



Número: **0815668-83.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **01/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES (AUTOR)	BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA (ADVOGADO) TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33803 457	01/09/2020 10:00	Petição Inicial	Petição Inicial
33826 621	01/09/2020 10:00	Ação DPVAT - Yuri	Outros Documentos
33826 624	01/09/2020 10:00	Documentos pessoais - Yuri Matheus	Documento de Identificação
33826 627	01/09/2020 10:00	Procuração - Yuri Matheus	Procuração
33826 629	01/09/2020 10:00	Pedido de Seguro Dpvat Negado - Yuri Matheus	Documento de Comprovação
33826 630	01/09/2020 10:00	Processo administrativo - Yuri Matheus Tarradt De Menezes CPF - 094.400.964-62	Documento de Comprovação
34205 883	11/09/2020 14:28	Despacho	Despacho
34706 516	24/09/2020 12:05	Mandado	Mandado
34706 517	24/09/2020 12:05	Carta	Carta
34744 357	25/09/2020 09:09	Petição	Petição

Segue em PDF



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594123800000032342250>
Número do documento: 20090109594123800000032342250

Num. 33803457 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR DA __ VARA CÍVEL DE CAMPINA GRANDE-PB

YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES, brasileiro, solteiro, auxiliar de produção, inscrito no CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua São Pedro, nº 1250 quadra 15, bloco 2, apartamento 201, Santa Rosa, CEP 58416-520, Campina Grande/PB, através de seu advogado *in fine* assinado, *com escritório profissional na Rua Olinda, 64, Malvinas, CEP 58433-152, Campina Grande-PB, telefones: (83) 3066-4098, (83) 99614-6564 e (83) 98650-9078 e e-mail: gurjaoeoliveira.adv@gmail.com*, vem à presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04 podendo ser citada na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar – Centro, CEP 20031-205, Rio de Janeiro/RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Por preencher, o autor, os requisitos legais então previstos, desde logo suplica que lhe seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos dos artigos 98 e seguintes do Novo Código de Processo Civil e da Lei 1.060/50.

DOS FATOS

O requerente, no dia 08/10/2019, às 16:11h, conforme consta no boletim de ocorrência policial Nº 01053.01.2020.2.00.401, sofreu um acidente de trânsito, quando a vítima conduzia o veículo de marca Honda, modelo Pop 110, tipo motocicleta, ano/modelo 2018/2018, de



cor branca, placa QSC 9320/PB, chassi 9C2JB0100JR073903, renavam 0117034720-4, licenciada em nome da vítima.

Ocorre que ao prosseguir na via, o autor veio a colidir com um automóvel de placa BNR 6802/PB, conduzido por Manoel Antônio de Abreu, de CPF nº 237.757.694-04, quando em uma via transversal, dobrou imprudentemente à esquerda, bloqueando o caminho do autor, que ao acionar o sistema de freio da motocicleta, mesmo assim, não conseguiu evitar a colisão. Desse evento restou o demandante com consideravelmente graves lesões corporais.

Posteriormente ao fato, o requerente foi socorrido pela equipe da SAMU e encaminhado para atendimento médico no hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, em virtude da gravidade dos ferimentos ocasionados do acidente. Ao ser atendido, foi constatado no prontuário de atendimento médico (Nº 2010638) que o autor fraturou o fêmur direito, necessitando realizar procedimento cirúrgico de fratura de diálise de fêmur direito, conforme consta nos laudos médicos em anexo.

Nesse contexto, em razão do procedimento cirúrgico ao qual o autor foi submetido, fora necessário a internação do dia 08/10/2019 até o dia 20/10/2019, o que, por conseguinte, provocou a interrupção das atividades laborais do requerente.

A partir desse fato, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT.**

Ato contínuo foi juntado, pelo segurado, os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, no requerimento administrativo, visando o recebimento da quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**). O requerente, dessa forma, teve seu pedido cadastrado com o número de sinistro 3200261538 e cadastrado com o sinistro 3200279273.

Certo do recebimento da indenização, em conformidade com a gravidade de sua invalidez, o autor aguardou resposta da ré. Não obstante, **a seguradora informou que o pedido de indenização, protocolado pelo autor, restou negado em virtude de não se justificar a cobertura pleiteada, face ser a vítima a proprietária do veículo e estar com o pagamento do Seguro DPVAT caracterizado como irregular, ou seja, com pagamento em atraso.**



Entretanto, Excelência, verifica-se que no dia do acidente o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT ainda não estava vencido, visto que o vencimento se dava no dia 31/10, conquanto acidente ocorreu no dia 08/10.

O Entendimento apresentado como caracterizador da negativa de pagamento não é condizente com a previsão legal, pois contraria claramente dispositivos constantes na LEI N° 6.194, de 19 de dezembro de 1974, que não desautoriza ou impossibilita o pagamento da indenização para proprietários em caso de inadimplência.

Ou seja, todos os documentos médicos levam ao entendimento de que foram consideráveis as perdas funcionais e dificuldades físicas remanescentes, **conquanto, a parte ré nega, sumariamente, a análise dos documentos, adotando entendimento diverso do que claramente está previsto na legislação que trata do tema.**

Dessa forma, resta claro que foi buscado, através de procedimento administrativo, solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito sem a tutela jurisdicional.

Denota-se legítimo o dever da ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteado, uma vez que é pertencente ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

Diante de tais fatos e da comprovação da invalidez, a via judicial se faz necessário para que Vossa Excelência determine que a seguradora pague a indenização referente ao **SEGURADO OBRIGATÓRIO DPVAT** no grau a ser apurado em perícia judicial, com a devida correção monetária.

DO DIREITO

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.



A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.



Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro DPVAT, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

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 suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

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

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz mencionar, Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia a demandante:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado.** 4. **Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo.** Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização



securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado.** 4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474 do STJ

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, diante da análise constante no art. 3º da lei nº 6194/74, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência:



(art. 3º da Lei nº 6.194, de 13 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Repercussão na Inteira do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores e/ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos [cegueira bilateral] ou cegueira legal bilateral		
Lesões neuroógicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alterante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		100
Lesões de origens e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		50
Perda completa da mobilidade de um dos membros, cataventos, punhos ou dedos polegar		25
Perda completa da mobilidade de um quase, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Outras Rpercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surddez completa) ou da função (mutdez completa) ou da visão de um olho		50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		25
Perda integral [redução drástica] do baço		10

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de indenização do seguro DPVAT à parte autora, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

3.2 DA POSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO NO CASO DE PAGAMENTO ATRASADO DO PRÊMIO

A negativa de pagamento por parte da ré não encontra nenhum amparo legal, é aplicada em desacordo com a legislação que trata do assunto, bem como, vai de encontro a entendimento já sumulado pelo Egrégio Superior Tribunal de Justiça, ainda, contraria farta jurisprudência que trata do tema.

Cite-se os dispositivos da lei 6.194/74 e que claramente dão amparo à pretensão autoral:



Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Art. 7º. A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, **seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído**, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Ainda, cite-se **SÚMULA 257 DO STJ:**

SÚMULA 257 DO STJ: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização.

Ademais, cite-se entendimento do R. Tribunal de Justiça deste Estado:

RECURSO INOMINADO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PAGAMENTO ATRASADO DO PRÊMIO QUE NÃO IMPORTA EXCLUSÃO AUTOMÁTICA DA COBERTURA. SÚMULA N. 257 DO STJ. NEXO CAUSAL ENTRE O DANO E DESPESAS COMPROVADO. CORREÇÃO MONETÁRIA COM PREVISÃO NA SÚMULA N. 14 DAS TURMAS RECURSAIS. SENTENÇA QUE DETERMINOU CORREÇÃO MONETÁRIA A PARTIR DO INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO, O QUE, NA HIPÓTESE, EQUIVALE À DATA DO PAGAMENTO PARCIAL. RECURSO DESPROVIDO. (Recurso Cível Nº 71007740095, Quarta Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Luis Antonio Behrensdorf Gomes da Silva, Julgado em 19/09/2018).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO DO PRÊMIO. DESNECESSIDADE. SÚMULA 257 DO STJ. DESPESAS MÉDICAS. **COMPROVAÇÃO.** 1. Não é necessária a comprovação do pagamento do prêmio para a cobrança do seguro DPVAT. Inteligência da Súmula n. 257 do STJ. 2. Despesas médicas. O artigo 3º, III, da Lei n.º 6.194/74 estabelece que é devido o reembolso das despesas devidamente comprovadas. Comprovado o nexo causal entre o acidente narrado e os gastos médicos efetuados em quantia superior, deve ser determinado o ressarcimento. APELO DESPROVIDO. (Apelação Cível Nº 70078649712, Quinta Câmara Cível, Tribunal



de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 26/09/2018).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT.
AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO DO PRÊMIO. DESNECESSIDADE. SÚMULA 257 DO STJ. CORREÇÃO MONETÁRIA. DATA DO SINISTRO. 1. Não é necessária a comprovação do pagamento do prêmio para a cobrança do seguro DPVAT. Inteligência da Súmula n. 257 do STJ. 2. Correção monetária. Incidência desde a data do sinistro. Súmula n. 580 do STJ. APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação Cível Nº 70078447521, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 26/09/2018).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. SÚMULA 257 DO STJ. FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT). RECUSA DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DESCABIDA. Trata-se de ação de cobrança, relativa à indenização do seguro obrigatório previsto na Lei nº 6.194/74 (DPVAT), convertida na Lei nº 11.945/2009, julgada procedente na origem. A matéria trazida em grau recursal diz respeito tão somente a alegação de inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. O egrégio STJ, já consolidou o entendimento através da Súmula 257 do egrégio STJ, de que a falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização. Sentença mantida com a condenação da seguradora ao pagamento de indenização. APELAÇÃO DESPROVIDA (Apelação Cível Nº 70078371598, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Niwton Carpes da Silva, Julgado em 30/08/2018).

Ante todo o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de indenização do seguro DPVAT à parte autora, independentemente do momento em que o prêmio do seguro foi quitado.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS



O advogado - em consonância com o art. 133 da Constituição Federal, bem como, com o Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil - é indispensável à administração da justiça, sendo a postulação a qualquer órgão do Poder Judiciário e aos Juizados Especiais sua atividade privativa, ***tendo direito assegurado aos honorários convencionados, fixados por arbitramento e os de sucumbência.***

O Art. 22 da Lei 8906/94 assim preleciona:

"Art. 22 - A prestação de serviço profissional assegura aos inscritos na OAB o direito aos honorários convencionais, aos fixados por arbitramento judicial e aos de sucumbência."

Neste diapasão, os honorários de sucumbência são devidos a título de gratificação, pelo motivo da boa atuação do advogado na defesa dos interesses da parte vencedora. Quanto mais o empenho dele tiver nexo com o resultado do processo, há de se convir que maior seja a verba honorária.

Pois bem, percebe-se que o zelo profissional do patrono desta demanda é satisfatório, uma vez que tentam por todos os meios legais - munidos de direito para respaldar o pleito - a procedência da presente ação de indenização, no fito de aliviar a dor da parte autora, de acordo com a função social do advogado e respeito à ética profissional.

O art. 85 do CPC, assim *in verbis*:

Art. 85 - *A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor.*

(...)

§2º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, do proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor atualizado da causa, atendidos:

§ 8º – Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do § 2º.

a) O GRAU DE ZELO DO PROFISSIONAL



Por ter laborado em nome da dignidade da pessoa humana, por rebater a avareza da Seguradora Requerida, de todas as formas em direito admitidas, com muito zelo, modestamente requer-se que a Requerida seja condenado no pagamento de honorários advocatícios.

Contudo, requer seja condenada a seguradora, de acordo com o art. 85, § 2º, ou seja, entre 10% a 20%, caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo permitido em lei, ou seja, o máximo permitido em lei é de R\$ 13.500,00, portanto, a metade é de R\$ 6.750,00, aplicando assim, o parágrafo 2º do art. 20, que assim prevê:

§2º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, do proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor atualizado da causa, atendidos:

Porém, caso o valor a ser indenizada à parte autora, não ultrapasse a metade do valor máximo permitido em lei, o que torna pequeno o valor, requer a aplicação do parágrafo 8º do art. 85, que assim prescreve:

§ 8º - Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do § 2º.

Esse dispositivo existe no Código de Processo civil, para evitar que honorários os honorários sejam irrisórios, aviltantes, e até desrespeitosos. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é pacífica quanto à aplicação do artigo 85, §8º, do CPC aos casos como o dos autos, senão vejamos:

“Pequeno que seja o valor da causa, os tribunais não podem aviltar os honorários de advogado, que devem corresponder à justa remuneração por trabalho profissional; nada importa que o vulto da demanda não justifique a despesa” (STJ, AI n. 325.270-SP, rel. Min Nancy Andrighi, j. em 20-3-2001).

“O arbitramento dos honorários advocatícios em patamar irrisório é aviltante e atenta contra o exercício profissional.” (AgRg no Ag 954.995/SP, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 18/03/2008, DJe 23/04/2008 – grifou-se.)

