒ - Ac. Venoso ☒ - Acianótico
Pálido Tremores
Vômitos Sudorese

Diurese: **Esponânea**

Observações:

RAIO X

Observações/QTID

Pré:

Pos:

FÉRIDA OPERATÓRIA

☒ - Ocluída Sangramento
Drenos Fixadores
Tala Tração
Edema Hematomas

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **70** Temperatura: **35,6** °C
Pulso: **72** Respiração: **18**

Observações:

Queixas do Paciente:

Observações Gerais:

**PACIENTE RETORNOU DO CC EM POI DE LESÃO DE
MANGUITO ROTADOS, NA HV, EM USO DE ATB, COM
MEDICAÇÃO DE HORARIO, AFERIDOS SINAIS VITAIS,
SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

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

Corado

Acianótico

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110** X **80** Pulso: **78** Temperatura: **36** °C Respiração: **20**

ACESSO VENOSO

DIETA
Coral
Cbs:

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

Saturação O2:

Glicose no sangue

**QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS**

Observações Gerais:

**PCT EM PÓS OPERATORIO DE OMBRO CONSCIENTE ORIENTADO, COM AVP EM MSE
VIABILIZANDO HV ADMINISTRADO MEDICAÇÕES SEGUE SEM INTERCORRENCIAS AOS
CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.**

09/06/2017 12:12:52

COREN - 998928

JESSICA GOMES DA SILVA

09/06/2017 13:52 (U272/ASSIST.754)

Página 1





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

10/06/2017
COREN - 998628

JESSICA GOMES DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação
Com auxílio

Corado

Acianótico

Eliminaç. Vesicais: **PRESETE**

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: **110 X 70**

Pulso: **98**

Temperatura: **36,8** °C

Respiração: **19**

Eliminaç. Intestinais: **AUSENTE ATE O MOMENTO**

Saturação O2:

Glicose no sangue

DIETA

Oral

Acelta Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS ATS EO MOMENTO

ACESSO VENOSO

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM CONCIENTE ORIENTADO EM AS AMBIENTE ENCNTRA-SE EM POS OPERATORIO DE LESAO DE MANGUITO ROTADOR, OMBRO DIREITO, NA HVP, ESTA SENDO MEDICADO DE AOCRODO COM PRESCRICAO MEDICA, SSVV ESTAVEIS FOI HIGIENIZADO TROCADO ROUPAS DE CAMA + VESTES PESSOAIS, PCT ENCONTRA-S DE ALTA HOPISTALAR SEGUE NO LEITO SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

10/06/2017 09:24:38

COREN - 1109514

JUCILENE SABINO FORTUNATO

Limpeza: **S.F0.9% GAZES, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA**

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Condições do Leito: **COM PRESENCIA DE SECREÇÃO EM GAZE**

Localização: **OMBRO**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☒ Sanguinolento

☐ Serossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☐ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

☒ Intgra

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alérgica/Dermatite

☐ Macerada

Quantidade: **Pequeno**

Odor: **Característico**

BORDAS

☐ Distintas

☒ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-000 Natal / RN
Confere com original
Em, / /

10/06/2017 10:30:58

COREN - 968653

BRENDA SANDRINELLE FIGUEIREDO DE LIMA

MedicWare

Página 1





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 ACOFANHADO DE MAQUEIRO EFAMILIAR LEVANDI

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

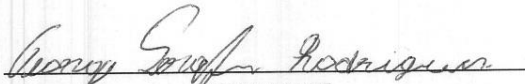
CONTRATANTE: GEORGE SERAFIM RODRIGUES, brasileiro, casado, autônomo, RG 2251949 ITEP/RN e CPF: 048.531.464-90, com endereço na Rua José André da Rocha, 27-A Bairro Universitário, Campina Grande – PB. CEP: 58.400-000.

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) 9.9890-2806



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





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 apazada 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 Alcibíades Marinho Falcão Cunha

Juiz de Direito



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