Diante do exposto, requer seja a Requerida condenada a pagar os honorários advocatícios, no patamar de 20% (vinte por cento) caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo indenizável, ou que seja arbitrado um valor equitativamente de acordo com o §8º do art. 85 do CPC, caso o valor da condenação seja baixo.



DO PEDIDO

Pelo exposto, pleiteia:

a) Nos termos da Lei 1.060/50 e Art.98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita**;

b) Seja a recebida, cadastrada e conforme Art. 246, I, do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal, a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes as pedidos;

c) Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme Art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido à autora a título de indenização DPVAT;

d) Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

e) Que se declare devido à parte autora o pagamento da indenização do seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, com o valor a ser quantificado após realização de perícia médica.

f) Condenar a demandada ao pagamento de indenização referente ao seguro DPVAT – INVALIDEZ, com o valor a ser quantificado após realização de perícia técnica.

g) Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

g) Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Que sejam as notificações e intimações realizadas EXCLUSIVAMENTE no nome do Dr. **Tiago Gurjão Coutinho de Azevêdo, OAB/PB 16866** e do Dr. **Bruno Macêdo de Oliveira, OAB/PB 27056**, sob pena de nulidade, conforme preceitua o art. 272, §2º do CPC.



DO VALOR DA CAUSA

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais).

Nesses termos,

espera deferimento.

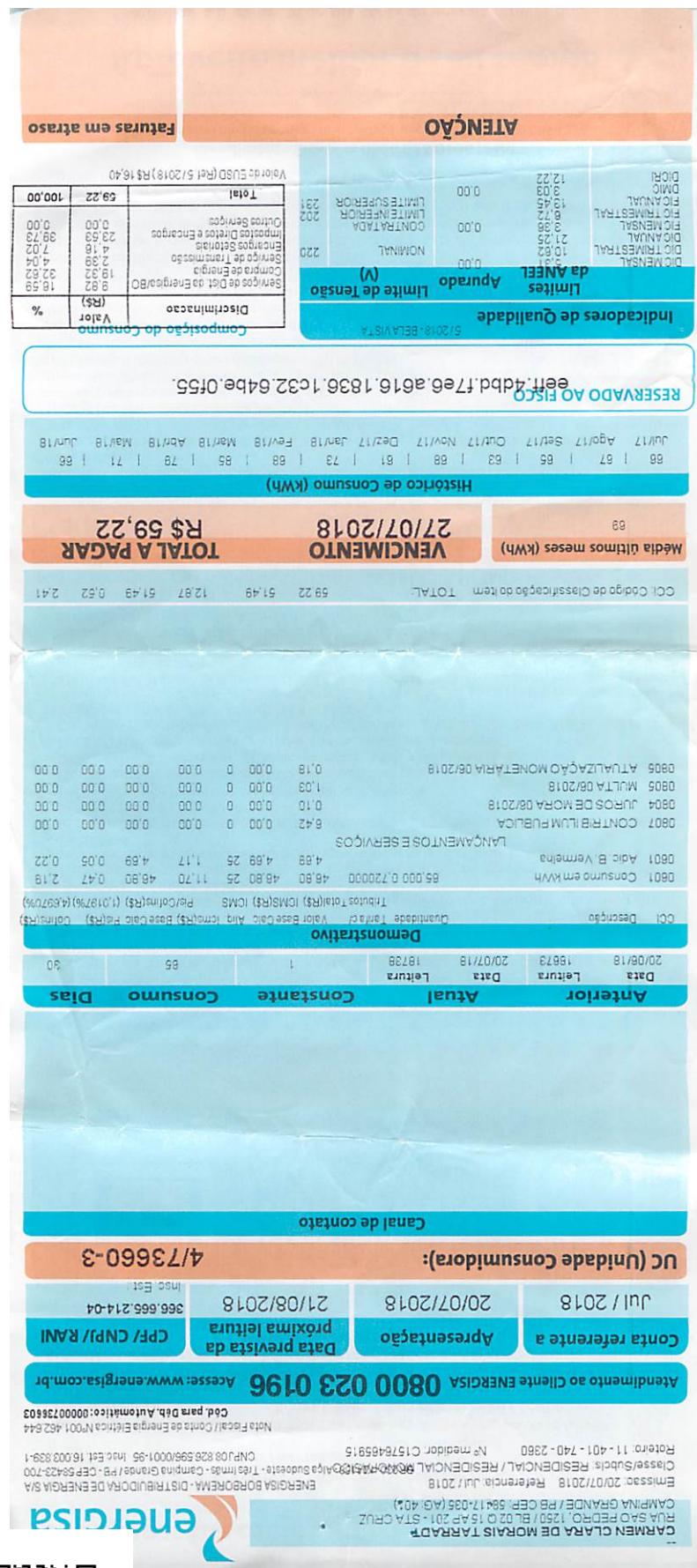
Campina Grande, 31 de Agosto de 2020.

TIAGO GURJÃO COUTINHO DE AZEVÊDO
ADVOGADO OAB/PB 16866

BRUNO MACÊDO DE OLIVEIRA
ADVOGADO OAB/PB 27056

RAYANE MELO NOGUEIRA
ACADÊMICA DE DIREITO





Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:45

Assinado eletronicamente por: HAGO SORJAS COOTINHO DE AZEVEDO - 07/05/2020 09:39:43

Número do documento: 20090109594435600000032363583

Núm. 33826624 - Pág. 1

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do

Aproveite melhor o seu tempo

Atendimento Energia para edifícios auditivo ou de fala 0800 098 1234
Atendimento Energia 0800 023 0196 (24h)

- Seu CPF foi protestado. Consulte através do site: <http://pedusiasprotesto.com.br>
- Endereço acertado com todos os custos para protesto de todos os protestos.
- Seu endereço está sujeito a inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SEBRAE, SPC), e também estará sujeito ao protesto de documentos de crédito (SPC, SEBRAE).
- Caso não esteja dentro de uma data de vencimento, uma vez verificada, pode solicitar iluminação de lâmpadas iluminos, bem como a possibilidade de vencimento direto com plásticos, solventes ou produtos químicos, entre outros.
- Os dados impressos tem validade útil de cinco dias desde que esteja dentro de uma data de vencimento direta com demais renovações. O pagamento contra não muda de 2%, autorização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% a mês, correio no fornecimento de energia a demais renovações.
- Pagando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, autorização monetária com implicações diretas a comodato. E direito do consumidor solicitar a qualificação consumidora.
- Possíveis valores individuais cima dos padrões nestas unidades consumidoras em nosso site www.energisa.com.br
- Impostos estão a disposição para consulta em nossas agências de atendimento ou informações sobre condições gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados.
- Media dos últimos doze meses.
- Fazendo o acesso ao leitora ao medidor e assim evite que o seu consumo seja rastreado pela energia elétrica. CPF ou CNPj.
- Para entender mais sobre nossas agências ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia.

Fique Atento!

para consulta em nosso sistema 24 horas após a data de apresentação de informação no aviso.

- Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA só estão disponíveis para consulta em nossas agências ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia.
- EU5: Encargo de uso do sistema de distribuição.
- TE: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar pagamentos de fornecimento mensais de usuários do sistema de energia elétrica pelo uso do sistema.
- TUS5: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar pagamentos de fornecimento mensais de usuários do sistema de energia elétrica unidades consumidoras individuais estabelecido pela ANEEL, para as
- DCR5: Duragão, é a interrupção individual corrigida em dia útil.
- DMC5: Duragão, em horas, da menor fíco no período.
- FLC: número de vezes que o cliente ficou sem energia.
- DOI: número de horas que o cliente ficou sem energia.
- (CM5): referências (PI/PASEP e COFINS).
- Impostos Direitos Energéticos: parcela destinada ao pagamento de impostos estaduais e federais.
- Setoriais: parcela destinada ao pagamento das obrigações compulsórias do setor elétrico estabelecidas por lei, arrecadada pela Energisa e transferida para a União e para as subestados.
- serviço de Transmissão: parcela destinada ao transporte de energia das redes de distribuição.
- serviço de Distribuição: parcela destinada a investimentos e custos operacionais nas redes de distribuição.
- energia elétrica para a concessionária.
- Compra de Energia: parcela destinada ao pagamento das gerações que vendem

Glossário

nosso canal: 0800 023 0196 Agências de Atendimento www.energisa.com.br

Receba sua fatura por e-mail.
Mais comodidade para o seu dia a dia.



Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Sicredi / Autotransmissão de Internet - Banco do Brasil / Bradesco / Banco do Brasil / BNB /

Banqueiro Central / Caixa Econômica Federal / Casas lotéricas da Caixa (Caixa Loterias) / Sicredi / Tribanco /

Agências Credenciais - Banco do Brasil (Correspondentes Bancários - Paixão - Banespa / BNB /

Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / BNB /

Caixa Econômica Federal / Banco do Brasil (Sicob) / Bradesco / Sicredi /

Onde pagar sua conta



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594435600000032363583>
Número do documento: 20090109594435600000032363583

Num. 33826624 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594435600000032363583>
Número do documento: 20090109594435600000032363583

Num. 33826624 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594435600000032363583>
Número do documento: 20090109594435600000032363583

Num. 33826624 - Pág. 4

PROCURAÇÃO E CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE/CONTRATANTE: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES, brasileiro, nascido em 08/05/1995, solteiro, educador, inscrito no CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 2ª Via SSDS/PB, telefone (83) 98792-5645, e-mail: yuriboy12@gmail.com, residente e domiciliado na Rua São Pedro, nº 1250, Quadra 15, Bloco 2, Apt 201, Santa Rosa, CEP 58417-035, Campina Grande/PB.

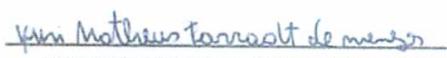
OUTORGADO/CONTRATADO: TIAGO GURJÃO COUTINHO DE AZEVÉDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 16.866, inscrito no CPF nº 051.999.864-22, BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 27.056, inscrito no CPF nº 007.534.734-29, RENATA MORGANA GALVÍNCIO SILVA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 21.761, inscrita no CPF nº 065.506.274-27 e os estagiários VICTOR ULISSES FERREIRA LYRA, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF nº 098.054.984-17, CAMILA DE MEDEIROS VIEIRA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 466.406.438-12, BEATRIZ DE SOUZA SILVA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 122.869.124-89, BEATRIZ PEREIRA BARROS, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 085.247.814-32, com escritório situado na Rua Olinda, 64, Malvinas, CEP 58433-152, Campina Grande-PB, telefones: (83) 3066-4098, (83) 99614-6564 e (83) 98650-9078, local onde deverá receber notificações ou intimações.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **PROPOR AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS** em face da **SEGURADORA LIDER**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pleitear gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma dos arts. 99 e 105 do NCPC15).

DOS HONORÁRIOS: Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei aos advogados outorgados/contratados, ou a quem legalmente os substituir, a quantia equivalente a **30% (Trinta por cento)** sobre os valores devidos, autorizando que seja feita a retenção e a expedição de alvará apartado se for requisitado, a título de **honorários advocatícios contratados**, ficando ainda esclarecido serem devidos independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente aos advogados outorgados/contratados.

Campina Grande, PB – 18 de julho de 2020.


YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES



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, 27 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200261538** **Vítima: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES**

Data do Acidente: 08/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

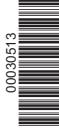
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 094.400.964-62 4 - Nome completo da vítima:
YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

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

5 - Nome completo: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES	6 - CPF:		
7 - Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO	8 - Endereço: RUA SÃO PEDRO, QUADRA 15, BLOCO 2 APARTAMENTO 20	9 - Número: 1250	10 - Complemento: Q 15, BL 02 AP
11 - Bairro: SANTA ROSA	12 - Cidade: CAMPINA GRANDE	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58413520
15 - E-mail: YURIBOY12@GMAIL.COM			16 - Tel.(DDD): 83 98158-1269

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:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:										
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).												
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:												
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00										
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00										
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)												
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </td> <td>Nome do BANCO: _____</td> </tr> <tr> <td>AGÊNCIA: <input type="text"/> 0737</td> <td>AGÊNCIA: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CONTA: <input type="text"/> 00110790</td> <td>CONTA: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(Informar o dígito se existir)</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0737	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> 00110790	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)											
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____											
AGÊNCIA: <input type="text"/> 0737	AGÊNCIA: <input type="text"/>											
CONTA: <input type="text"/> 00110790	CONTA: <input type="text"/>											
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

NAO ALFABETIZADO
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: VICTOR ULISSES FERREIRA LYRA

CPF: 098.054.984-17

Victor Uli... F. Lyra

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: CAMILA DE MEDEIROS VIEIRA

CPF: 466.406.438-12

Camila de Medeiros Vieira

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, *Campina Grande/PB, 21 de julho de 2020*

Yuri Matheus Tarradt de Menezes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Bruno Maceio de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EDC 001 V002/2019



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
-------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1 ^ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1 ^ª testemunha.
39	2 ^ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2 ^ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

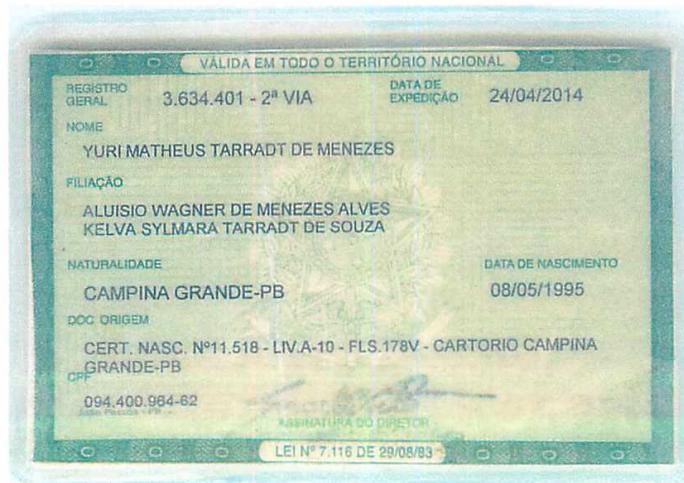
Ouvíndia: 0800 021 91 35



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>

Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 3



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358



CAGEPA

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

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70427682

REFERÊNCIA

JUN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTOS

KELVA SYLMARA DE SOUZA
RUA NENZINHA CLIMA, QD 15 - BL 02 APT 201 - SANTA
ROSA CAMPINA GRANDE PB 58400-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
018.013.450.0150.102	102	Residencial 0 Comercial 0 Industrial 0 PÚBLICO 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
Y12N239942	18/09/2012	INTERNO	LIGADO LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	DATA DE LIGAÇÕES
919	926	7	PROXIMA LEITURA
HIST. CONS./ANHOR. LEIT.	QUANT. DE ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.		12/07/2020
MAR/2020	7	PARÂMETROS EXIG. ANALIS.	CONFORMES
ABR/2020	9	TURBIDEZ	0 0 0
MAR/2020	8	CLORO	0 0 0
FEV/2020	10	PH	0 0 0
JAN/2020	13	COR	0 0 0
DEZ/2019	13	COL. TOTais	0 0 0
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: ABR/2020	

DATA DA IMPRESSÃO: 15/06/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 11:13:47
DESCRICAo	CONSUMO
AGUA	TOTAL(CR\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE AGUA	
ESGOTO	7 HB
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	37,91
CONSUMO DE ESGOTO	
ACRESCIMO(S) MÊS(Es) ANO: 03/2020	7 HB
JUROS DE MORA 03/2020	30,33
	1,35
	1,11

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTO: R\$ 6,31 PIS E CONFINS, IPI 12,741,12

VENCIMENTO: 26/06/2020

Total a Pagar: R\$ 70,70

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA	CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1
CAGEPA		
INFORMAÇÕES GERAIS:		
SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVÍRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA PB.COM.BR)		

REFERÊNCIA	VENCTIMENTO
00-MATRÍCULA JUN/2020 82660000000 2 70700010015 0 07042768201 1 06202030003 4	06/2020





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos numeros 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, Yuri Matheus Tarradt De Menezes,
RG nº 3634401, data de expedição 24/04/2014
Órgão SSDSS/PB, portador do CPF nº 094400964-62,
com domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Pedro, nº 1250,
complemento Q15 BL2 AP201, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Yuri Matheus Tarradt De Menezes, cujo o condutor era
YURI Matheus Tarradt De Menezes.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda Pop Ano: 2018/2018
Placa: QSC-9320 Chassi: 9C2JJB01005R073903
Data do Acidente: 08/10/2019

Local e Data: Campina Grande/PB 21 de julho de 2020

X Yuri Matheus Tarradt De Menezes

Assinatura do Declarante

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



CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIUDADES			
DETTRAN - PB		Nº 014002645060	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXPIRAÇÃO	
L	CÓD. REVENDEDOR	0419000010334	2018
A	CÓD. REVENDEDOR		
C			2018
E			2018
1 0117034720-4 00/00000000			
YURI MATHIAS TARRADT DE MENEZES			
NOME			
9 8 7 6 5 4 3 2 1		8 7 6 5 4 3 2 1	
8 7 6 5 4 3 2 1		9 8 7 6 5 4 3 2 1	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		0 9 4 4 0 0 9 6 4 6 2	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		09440096462	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		PLACA	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		QSC9320/PB	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		CHASSI	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		9C5610100JR073903	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		ESPECIE DE	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		COMBUSTIVEL	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		GASOLINA	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		MARCAS/Modelo	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		HONDA/POP 110I	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		CATEGORIA	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		P/109 / C1	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		P/ARTIC	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		COR PREDOMINANTE	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		BRANCA	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		ANO FAB.	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		2018	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		ANO MOD.	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		2018	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		VENC. COT. UNICA	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		00/00/0000	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		1º VENC. COTAS	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		2º	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		3º	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		PRÉMIO TARIIFARIO (R\$)	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		DATA DE PAGAMENTO	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		31/10/2018	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		OBSERVAÇÕES	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		A.F. ALM. DE CONC. NACION. HONDA LTDA	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		NÃO VENDO PARA TRANSFERIR	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		0	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		LOCAL	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		CAMPINA GRANDE - PB	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		DATA	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		01/11/2018	
9 8 7 6 5 4 3 2 1		36170	



PROCURAÇÃO E CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE/CONTRATANTE: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES, brasileiro, nascido em 08/05/1995, solteiro, educador, inscrito no CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 2ª Via SSDS/PB, telefone (83) 98792-5645, e-mail: yuriboy12@gmail.com, residente e domiciliado na Rua São Pedro, nº 1250, Quadra 15, Bloco 2, Apt 201, Santa Rosa, CEP 58417-035, Campina Grande/PB.

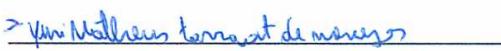
OUTORGADO/CONTRATADO: TIAGO GURJÃO COUTINHO DE AZEVÊDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 16.866, inscrito no CPF nº 051.999.864-22, RENATA MORGANA GALVÍNCIO SILVA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 21.761, inscrita no CPF nº 065.506.274-27, BRUNO MACÊDO DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, bacharel em direito, inscrito no CPF nº 007.534.734-29, DANIEL LUCAS DE SOUZA RIBEIRO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF nº 112.429.474-00, MARIA APARECIDA FERNANDES FERREIRA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 129.179.014-46, SUÊNIA VANESSA DA CUNHA SALGUEIRO, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 104.599.864-81 e VICTORIA CRISTINA SILVA OLIVEIRA, brasileira, solteira, inscrita no CPF nº 108.334.434-02, com escritório situado na Rua Olinda, 154A, Malvinas, CEP 58433-152, Campina Grande-PB, telefones: (83) 3066-4098, (83) 99614-6564 e (83) 98650-9078, local onde deverá receber notificações ou intimações.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **REQUERER SEGURO DPVAT VIA ADMINISTRATIVA**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pleitear gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma dos arts. 99 e 105 do NCPC15).

DOS HONORÁRIOS: Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei aos advogados outorgados/contratados, ou a quem legalmente os substituir, a quantia equivalente a **20% (20 vinte por cento)** sobre os valores devidos, autorizando que seja feita a retenção e a expedição de alvará apartado se for requisitado, a título de **honorários advocatícios contratados**, ficando ainda esclarecido serem devidos independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente aos advogados outorgados/contratados.

Campina Grande, PB – 20 de Julho de 2020.


YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bruno Maceço de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 007534734, 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Yuri Matheus Tarradot de Menges inscrito (a) no CPF sob o Nº 094 400 964, 62,
do sinistro de DPVAT cobertura Por invalidez da Vítima Yuri Matheus Tarradot de Menges
inscrito (a) no CPF sob o Nº 094 400 964, 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Advogado Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Olinda</u>	Número:	<u>69</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Malvinas</u>	Cidade:	<u>Compina Grande</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58433-152</u>
E-mail:	<u>Gurjaoeoliveira.adv@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>83 3066-4098</u>

Local e Data: Compina Grande/PB, 21 de julho, 2020

Bruno Maceço de Oliveira.

Assinatura do Declarante





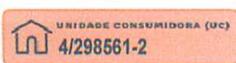
Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 10

BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA
RUA OLINDA 64 A - BODOCONGO
CEP 58433-152 - CAMPINA GRANDE / PB (AQ: 401)
CPF/CNPJ/RAN: 007.534.734-29



Cl/SBc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro: 12-0401-677-4711 Medidor: W5075410799



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002985612

R\$ 128,31	26/07/2020
JUN/2020	154 kWh 5,5kWh MÉDIA DIÁRIA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DESCRITIVO						
CCI	Descrição	QUANT.	TARIFA C/	Valor Total	BASE	ICMS/ICB
601	Consumo em kWh	154	0,740690	114,52	114,52	27
602	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				30,92	
607	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA				114,52	1,24
					5,72	

CC2: Código de Classificação do Item Total: 128,31 114,52 30,92 114,52 1,24 5,72

RESERVADO AO FISCO d21b0bc8-5d33-4cc5-80cf-0028a6f0a5d2	
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)	
Anterior	21/06/20 309 kWh
Atual	18/06/20 613 kWh
Consumo	154 kWh
Período	28 dias
FEV20	Consumo do medidor
MAIO20	Total
ABR20	128,31
MAR20	100,00
FEV20	20/07/2020

INDICADORES DE QUALIDADE	
META	MENSAL APURADO TRIMEST. ANUAL
Horas em que o cliente ficou sem energia - DIC	Nominal
Horas em que o cliente ficou sem energia - FIC	Operacional
Consumo médio de energia no período - DMC	Límite inferior
Duração da interrupção individual em dia úteis - DCRI	Límite superior

ATENÇÃO	SEGUNDA VIA DE CONTA
<p>Para receber a sua fatura, a Energisa está pronta para juntar e disponibilizar canais virtuais, site, App Energisa On e WhatsApp 0800 222 2200.</p> <p>Lembre-se:</p>	

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Afonso, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande - PB - CEP: 58423-700
CNPJ: 0229.596/0001-95 - Inscrição Estadual: 16.003.630-1
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N° 006.912.507 - Emissão: 17/06/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL			
00190.00009 03149.036000 02091.198172 1 83280000012831			
PAGADOR: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA CNP/CPF: 007.534.734-29			
RUA OLINDA 64 A - BODOCONGO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58433-152			
Nosso Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento
3149036000209198	298561-2020-06-5	26/07/2020	128,31
Beneficiário: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95			
Av. DEPUTADO RAIMUNDO AFONSO, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700			
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5			



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 11

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº01053.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 08/10/2019

Hora: 16:11:00

Endereço: Avenida Almeida Barreto, Estação Velha, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Próximo Ao 2º Batalhão da Pm

VÍTIMA(S)

Yuri Matheus Tarradt de Menezes, filiação: Kelva Sylmara Tarradt de Souza e Aluisio Wagner de Menezes Alves, idade: 24, data de nascimento: 08/05/1995, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), profissão: Repositor de Perecíveis, documentos(s) de identificação: CPF nº 094.400.964-62, RG nº 3634401 SSDS/PB, endereço: Rua Nenzinha Cunha Lima, Santa Rosa, Campina Grande, PB, complemento: qd 15, bl 02, apt 201, ponto de referência: Colégio Dom Helder Câmara, telefone: (83) 98158-1269.

TESTEMUNHA(S)

Isaias da Silva Martins, filiação: Raimunda da Silva e José Martins da Silva, idade: 25, data de nascimento: 01/12/1994, identidade de gênero: masculino, nome social: Isaias da Silva Martins, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), profissão: Pedreiro, documentos(s) de identificação: CPF nº 102.761.264-40, RG nº 3787915 SSDS/PB, endereço: Rua São Pedro, 1135, Santa Cruz, Campina Grande, PB, complemento: q 12, bl 02, apt 203, ponto de referência: Mercado de Júnior, telefone: (83) 99677-3670.

Geane Sueli Guimarães, filiação: Severina Ires Guimarães e Francisco de Almeida Guimarães, idade: 47, data de nascimento: 19/02/1972, identidade de gênero: feminino, nome social: Geane Sueli Guimarães, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: divorciado(a), profissão: Do Lar, documentos(s) de identificação: CPF nº 011.629.444-20, RG nº 2041651 SSDS/PB, endereço: Rua Nenzinha Cunha Lima, Santa Rosa, Campina Grande, PB, complemento: qd 15, bl 02, apt 401, ponto de referência: Colégio Dom Helder Câmara, telefone: (83) 98858-1333.

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) **Yuri Matheus Tarradt de Menezes (VITIMA) - Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvat Nº 46.2020**

HISTÓRICO

Que na data, horário e local informados acima, a vítima conduzia o veículo de marca Honda, modelo Pop 110I, tipo motocicleta, ano/modelo 2018/2018, de cor branca, placa QSC 9320/PB, chassi 9C2JB0100JR073903, renavam 0117034720-4, licenciada em nome da vítima, no momento em que ao prosseguir na via, veio um automóvel de placa BNR 6802/PB, conduzido por Manoel Antônio de Abreu, de

Procedimento Policial: 01053.01.2020.2.00.401

1/2



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CPF nº 237.757.694-04, de nº de contato 83 99315-6586, residente na rua Palestina, nº 272, bairro Santa Rosa, Campina Grande/PB, que estava em uma via transversal e dobrou imprudentemente à esquerda, bloqueando o caminho da vítima, que acionou o sistema de freio da motocicleta, mas não deu tempo de evitar a colisão, que colidiu na lateral direita desse automóvel; Que a vítima fraturou o fêmur direito, conforme consta nos laudos médicos em anexo, tendo a vítima sido socorrida pela equipe do Samu e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi feito atendimento médico; Que a vítima afirma que não se encontrava sob influência de bebida alcoólica; Que a vítima tem o desejo de representar criminalmente contra o condutor do automóvel causador do acidente, Manoel Antônio de Abreu.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 31 de janeiro de 2020.

Maria Sileide de Azevedo
Maria Sileide de Azevedo
Delegada de Polícia Civil
Mat. 156.849-3

JOSEFA ÁLVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil

Yuri Matheus Tarradé de menezes
YURI MATHEUS TARRADÉ DE MENEZES
Noticiante
Alan Anderson Chaves Ramos
ALAN ANDERSON CHAVES RAMOS
Agente Operacional de Polícia Civil



Procedimento Policial: 01053.01.2020.2.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 13



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



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 282- 2019	Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA				Posto/Graduação: 3º SGT PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: AV. ALMEIDA BARRETO/ RUA JOSÉ E. DA COSTA MONTEIRO			Hora 16:15	Bairro CENTENÁRIO		Município CAMPINA GRANDE	UF PB
Data/Ocorrência 08/10/2019	Dia da Semana TERÇA	C/S Vítima (QT) COM (01)	Natureza do Acidente COLISÃO TRANSVERSAL		Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL			Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO HORIZONTAL				
CONDUTOR 01							
Nome: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES		Sexo MASCULINO	Nascimento 08/05/1995	RG 3634401	CPF 094400964-62		
Endereço: RUA SÃO PEDRO, Nº 1250, QUADRA 15, BLOCO 02, APTO 201, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilidade 31/05/2019	Categoria AB	Registro CNH 07270776080	UF PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 30/05/2020	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO - SOCORRIDO				Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA			
VEÍCULO 01							
Marca/Modelo HONDA POP	Espécie MOTOCICLETA	Placa QSC-9320	Categoria PARTICULAR		Município CAMPINA GRANDE	UF PB	
Nome do Proprietário: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 014082645060		Renavam 0117034730-4			Data da Emissão 01/11/2018	
Avarias: CARENAGENS LATERAIS, PAINEL, RODA DIANTEIRA, MOTOR.							
VERSÃO DO CONDUTOR 01							
Não foi possível a oitiva do condutor, haja vista o mesmo se encontrar sob cuidados médicos.							
CONDUTOR 02							
Nome: MANOEL ANTÔNIO DE ABREU		Sexo MASCULINO	Nascimento 05/06/1954	RG 588151	CPF 237757694-04		
Endereço: RUA PALESTINA, Nº272, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilidade 25/10/2004	Categoria B	Registro CNH 03411845297	UF PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 23/10/2019	Usava Cinto SIM	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 05671, Nº DO TESTE 00891, RESULTADO 0,00MG/L				Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL			
VEÍCULO 02							
Marca/Modelo GM CARAVAN	Espécie AUTOMÓVEL	Placa BNR-6802	Categoria PARTICULAR		Município CAMPINA GRANDE	UF PB	
Nome do Proprietário: MANOEL ANTÔNIO DE ABREU							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 014800264819		Renavam 00433067578			Data da Emissão 11/07/2019	
Avarias: PARA-LAMA DIREITO TRASEIRO							
VERSÃO DO CONDUTOR 02							
Declarou que transitava pela avenida Almeida Barreto, no sentido Centenário/São José ao se aproximar da via lateral esquerda da rua José Elpídio da Costa Monteiro, o mesmo deu seta para entrar na lateral esquerda e visualizou a motocicleta que vinha longe e convergiu.							



VITIMA 01		
Nome: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES	Sexo MASCULINO	Nascimento 08/05/1995
Endereço: RUA SÃO PEDRO, Nº 1250, QUADRA 15, BLOCO 02, APTO 201, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo Nº V1	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Condição da Vítima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre	Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA	

CONSTATADO

De acordo com a disposição dos veículos e avarias ficou constatado que o V1 (Honda Pop) transitava pela via "A" avenida Almeida Barreto no sentido bairro do São José/Centenário e o V2 (GM Caravan) transitava na mesma avenida, porém em sentido oposto e quando chegaram na interseção com a via "B" rua José Elpídio da Costa Monteiro houve a colisão transversal.

Observação:

O condutor do V1 foi socorrido pela viatura do Samu prefixo USB 01 e encaminhado para o Hospital de Trauma, não sendo possível a oitiva do mesmo por se encontrar sob cuidados médicos.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 16 de outubro de 2019.


Responsável pelo Levantamento

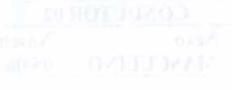



Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital


Assinatura digital





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



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº282 /2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: HONDA	Placa: QSC-9320/PB	Responsável pelo Preenchimento: SGT ALMEIDA	Data: 08/10/2019
-------------------------------	------------------------------	---	----------------------------

MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMELHADOS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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) 01				

Observações:

01=DANO DE MÉDIA 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

DANOS NO V2

Marca/Modelo: GM	Placa: BNR-6802/PB	Responsável pelo Preenchimento: SGT ALMEIDA	Data: 08/10/2019
----------------------------	------------------------------	---	----------------------------

AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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) 00									

Observações:

0=DANO DE PEQUENA 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

Campina Grande - PB, 16 de outubro de 2019.

Responsável pelo Levantamento







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



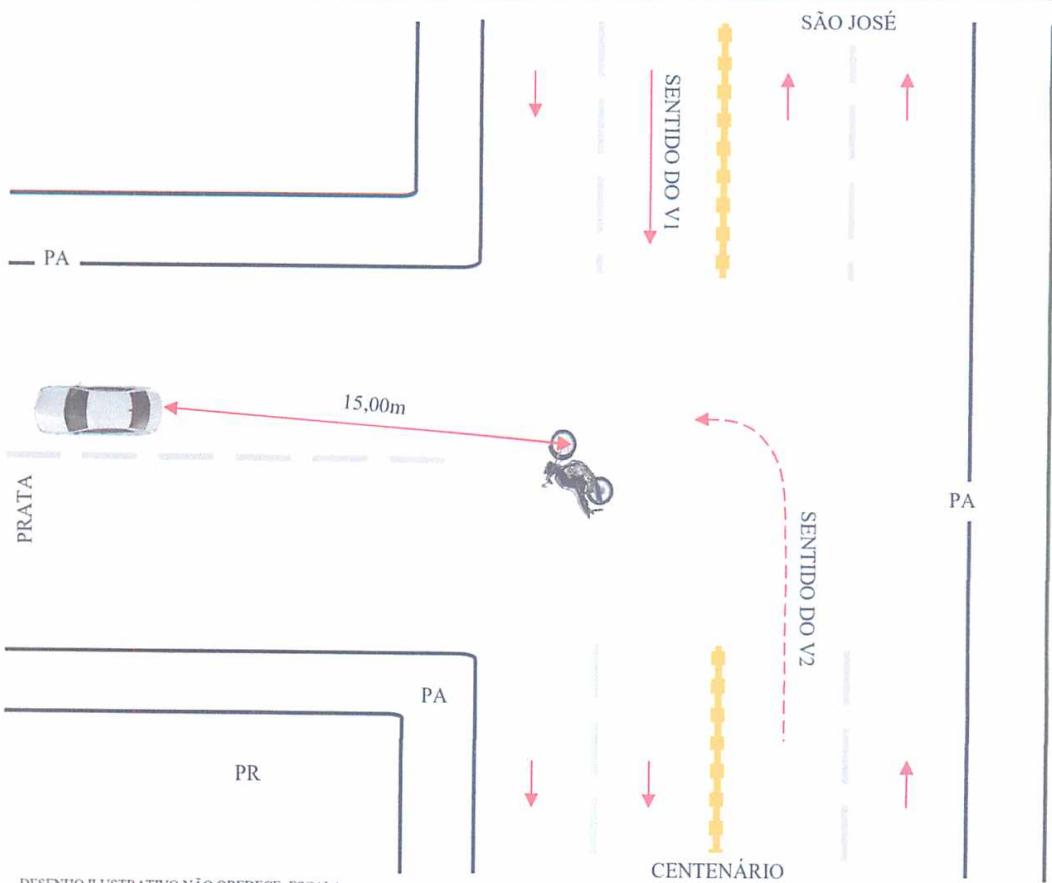
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 282/ 2019

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Av. Almeida Barreto - 12,00 metros
VIA "A" - Rua José Elpídio da Costa Monteiro - 10,00 metros

PR (Ponto de Referência): Loja Pardal
PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste de iluminação pública

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro 06,40 e Eixo Traseiro 08,00 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixo Dianteiro Direito 04,00 e Eixo Traseiro Esquerdo 13,77 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIÊCE ESCALA.

AVARIAS



~~SGT PM Josinaldo Alves de Almeida~~
Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009010959479260000032363589>
Número do documento: 2009010959479260000032363589

Num. 33826630 - Pág. 18

EMBRANCO



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 19



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N°282/2019

FOTOS DO V2



3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 20

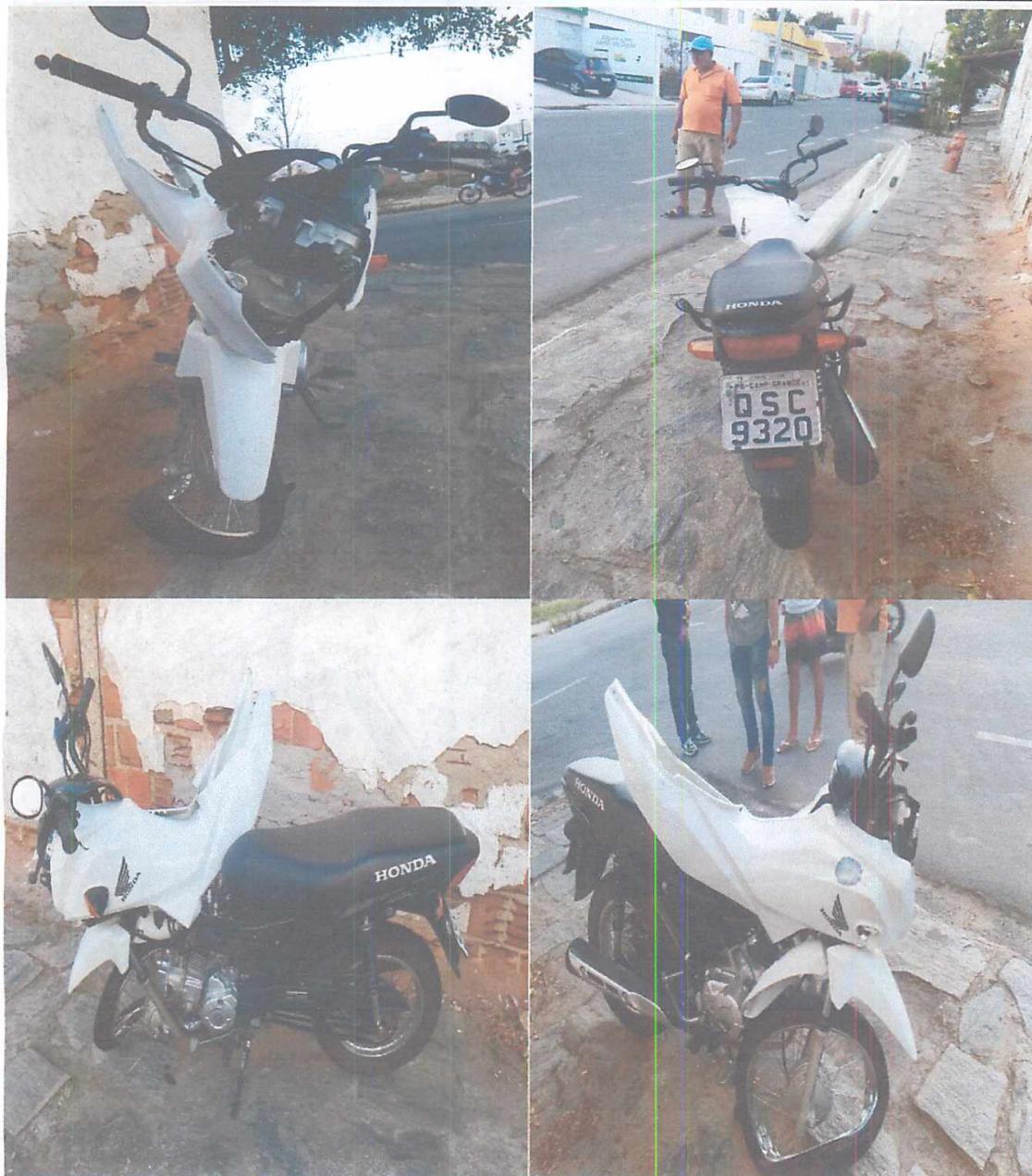


POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº282/2019

FOTOS DO V1




3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento





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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 8/10/2019	HORA: 16:11 HRS	ID Nº: 080094
NOME: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV: ALMEIDA BARRETO - ESTAÇÃO VELHA		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 14 de novembro de 2019.


Deodécio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 22

CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que a paciente atendida no dia 08 de outubro de 2019 (Atendimento nº. 2010638), pelas 17h03m, foi **YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº. 36344401 SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº. 094.400.964-62, filho de Aluisio Wagner de Menezes Alves e Kelva Syimara Tarradt de Souza, natural de Campina Grande/PB, residente n rua São Pedro, Nº 1250, Quadra 15, Lote 02, Apt 201, Bairro: Santa Rosa, Campina Grande - PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se YURI MATHEUS TARRARIGUIE DE MEDEIROS , leia-se **YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES**.

Certificamos, ainda, que a paciente apresentou Cédula de Identidade e CPF original onde consta o nome correto da mesma.

Campina Grande/PB, 16 de dezembro de 2019.

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 157.816-2 - OAB/PB 12.139

*Hospital de Emergência e Trâuma
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes*

*Pedro Mário Freitas A. Fernandes
Mat. 210.411-3 OAB/PB 22.160 - Advogado*

PEDRO MARIO FREITAS ALVES

FERNANDES

Asessor Jurídico do Núcleo de Auditoria

do HETDLGF

Mat.: 210.411-3 - OAB/PB 22.160

AV. Marechal FlorianoPeixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PB CEP: 58.432-809

Email: juridico.traumacg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2010638 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matrículas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 08/10/2019 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : acolhimento

PACIENTE: YURI MATHEUS

TARRARIGUE DE MEDEIROS

Endereço:SAO PEDRO

Sexo:M

Nascimento:08/05/1995

Telefone:

Cidade: Campina Grande

RG:

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE

DE SOUZA

CPF:

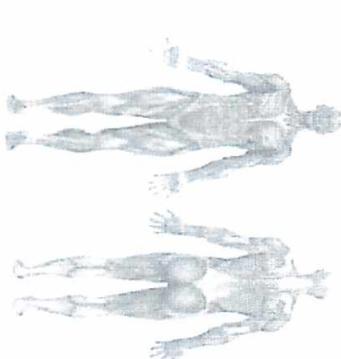
Profissão:REPOSITOR

Data de

Atend:08/10/2019

CONVÉNIO: SUS

Hora: 17:03:35



MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crenção
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Erisísmo subcutâneo
10. Esmagamento
11. Escoriação
12. Falsa brancaria
13. Falsa deform
14. F. Contuso
15. F. Contuso
16. F. Contuso
17. F. Perfurante
18. F. Perfurante
19. Fratura óssea fracturada
20. Fratura óssea aberta
21. Hamatoma
22. Ingerimento venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoíval
28. Objeto Encaixado
29. Otorraria
30. Parafilia
31. Perda
32. Perestese
33. Quemadura
34. Rinsraga
35. Sinais de isquemia
36. Tumor

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID:

Pelvis
Pelvis 08/10/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



Hospital 18.50

Act com transitor

2040 D
A. Fadmo d'lo

in frenum D
CD. Irena
pela ortopedista
apoio d'lo de
e. nuy e
genar.

SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE	1	às	:	hs.	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico					<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revelia		
<input type="checkbox"/> Internação (setor)					<input type="checkbox"/> Decisão Médica		
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL					<input type="checkbox"/> Óbito		
<input checked="" type="checkbox"/> Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)							





Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 27





Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 31



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico		Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0			
Movimento 2 membros = 1			
Movimento 4 membros = 2			
Apréia = 0			
Respiração Limitada, Dispnéia \neq 1			
Respiração profunda a tosse = 2			
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0			
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1			
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2			
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0			
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1			
Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2			
Não responde ao chamado = 0			
Despertado ao chamado = 1			
Completamente acordado = 2			
TOTAL DE PONTOS:			

Assinatura do anestesista





Rua Cidânia, 66 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08847

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL De Trauma

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Yuri MATHEUS TAQUEIGUE DE MENESES

Nº DO PRONTO-UNIFORME

2010638

Nº P.A.H

PROcedimento Realizado

CONVENIO

PRODUTO REF. QUANT. CÓD. ROMP.

Ran DCP L 100-A 4,5 X 116	01	
Ran. CORTICIS 4,5 X 30	01	
=" 4,5 X 32	02	

DATA DA UTILIZAÇÃO DATA DA COMUNICAÇÃO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM
16-10-2019 Dr. Alvaro + Dr. Euler

OBSERVAÇÕES

+ Dr. Ulisses Luiz +
Dr. Ad. Vieira

CX 4,5 C. FRCG. 16.82
Cx 1x RAN. 4,5 X 74

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Euler César Ribeiro Azevedo
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 9001

00000000000000000000000000000000





Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 35





Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 37

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009010959479260000032363589>
Número do documento: 2009010959479260000032363589

Num. 33826630 - Pág. 38





Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 41



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

三三

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIS CONCEIÇÃO FERNANDES

Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009010959479260000032363589>
Número do documento: 2009010959479260000032363589

Núm. 33826630 - Pág. 42



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 43



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 45

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() HÁBITO DE EVACUAÇÃO IRREGULARES () HÁBITO DE DISTENDER O BODÔME DISTENDI () ANOREXIA () INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
DEFÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREUZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL () INCAPACIDADE DE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMOIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() ALIMENTO DA TEMPERATURA CORPO-ALIMENTO DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MORALIDADE Fisi.	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUDICADA	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLOADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATOGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
		APRIMAMENTO
() AVALIAR DISTENSAO ABDOMINAL		RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANÇEADA		() JOBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() PAUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (S/N) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR MELHORADA OU AUSENTE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITIAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
MÉDICA É REAVALUAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTIHÉMICO, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOBILITAÇÃO NO LEITO		() IMOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		() REDIMINIR O RISCO DE INFECÇÃO
() PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 24HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)		
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTEMPO OU OS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO		
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTURBIO NEUROLOGICO		
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO		
ASSINATURA E CÁRIMBO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTEMPO OU OS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTURBIO NEUROLOGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO
ASSINATURA E CÁRIMBO:



RICA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE M. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOÃO MACHADO Idade: 24 Sexo: M

En/Leito 3 - 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: Motiva: Alergias: Qual?

Doença: HAS DM

Tabagista Etilista Neoplasia Drogas Outros: _____

Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERRAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: PX de dor de braço

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLOGICA: CONSCIENTE ORIENTADO CONFUSO LETÁRGO COMATOSO

MORALIDADE FÍSICA: PRESERVADA PLEGIA PARESIA PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: DISFONIA DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA CATETER NASAL VENTURI TRAQUEOSTOMIA VMI OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: VISÃO AUDIÇÃO TATO OLFATO PALadar OBS: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO AGITADO AGRESSIVO RISCO DE Queda OBS: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: REGULAR IRREGULAR OUTROS: _____

EDEMA: LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: NUTRIDO ENMAGRECIDO OBESO DENTIDAÇÃO: COMPLETA INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: VO SNG SNE OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: NORMAL ALTERADO OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINARIA: ESPONTÂNEA SUD INCONTINÊNCIA OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORRÓCORADA HÍPOCORADA

PELE: INTEGRA LESÃO OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: ISM NÃO ISM ESTADO (BRADEN): local: _____

localização anatômica da lesão: _____

CUIDADO CORPÓRAL: INDEPENDENTE DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: SATISFATÓRIA INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ACAMADO CADEIRA DE RODAS SONO / REPOUSO: PRESERVADO INSÔNIA

S. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO OUTROS: _____

6. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: PRATICANTE NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICÉMIA	DIURESE	DIÁRIO DE DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(0-10)	(Kg)		SOG/SNG/5NE	
11/12/2020 08:30	83	—	—	—	—	—	—	—		SVF	
										CIRCUITO DE VM	
										FILTRADO DE VM	
										UMIDIFICADOR	
										ASPIRADOR	
										LATEX	
										EQUIPO SIMPLES	



8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> IDESIDRATACAO <input type="checkbox"/> HÁBITOS DE EVACUAÇÃO FREGUÍLARES <input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO
DEFÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
GOR ÁGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESVOS (EX: BIOLOGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO
MOBILIDADE FÍSICA PREVIDEADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR <input type="checkbox"/> PREJUÍZOS MUSCULO-ESQUELÉTICO
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO
OUTRO	<input type="checkbox"/> <i>luzes azuis</i>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
	APREZAMENTO <input type="checkbox"/> AVAIIAR DISTENSAO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> AVAIIAR A INGESTAO DE ALIMENTACAO BALANCEADA <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINACAO INTESTINAL <input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SNI) E LAVAGEM DO CABELO <input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR <input type="checkbox"/> AVAIIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E DICAL DA DOR <input type="checkbox"/> JAVALAR ALTERACOES DE SINAIS VITais <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO <input type="checkbox"/> MEDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> JAPÓS ADMINISTRAR ANTIÉTMICOS, AVAIIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS <input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTAO DE LÍQUIDOS <input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO <input type="checkbox"/> PARA SINAIS FLOGÍSTICOS <input type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CAD. 72HS <input type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS INDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO <i>HC 9h / 10h ter curativo</i>
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)	
	HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTRAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO TERAPIA INTRAVENOSA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ESTADO MENTAL? <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> DISTÚRIO NEUROLÓGICO POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ASSINATURA E CARAMBOM:	
<i>Érika de Souza</i> CORREN-PB 10268-A-119	

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: YANE MACHADO Idade: 30 Sexo: Enf/leito 3 ~ 2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivo: Alterações () Qual? Doença () HAS () DMD

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FÍSICO-BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARÉSIA () PARESTESIA, LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISPONÍVEL () DISARTRIA () DISFONIA () DISFARCTIA

RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TIRAOQUESTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFAUTO () PALadar OBS: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILLO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE Queda OBS: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: () INTESTINAL E URINÁRIA

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () ENAGRECIDO () AQUECIDO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO: () INTESTINAL () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () ESPONTÂNEA () SUD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOUSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ local: _____

localização anatômica da ferida: Durante em: _____ / _____ / _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ALCAMADO () CADIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSESSUAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTOS/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLUCOSE	DIURESE	DÉBITO DE DRENAGEM (ml)	DOR (0 a 10)	PESO (kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSCRIÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml/h)	(0 a 10)	(kg)		SOG/SNG/SNE	
											SUF	
											CIRCUITO DE VMA	
											FILTRO DE VMA	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											ÉQUIPO SIMPLES	



8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICOS / FATORES RELACIONADOS	CHARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	
PATRÔS RESPIRATÓRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> ANSIEDADE <input checked="" type="checkbox"/> DOR <input checked="" type="checkbox"/> FADIGA <input checked="" type="checkbox"/> FOBIA/NEFICIA <input checked="" type="checkbox"/> JOSESIDADE <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA: <input checked="" type="checkbox"/> PREUNIZO NEUROMUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/> DOR <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO		
BANHO: <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO DOR AGUDA: <input checked="" type="checkbox"/> AGENTES TÉSUVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS HIPERTERMIA: <input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO INTEGRIDADE DA PELE: <input checked="" type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <input checked="" type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA PELE PREJUDICADA: <input checked="" type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input checked="" type="checkbox"/> IMÓBILIZAÇÃO FÍSICA <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO RISCO DE INFECÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> ASCITE (I QUIMADURA) (I VÔmito) (I DIARRÉIA) <input checked="" type="checkbox"/> INJECÃO DE ESTÍGMA <input checked="" type="checkbox"/> DRENOS <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS RISCO DE INFECÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO		
PRESERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:	APRIMAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input checked="" type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO <input checked="" type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR <input checked="" type="checkbox"/> AVAIIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE, LOCAL DA DOR <input checked="" type="checkbox"/> AVAIIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITais <input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALUAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVAIIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
<input checked="" type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO) <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÉSTICOS <input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO T/ CADA 72HS <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDovenosos SANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO OUTRO		
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE TÖRNSEK) HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO AJUDA PARA CAVINHAR? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO TERAPIA INTRAVENOSA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ESTADO MENTAL? <input checked="" type="checkbox"/> AGITADO <input checked="" type="checkbox"/> DISTURBIO NEUROLOGICO POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDovenosos SANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO OUTRO		
ASSINATURA E CARIMBO: Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589 Número do documento: 20090109594792600000032363589		



1. IDENTIFICAÇÃO *Kury* *Profissional*

Idade: 34 anos

Sexo

En/leito

3-2

2. HISTÓRIA PREGRESA

Internações anteriores: Motivo: Alterações (Qual?)Doença (HAS (DM)

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MEDICO: *Extrusão da bexiga, obstrução de fluxo urinário*

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

- REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: () CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGO () COMATOSOMOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL:LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA- RESPIRAÇÃO: () ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

- ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALadar OBS: _____- SEGURANÇA FÍSICA: TRANSTO () ACTITATO () AGRESSIVO () RISCO DE Queda OBS: _____- REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____EDEMA: () LOCAL OBS: _____

- ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

- TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () ENAGRECIDO () ICQUÉTICO () OBESODENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA- ALIMENTAÇÃO: () VO () SNG () SNE () OUTROS: _____- ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____- ELIMINAÇÃO URINARIA: () ESPONTÂNEA () SVU () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA: CULTÂNEO-MUcosa

Paciente deslizou claramente ortostat, conciente, orientado em tempo, espaço, memória e de personalidade, normocárdico, hipotensivo. Oz ambulatório, hba acudivida por V.O. Aluminoso ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: coracais pronunciados, condutado a 1 dia, invenção (CIC) APP em MSE. Recalados os cuidados de enfermagem, segue sob os cuidados de equipe -

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
AGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS
	<p>ESTRADA RESPIRATÓRIO: () ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO</p> <p>INFECȚIAZ: () PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR</p> <p>EFFECT NO AUTO- DADO PARA- NHO: () OUTROS</p>
DOR AGUDA: () ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTROS	<p>() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUÍMICOS)</p>
HIPERTERMIA: () OUTROS	<p>() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO</p> <p>1. ASCITE () QUEREMOSA () VÓMITO () DIARÉIA</p> <p>1. DRENOS () OUTROS</p>
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: () OUTROS	<p>() DETERIORAÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO</p> <p>() ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE</p>
RISCO DE INFECÇÃO: () OUTROS	<p>() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO</p>
ESCRITÓRIO DE ENFERMAGEM	
	<p>MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR-SE PARA MENOR QUE 95%</p> <p>OBSEPAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA</p> <p>ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO</p> <p>REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO</p> <p>EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR</p> <p>AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR</p> <p>AVALIAR ALTERAÇÕES DE SÍNKSIS VITais</p> <p>ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO</p> <p>EDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO</p> <p>ANOS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RELATOS</p> <p>INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS</p> <p>REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE</p> <p>VERIFICAR CONDIÇÕES DE HUMIDIFICAÇÃO DO PACIENTE (NUCA/OS, EDEMA, PULSO)</p> <p>OBSEPAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO</p> <p>RAISNAIS FLOGÍSTICOS</p> <p>TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 12HS</p> <p>REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOL (À 70%) NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO</p> <p>() OUTROS</p>
RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)	
	<p>ISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO</p> <p>AGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO</p> <p>RAZÃO INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTURBO NEUROLOGICO</p> <p>RESTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () SIM () NÃO</p> <p>SINATURA E CARMIMBO: _____</p>
CARACTERÍSTICA DEFENDIDORAS	
	<p>() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTONIPEIA () OUTRO</p> <p>() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO</p> <p>() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR () ALIMENTO DA TEMPERATURA CORPO- RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS</p> <p>() TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA</p> <p>() DEFERIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO</p> <p>() ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE</p> <p>() MELHORIA PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ</p> <p>() JAUÍLIO DIÁRIO AS NECESSIDADES DE HIGIENE () CONTROLE DA DOR () MELHORADA OU AUSENTE)</p> <p>() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LÍMITES FISIOLÓGICOS</p> <p>() MELHORIA INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DÍMINUIDO</p> <p>() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO</p>

Emerson Togorth S. Alves
EQUATEC/PRO
COREN/CE 439.123

MC do enterogasm Unifacisa

Mat. 1822010029

Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009010959479260000032363589>
Número do documento: 2009010959479260000032363589

Num. 33826630 Pág. 53

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS		CARACTERÍSTICA DÉFINIDORAS	
PADRÃO RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> () ANSIEDADE DE MARIZ <input type="checkbox"/> () DOR DE MARIZ <input type="checkbox"/> () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADA RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATOMENTO DE ASA DE MARIZ () ORTOPAÉIA () OUTRO	
JOKEFICAZ	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> () PREJUIZO NEUROMUSCULAR () DOR <input type="checkbox"/> () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> () AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> () ANESTESIA <input type="checkbox"/> () DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> () TRAUMA <input type="checkbox"/> () OUTRO	() ALTAIRAMENTO DA TEMPERATURA CORPO- RAL (ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> () EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE	
ANESTESIA EQUÍPAGENS	<input type="checkbox"/> ASCTE <input type="checkbox"/> CLENDENADURA <input type="checkbox"/> DARMIT <input type="checkbox"/> DARRÉIA <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> () ASCTE <input type="checkbox"/> () CLENDENADURA <input type="checkbox"/> () DARMIT <input type="checkbox"/> () DARRÉIA <input type="checkbox"/> () OUTROS		
BALO ELETROTÍCICO	<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> () RISCO DE EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
PRESERÇÃO DE ENFERMAGEM		APRIMARAMENTO		RESULTADOS ESPERADOS	
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() IMELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ		() IMELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ	
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVITEIRO		() JAUÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSI- DADES DE HIGIENE	
() REALIZAR BANHO (NO-EITO) SE É LAVAGEM DO CABELO () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() EXPLICAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () JAVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITALS		() CONTROLE DA DOR (MEIO-OP- RADA OU AUSENTE)	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO () MÍDAMICA E REVALUAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() JAVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () JAVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITALS		() MANUTENÇÃO DA TEMPE- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS	
() JAVALIAR ANTÍTÉRMICOS. AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS		() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS () REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS () REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (EX: IDÉMA, PULSO)		() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO () TROCAR-ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (EX: IDÉMA, PULSO) () OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO () TROCAR-ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁCOCL À 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDovenosos ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁCOCL À 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDovenosos ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁCOCL À 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDovenosos ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	
OUTRO					

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)	
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAUTAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO	
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTURBIO NEUROLOGICO	
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO	
ASSINATURA E CARIMBO: AC. de em Pronto-Atendimento	
Michelle Duarte Barcelos	
Wat: 34220100 DOB: 32	



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: WILSON MATTOS Síntese: WILSON
Idade: 24 Sexo: MASC. Enfermeiro: S. S.

2. HISTÓRIA PREGRESA

Internações previas: Motivo: Alergias: Qual? Urticaria Doença: HAS DM
 Tatuagem Enxaquecimento Neoplasia Drogas Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fratura de Tíbia e Fíbula

4. AVAIIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLOGICA: CONSCIENTE: ORIENTADO CONFUSO LETÁRGO COMATOZO

MORALIDADE FÍSICA: PRESERVADA PLEIA PARESIA PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: DISFONIA DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: DISPONTEIA CATEPSIA NASAL VENTURI TRAQUEOESOFAGIA VMI OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: VISÃO AUDIÇÃO TATO OLFATO PALadar OBS:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ACTUADO AGRESSIVO RISCO DE DILEDA OBS:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: REGULAR IRREGULAR OUTROS:

EDEMA: LOCAL: OBS: FCOL

AUMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: NUTRIÇÃO: MAGRÍSCO ACQUÉTICO OBESO DENTIÇÃO: COMPLETA INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ALIMENTO: FÍNG SNE OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: NORMAL AUTÔMICO OUTROS:

ELIMINAÇÃO URINARIA: ESPONTÂNEA SVU INCONTINÊNCIA OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA HIPOCORADA

PELE: INTEGRA LESÃO OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: ISM MÃO ESTRÁGIO (BRADIEN):

Localização: abdominal da ferida: Curativo cm: 1



CUIDADO CORRORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORRORAL: INDEPENDENTE DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAIS: SATISFATORIA INSATISFATORIA

HIGIENE BUCAL: SATISFACTORIA INSATISFACTORIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ATIVIDADE CAMPANHEIRAS SONO/REPOUSO: PRESERVADO INSÔNIA

S. AVAIIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA PRATICANTE

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUALIS:

RELIGIOSO: PRATICANTE NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA: PA	T: (mmHg)	ECG: (bpm)	SPO2: (%)	GLICEMIA: (mg/dl)	DIURESE: (ml)	DÉBITO DE DOR: (0-10)	PESO: (kg)	ASSINATURA:	DISPOSITIVOS:	DATA DE INSERÇÃO:
									SOG/SG/SUE	
									SUE	
									CIRCUITO DE VM	
									FILTRU DE VM	
									UMIDIFICADOR	
									ASPIRADOR	
									LATEX	
									EQUIPO SIMPLES	

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input checked="" type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA
Rio Infecciaz	<input type="checkbox"/> JORESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO
Deficit no Auto-Cuidado para Banho	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR
	<input type="checkbox"/> OUTRO
Dor Aguda	<input checked="" type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOTÍGICOS, QUÍMICOS)
	<input type="checkbox"/> OUTROS
Hipertermia	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA
	<input type="checkbox"/> OUTRO
Moibidade Física Prejudicada	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR
Risco de Infecção	<input type="checkbox"/> PREJUIZOS MUSCULO-ESQUELÉTICO
	<input type="checkbox"/> ALIMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS
	<input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS (OUTRO)
OUTRO	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
• MANUTER OXÍMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%	
• OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	
• ENCAMINHAR AO BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	
• EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR	
• AVAIIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR	
• AVAIIAR ALTERAÇÕES DE JUNHAS VITAS	
• ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	
• (APÓS ADMINISTRAÇÃO ANTIETÉMICOS, AVAIIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS)	
• INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	
• ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO	
• AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO	
• OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SÍNUS FLOGÍSTICOS	
• TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	
OUTRO	
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)	
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTRAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO AUDA PARA CAMINHAR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
TERAPIA INTRAVENOSA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ESTADO MENTAL? <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> DISTURIO NEUROLOGICO	
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ASSINATURA E CARIMBO:	



Assinatura:
 Data: 01/09/2020
 Local: Tjpb
 Sobre: Tjpb/2020/ENF

 GOVERNO DA PARÁIBA	
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARÁIBA	
PACIENTE:	YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS
DATA DO EXAME:	08/10/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:¹
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinal de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

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

Observação: Resaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ócias, assim como de hemorragia intra-abdominal, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de ato hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Conselho Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação em um hospital.

Observação: Só lembramos ainda que o método considera prático-simplificado para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal feito de, estáveis hemodinamicamente, e a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua realização a cargo do médico assistente.

Dra Iara Rosana L. Amorim
CRM-4386



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 59

GOVERNO DA PARÁBA	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARÁBA
PACIENTE:	YURI MATHÉUS TARRARIQUE DE SOUZA
DATA DO EXAME:	12/02/2019

ULTRASSONOGRAFIA DO CONTEÚDO ESCROTAL

METODOLOGIA:
Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

ANÁLISE:

Testículos ôpicos, com forma, dimensões e contornos normais. Textura acústica homogênea. Não evidencio formações nodulares sólidas, císticas ou mistas em paralelo ao parénquima testicular bilateralmente.

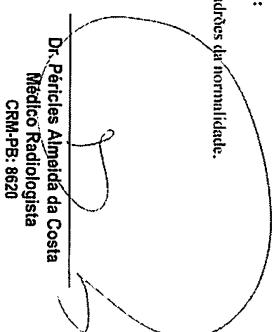
Ausência de coleções líquidas na túnica vaginal bilateralmente.

Epididímos de aspecto ecográfico preservado, observando-se diminuto cisto simples na cauda do epididímo direito, medindo 0,3 cm.

Ausência de sinais de varicocelos ou hidrocele bilateralmente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

* Estudo ecográfico dentro dos padrões da normalidade.



Dr. Péricles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620





Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 61

ESTADO DA PARAÍBA
GOVERNO
DA PARÁBA
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Serial: YURI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS
Dra/p: SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS G FERNANDES

Protocolo: 0000492329
Data: 09-02-2019 11:19
Idade: 24 mns

RG: 54017834939
Data: 09-02-2019 11:19
Idade: 24 mns

Nome: SÁO JOSÉ BRASIL

ÁREA: SAÚDE

ÁREA: SAÚDE

HEMOGRAMA
Data da coleta: 09/02/2019 11:17

Resultados

Valores de referência

SÉRIE VERMELHA

Brótoxitos..... 3,9 milhões/mm³
Hemoglobina..... 12,2 g/dL
Hematócrito..... 35,5 %
V.C.M..... 91 fL
H.C.M..... 2,0 fL
P.H.C.M..... 31 pg
P.H.C.M..... 34 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

7.400 /mm³
(%)

l/mm³

5.000 a 12.000/mm³

Neutrófilos..... 0
Primitivos..... 0
Mielocitos..... 0
Neutroblastos..... 0
Basófilos..... 2,0
Eosinófilos..... 81,0
Segmentados..... 1,0
Basotimados..... 0
Linfócitos..... 15,0
Atípicos ou Reativos..... 0
Monócitos..... 1,0
Contagem de plaquetas..... 154.000/mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

ANEXOS: SANGUE TOTAL

NOTA: REFERENCIAL = IMPROFÍCITA = MITOCONDRIAS

Geraldo Henrique da Fonseca Neto
Bemecito
CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D4F3-4338-F5A5-9C20-ECC89-DA5a-1251-12D7-6.

Newlab

Instituto de Qualidade

PNCQ







Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 65

20/10/2011

20/10/2019
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LAUZ GONZAGA FERNANDES - HTECG-Painel Administrativo
Av. Mst. Floriano Peixoto, 4700 - Matriz, Campina Grande - PB, CEP: 58342-909
Data: 20/10/2019

Av. Msl. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque
Bol. de Fisca e Fazenda (B.E) - Móvelo (1)
GOVERNO

INDIES CNPJ: 06.778.268/0013-52
Data: 26/02/2019
NOME: Júlio César Ribeiro De Castro

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE BE MEDEIROS

Registro: 2010720 Data da Intimação: 08/10/2019 Data da Alta: 20/10/2019

Tempo de Férmenha: 181/8
Diagnóstico Inicial: 0408050519

Diammōstīco Fīnāl

卷之三

CHI NI GUNNARSSON

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 2:

许知

MELLO ET AL.

RESUMO: *Quintilis* é a única evançal que apresenta o cumprimento de Deus no seu tempo.

CIRURGICO ORTOPEDICO

Medicações para Casa::CIPROALOXACINO + XAKELIO + LUXONIL

REUNIÃO INSTITUCIONAL DE CAPTOURIAÇÃO - 04/11/2010 para votação da seguinte

Conduções de Ana. Micheli aus
Assinatura/Carimbo:

RESPONSÁVEL: *Julio Cesar Líbero De Castro*



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 67

Ass. Dr. Júlio Cesar Ribeiro De Castro
Ass. Dr. Júlio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

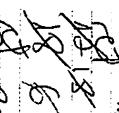
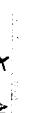
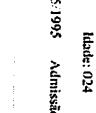
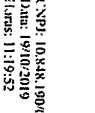
DADOS DO PACIENTE:

Nº do paciente: 3010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRAQUÉ DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M
Nome da Mae: KELVIA SILMARA TARRAQUÉ DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DILH - 11
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermagem: 3 Letra: 2 Diagnóstico: FX DE PESNUR D

DATA: 19/10/2019
MÉDICO: Dr. Júlio Cesar Ribeiro De Castro
Paciente: YURI MATHEUS TARRAQUÉ DE MEDEIROS
Idade: 024 Sexo: M
Nome da Mae: KELVIA SILMARA TARRAQUÉ DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DILH - 11
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermagem: 3 Letra: 2 Diagnóstico: FX DE PESNUR D

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/10/2019
Hrs: 11:19:52
Médico (s) Damião : Júlio Cesar Ribeiro De Castro

Assinatura: 
Assinatura: 

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIA: LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO. 60ml/h Recostituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
3	AMP. 12h/12h ID	
4	RETRAR DRENO DE SUCCAO A TARDE	
5	DIPRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
6	TEXOCICAM 20 MG SEM DILUIENTE E.V. IFRA AMP 12h/12h Recostituir 2ML ABD.	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h Diluir em 600 ML SF	
8	HEPARINA SODICA 5000 UU 0,25 ML SUBCUTANEA S.C. 1AMPOLA. 12h/12h	
9	TRANSMALOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 1 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
11	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/10/2019 HORA: 11:16:10

P DPO

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DURESE: -
EVACUAÇÕES: +
FOLINHA SECA
DRENO SUCCAO OK

CD: VPM
RETRAR DRENO SUCCAO

ASSINATURA + CARMIMBO
Júlio Cesar Ribeiro De Castro





Assinado eletronicamente
por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589
Número do documento: 20090109594792600000032363589

18/10/2019

10.1.1.148projetoetapa.php?data=2019-10-18&conar=2010720&IDC=55797

CNPJ: 08.848.190/0001-55
Data: 18/10/2019
Itens: 15.3951
Medico (0) Durisca : Euler Fabrício Alves Cruz

LEIA SEGUINTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720
Paciente: YURI MATHEUS TARRARIQUE DE NIEHEROS
Nome da Mãe: KELAYA SILMARA TARRARIQUE DE SOUZA
Data de Nascimento: 08/05/1995
Admissão: 18/10/2019 DHU - 10

Clinicas: ORTOPEDIA 2
Endereço: 3
Lote: 2
Diagnostics: FX DE FEMUR D

DATA: 18/10/2019

MEDICO(A): Euler Fabrício Alves Cruz /

Prescrição

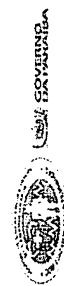
Apresentação

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRasco 60/60	
3	CEFRAXONA SÓDICA 1G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IPKA AMP 120/120 00/01 D	24
4	Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	25
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/50ML 2 ML E.V. FRasco	26
6	TENONICAN 10 MG SEM IDUENTE E.V. IPKA AMP 120/120	
7	IGANITINA CLORIDRATO 50 MG/50ML 2ML E.V. AMPOLA 120/120	
8	Diluir em 100 ML SF	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/25ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE	
10	NECESSARIO	
11	Reconstituir 2ML ABD.	
12	IGANITINA CLORIDRATO 50 MG/50ML 2ML E.V. AMPOLA 120/120	
13	Diluir em 100 ML SF	
14	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/25ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE	
15	NECESSARIO	
16	NECESSARIO	
17	NECESSARIO	
18	NECESSARIO	
19	NECESSARIO	
20	NECESSARIO	
21	NECESSARIO	
22	NECESSARIO	
23	NECESSARIO	
24	NECESSARIO	
25	NECESSARIO	
26	NECESSARIO	
27	NECESSARIO	
28	NECESSARIO	
29	NECESSARIO	
30	NECESSARIO	
31	NECESSARIO	
32	NECESSARIO	
33	NECESSARIO	
34	NECESSARIO	
35	NECESSARIO	
36	NECESSARIO	
37	NECESSARIO	
38	NECESSARIO	
39	NECESSARIO	
40	NECESSARIO	
41	NECESSARIO	
42	NECESSARIO	
43	NECESSARIO	
44	NECESSARIO	
45	NECESSARIO	
46	NECESSARIO	
47	NECESSARIO	
48	NECESSARIO	
49	NECESSARIO	
50	NECESSARIO	
51	NECESSARIO	
52	NECESSARIO	
53	NECESSARIO	
54	NECESSARIO	
55	NECESSARIO	
56	NECESSARIO	
57	NECESSARIO	
58	NECESSARIO	
59	NECESSARIO	
60	NECESSARIO	
61	NECESSARIO	
62	NECESSARIO	
63	NECESSARIO	
64	NECESSARIO	
65	NECESSARIO	
66	NECESSARIO	
67	NECESSARIO	
68	NECESSARIO	
69	NECESSARIO	
70	NECESSARIO	
71	NECESSARIO	
72	NECESSARIO	
73	NECESSARIO	
74	NECESSARIO	
75	NECESSARIO	
76	NECESSARIO	
77	NECESSARIO	
78	NECESSARIO	
79	NECESSARIO	
80	NECESSARIO	
81	NECESSARIO	
82	NECESSARIO	
83	NECESSARIO	
84	NECESSARIO	
85	NECESSARIO	
86	NECESSARIO	
87	NECESSARIO	
88	NECESSARIO	
89	NECESSARIO	
90	NECESSARIO	
91	NECESSARIO	
92	NECESSARIO	
93	NECESSARIO	
94	NECESSARIO	
95	NECESSARIO	
96	NECESSARIO	
97	NECESSARIO	
98	NECESSARIO	
99	NECESSARIO	
100	NECESSARIO	
101	NECESSARIO	
102	NECESSARIO	
103	NECESSARIO	
104	NECESSARIO	
105	NECESSARIO	
106	NECESSARIO	
107	NECESSARIO	
108	NECESSARIO	
109	NECESSARIO	
110	NECESSARIO	
111	NECESSARIO	
112	NECESSARIO	
113	NECESSARIO	
114	NECESSARIO	
115	NECESSARIO	
116	NECESSARIO	
117	NECESSARIO	
118	NECESSARIO	
119	NECESSARIO	
120	NECESSARIO	
121	NECESSARIO	
122	NECESSARIO	
123	NECESSARIO	
124	NECESSARIO	
125	NECESSARIO	
126	NECESSARIO	
127	NECESSARIO	
128	NECESSARIO	
129	NECESSARIO	
130	NECESSARIO	
131	NECESSARIO	
132	NECESSARIO	
133	NECESSARIO	
134	NECESSARIO	
135	NECESSARIO	
136	NECESSARIO	
137	NECESSARIO	
138	NECESSARIO	
139	NECESSARIO	
140	NECESSARIO	
141	NECESSARIO	
142	NECESSARIO	
143	NECESSARIO	
144	NECESSARIO	
145	NECESSARIO	
146	NECESSARIO	
147	NECESSARIO	
148	NECESSARIO	
149	NECESSARIO	
150	NECESSARIO	
151	NECESSARIO	
152	NECESSARIO	
153	NECESSARIO	
154	NECESSARIO	
155	NECESSARIO	
156	NECESSARIO	
157	NECESSARIO	
158	NECESSARIO	
159	NECESSARIO	
160	NECESSARIO	
161	NECESSARIO	
162	NECESSARIO	
163	NECESSARIO	
164	NECESSARIO	
165	NECESSARIO	
166	NECESSARIO	
167	NECESSARIO	
168	NECESSARIO	
169	NECESSARIO	
170	NECESSARIO	
171	NECESSARIO	
172	NECESSARIO	
173	NECESSARIO	
174	NECESSARIO	
175	NECESSARIO	
176	NECESSARIO	
177	NECESSARIO	
178	NECESSARIO	
179	NECESSARIO	
180	NECESSARIO	
181	NECESSARIO	
182	NECESSARIO	
183	NECESSARIO	
184	NECESSARIO	
185	NECESSARIO	
186	NECESSARIO	
187	NECESSARIO	
188	NECESSARIO	
189	NECESSARIO	
190	NECESSARIO	
191	NECESSARIO	
192	NECESSARIO	
193	NECESSARIO	
194	NECESSARIO	
195	NECESSARIO	
196	NECESSARIO	
197	NECESSARIO	
198	NECESSARIO	
199	NECESSARIO	
200	NECESSARIO	
201	NECESSARIO	
202	NECESSARIO	
203	NECESSARIO	
204	NECESSARIO	
205	NECESSARIO	
206	NECESSARIO	
207	NECESSARIO	
208	NECESSARIO	
209	NECESSARIO	
210	NECESSARIO	
211	NECESSARIO	
212	NECESSARIO	
213	NECESSARIO	
214	NECESSARIO	
215	NECESSARIO	
216	NECESSARIO	
217	NECESSARIO	
218	NECESSARIO	
219	NECESSARIO	
220	NECESSARIO	
221	NECESSARIO	
222	NECESSARIO	
223	NECESSARIO	
224	NECESSARIO	
225	NECESSARIO	
226	NECESSARIO	
227	NECESSARIO	
228	NECESSARIO	
229	NECESSARIO	
230	NECESSARIO	
231	NECESSARIO	
232	NECESSARIO	
233	NECESSARIO	
234	NECESSARIO	
235	NECESSARIO	
236	NECESSARIO	
237	NECESSARIO	
238	NECESSARIO	
239	NECESSARIO	
240	NECESSARIO	
241	NECESSARIO	
242	NECESSARIO	
243	NECESSARIO	
244	NECESSARIO	
245	NECESSARIO	
246	NECESSARIO	
247	NECESSARIO	
248	NECESSARIO	
249	NECESSARIO	
250	NECESSARIO	
251	NECESSARIO	
252	NECESSARIO	
253	NECESSARIO	
254	NECESSARIO	
255	NECESSARIO	
256	NECESSARIO	
257	NECESSARIO	
258	NECESSARIO	
259	NECESSARIO	
260	NECESSARIO	
261	NECESSARIO	
262	NECESSARIO	
263	NECESSARIO	
264	NECESSARIO	
265	NECESSARIO	
266	NECESSARIO	
267	NECESSARIO	
268	NECESSARIO	
269	NECESSARIO	
270	NECESSARIO	
271	NECESSARIO	
272	NECESSARIO	
273	NECESSARIO	
274	NECESSARIO	
275	NECESSARIO	
276	NECESSARIO	
277	NECESSARIO	
278	NECESSARIO	
279	NECESSARIO	
280	NECESSARIO	
281	NECESSARIO	
282	NECESSARIO	
283	NECESSARIO	
284	NECESSARIO	
285	NECESSARIO	
286	NECESSARIO	
287	NECESSARIO	
288	NECESSARIO	
289	NECESSARIO	
290	NECESSARIO	
291	NECESSARIO	
292	NECESSARIO	
293	NECESSARIO	
294	NECESSARIO	
295	NECESSARIO	
296	NECESSARIO	
297	NECESSARIO	
298	NECESSARIO	
299	NECESSARIO	
300	NECESSARIO	
301	NECESSARIO	
302	NECESSARIO	
303	NECESSARIO	
304	NECESSARIO	
305	NECESSARIO	
306	NECESSARIO	
307	NECESSARIO	
308	NECESSARIO	
309	NECESSARIO	
310	NECESSARIO	
311	NECESSARIO	
312	NECESSARIO	
313	NECESSARIO	
314	NECESSARIO	
315	NECESSARIO	
316	NECESSARIO	
317	NECESSARIO	
318	NECESSARIO	
319	NECESSARIO	
320	NECESSARIO	
321	NECESSARIO	
322	NECESSARIO	
323	NECESSARIO	
324	NECESSARIO	
325	NECESSARIO	
326	NECESSARIO	
327	NECESSARIO	
328	NECESSARIO	
329	NECESSARIO	
330	NECESSARIO	
331	NECESSARIO	
332	NECESSARIO	
333	NECESSARIO	
334	NECESSARIO	
335	NECESSARIO	
336	NECESSARIO	
337	NECESSARIO	
338	NECESSARIO	
339	NECESSARIO	
340	NECESSARIO	
341	NECESSARIO	
342	NECESSARIO	
343	NECESSARIO	
344	NECESSARIO	
345	NECESSARIO	
346	NECESSARIO	
347	NECESSARIO	
348	NECESSARIO	
349	NECESSARIO	
350	NECESSARIO	
351	NECESSARIO	
352	NECESSARIO	
353	NECESSARIO	
354	NECESSARIO	
355	NECESSARIO	
356	NECESSARIO	
357	NECESSARIO	
358	NECESSARIO	
359	NECESSARIO	
360	NECESSARIO	
361	NECESSARIO	
362	NECESSARIO	
363	NECESSARIO	
364	NECESSARIO	
365	NECESSARIO	
366	NECESSARIO	
367	NECESSARIO	
368	NECESSARIO	
369	NECESSARIO	
370	NECESSARIO	
371	NECESSARIO	
372	NECESSARIO	
373	NECESSARIO	
374	NECESSARIO	
375	NECESSARIO	
376	NECESSARIO	
377	NECESSARIO	
378	NECESSARIO	
379	NECESSARIO	
380	NECESSARIO	
381	NECESSARIO	
382	NECESSARIO	
383	NECESSARIO	
384	NECESSARIO	
385	NECESSARIO	
386	NECESSARIO	
387	NECESSARIO	
388	NECESSARIO	
389	NECESSARIO	
390	NECESSARIO	
391	NECESSARIO	
392	NECESSARIO	
393	NECESSARIO	
394	NECESSARIO	
395	NECESSARIO	
396	NECESSARIO	
397	NECESSARIO	
398	NECESSARIO	
399	NECESSARIO	
400	NECESSARIO	
401	NECESSARIO	
402	NECESSARIO	
403	NECESSARIO	
404	NECESSARIO	
405	NECESSARIO	
406	NECESSARIO	
407	NECESSARIO	
408	NECESSARIO	
409	NECESSARIO	
410	NECESSARIO	
411	NECESSARIO	
412	NECESSARIO	
413	NECESSARIO	
414	NECESSARIO	
415	NECESSARIO	
416	NECESSARIO	
417	NECESSARIO	
418	NECESSARIO	
4		



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 72



CNPJ: 11.848.190/0001-55

Dara: 16/10/2019

Horas: 10:30:44

Médico (a) Diarista : Schubert Luiz Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS
Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH: 1.8
Clinico/ORTOPÉDIA 2 Enfermaria: 3 Letra: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DATA: 16/10/2019 MEDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues / Prescrição:
Item: 1 DIETA LIVRE
2 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML EV FRASCO 06/06
3 DIPROROX SODÍCIA 500MG/ML 2ML EV 06/06
4 ENOXAPARINA SODÍCA 40MG/ML SC SERINGA 200/250 (ADM AS 14h)
5 DIAZEPAM 10 MG VO 1CÓD 24h/24h (ADM AS 22h)
6 TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2ML EV 1AMOLA FAZER SE
NECESSARIO
FISIOTERAPIA NOTORIA
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS
DESBITO MUDANÇA 2h/2h
EVOLUÇÃO *Urocoagulam 2mg - Jcp, Jc, Jc, a med. SUSPENSO (22)*

DATA: 16/10/2019 HORA: 10:30:44

8º DIH

BRG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, REFERE NOR LOMBAR.

DIURESE +
EVACUAÇÕES JÁ 5 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLEET.

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

Dr. Schubert Costa
Ortopedista
Ortopedista da Coluna
CPB/CPB 5523

CD: YPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA -*Gertrímo*

Schubert Luiz Costa Rodrigues

*Dr. Schubert Costa
Ortopedista
Ortopedista da Coluna
CPB/CPB 5523*

*Assinatura de S. Nascimento
Médico - Traumatologista
16/10/2019 10:30:44*





CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/01/2019
Horas: 10:01:20
Médico (a) Diárias: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720
Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS
Idade: 024
Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA
Data de Nascimento: 08/03/1995
Admissão: 08/10/2019 DH - 7

Clinical/ORTOPÉDIA 2
Enfermaria: 3
Leito: 2
Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DATA: 15/01/2019

MÉDICO(S): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item:	Prescrição	Apontamento
1	DIETA LIVRE	
2	SÓRIO FÍSIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 6166	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML E.V. 6166	1/2 2/3 3/4 4/5 5/6 6/7
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML 1ML S.C. ISFRINGA. 240/24H (ADM AS 14h), Fazer 2/22	
5	TRAMADOL CLORURATO 100 MG/ML 1ML E.W. IAMPOLA. FAZER SE	5/2
6	NECESSARIO	
7	DIAZEPAM 10 MG VO. (CUMA): 24h 24h (ADM AS 22h)	2/2
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	GUIDAOS GERAIS + SINAIS VITIAIS	
	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
	EVOLUÇÃO	

DATA: 15/10/2019 HORA: 10:00:53

7º DH

BEG. ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS. REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE: +
EVACUAÇÕES: HÁ 5 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLENT.

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM + AG. LAR. A. CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



15 PA: 140 P. 72 T. 354
10/07/2020
Lígia Fávaro





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prenúncio: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRAQUÉ DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M
Nome da Mãe: KELVIA SHIMARA TARRAQUÉ DE SOUZA Dia de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DH - 6
ClinicasORTOPEDIA 2 Endereço: 3 Largo: 2 Diagnóstico: RX DE FEMUR D

CNPJ: 10.848.102/0001-55
Data: 14/10/2019
Horas: 09:00:00
Médico (s) Diártia: Schubert Luigi Costa Rodrigues

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIEVA LIVRE	Ca
2	SHOROFISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 110,000	Ca
3	DIPRONA SÓDICA 500 MG/50ML 2ML E.V. 6h/6h	Ca
4	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	Ca
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/25ML 2ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	Ca
6	NECESSARIO	Ca
7	DIAZEPAM 10 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	Ca
8	FISIOTERAPIA MOTORA	Ca
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Ca
	DECHIRTO MUDANÇA 2h/2h	Ca
	EVOLUÇÃO	Ca

DATA: 14/10/2019 HORA: 09:00:57

6º DH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS, REFERTE DOR LOMBAR.

DIURESE +
EVACUAÇÕES - HÁ 5 DIAS
PACIENTE RECUSOU FLECH.

USG DE BOLSA, ESCROTO, SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARAMBIA
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CRM/SP 5523



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 77

ESTADO DE SÃO PAULO
MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prenúncio: 2010720
Paciente: YURI MATHEUS TARRARUGUE DE MEDEIROS
Nome da Mae: KELVIA SILMARA TARRARUGUE DE SOUZA
Data de Nascimento: 08/05/1995
Clínico: ORTOPEDIA - Entfermagem: 3
Linha: 2
Diagnóstico: Fx DIFEMUR D

Data: 02/09/2019
Paciente: YURI MATHEUS TARRARUGUE DE MEDEIROS
Data de Nascimento: 08/05/1995
Admissão: 08/09/2019 DIH - 5
Horas: 10:34:03
Médico (s) Diánsia: Yury de Paiva Camara

Prescr.

Apresentando

Item	Prescrição	Apresentando
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 5% 500ML X 2 IPASCO 6/6h	
3	DIPROK SÓDICA 500MG/500ML 2 ML X 1 IPASCO 6/6h	
4	TEONIXCANI 20 MG SEM DILUENTE Recomendação: 2ML ABD.	
5	ENOKAPARINA SÓDICA 40 MG/0,5ML 3,0 C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/1ML E.V. IANPOLA FAZER SE NECESSARIO	
7	BLAZENAM 10 MG VO. (COMP. 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CIUDADOS GERAIS + SINAIS VITIAIS	
10	DECUBITO MUDANÇA 2x2h	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/09/2019 HORA: 10:32:43

5º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTENÇÕES CLAS. REFERE DOR LOMBAR.

DURESE: -

EVACUAÇÕES: HA. DIAS

PACIENTE RECUSOU FLET.

USO DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO
Yury de Paiva Camara

Dr. Yury de Paiva Camara
Gengibre e Mel Medicina
Gengibre e Mel Medicina

Aro 07:40 mm
PA = 110 x 70
P = 95
T = 36.2C



ESTADUAIS
SERVIÇOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720
Paciente: YURI MATHEUS TARRARUGUE DE MEDEIROS
Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARUGUE DE SOUZA
Data de Nascimento: 08/05/1995
Clínico/ORTOPEDIA: 2
Falecimento: 3
Leito: 2
Diagnóstico: FX DE FEMUR D

Idade: 024
Sexo: M
Admissão: 06/10/2019 DH - 4

CNPJ: 10.448.190/0001-55
Data: 12/10/2019
Horas: 11:17:32
Médico (a) Diárista: Euler Fabrício Alves Cruz

Item	Prescrição	Aprendizado
1	DIETA LIVRE	12/10/2019
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 6166	12/10/2019
3	IMPRONA SODICA 500MGML 2ML E.V. 6166	12/10/2019
4	TEXONICAM 2ML ABD.	12/10/2019
5	REconsilium 2ML ABD.	12/10/2019
6	MONOBASICO SODATO MONODRATADO 160 MG/ML + DIBASICO SODO POSEATO HEPATIDRATO 60 MG/ML 150ML RETAL. IFRASCO.	12/10/2019
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2ML E.V. IANPOLA. FAZER SE	12/10/2019
8	NICESSARIO	12/10/2019
9	DIAZEPAM 10 MG VO 10 COMP 24h/24h (ADM AS 22h)	12/10/2019
10	FISSOTERAPIA MOTORA	12/10/2019
11	CLÍUDAMOS GERAIS + SINUS VTAIS	12/10/2019
12	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	12/10/2019
13	EVOLUÇÃO 12. LOCCIONE NO 859 200g 14/24h	12/10/2019
14	DATA:12/10/2019 HORA:11:06:51	12/10/2019

4º DH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +

EVACUAÇÕES.

ONTEM FOI PRESCRITO FLEET ENEMA, MAS O PACIENTE RECUSOU-SE.

CD: VPM + AGUARDA, CIRURGIA

ASSINATURA: CARIMBO
Euler Fabrício Alves Cruz
m.º: 10.448.190/0001-55
CRM-PE 5907

relevo da o solo para a coluna descomod.
Solicito uso de solo conforto e rebaixo coluna.
junto.

Euler Fabrício Alves Cruz
CRM-PE 5907



12/10/2019 - PA: 109/13. Fc: 15 - T36.1 Admínistrador
520125





PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 11/02/2019
Horas: 10:16:33
Médico (s) Diana : Schubert Luigi Costa Rodrigues

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2049720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M
Nome da Mae: KELVIA SILMARA TARRARGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/02/2019 DH - 3

Clinico/ORTOPEDIA 2 Esferimapa: 3 Lefto: 2 Diagnóstico: F.X. DE FEMUR D
DATA: 11/02/2019

MÉDICO(S): Schubert Luigi Costa Rodrigues /	Item	Prescrição	Aproveitamento
	1	DIETA LIVRE	
	2	SOLO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 6/6h	
	3	DIFRONA SÓDICA 500MG/ML 2ML E.V. 6/6h	
	4	TEMOCICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. I.FRA. AMP. 12h/12h Reconsituir 2ML ABD	
	5	ENOKAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 1h)	
	6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2ML E.V. TAMPOLA FAZER SE NECESSARIO	
	7	FIOTERAPIA MÓTORA	
	8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
	9	DECUBITO MUDANÇA 2h-2h	
		EVOLUÇÃO	
		DATA: 11/02/2019 HORA: 10:16:12	

3º DH

BEG. ESTÁVEL SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +

EVACUAÇÕES -

CD: VPM - AGUARDADA CIRURGIA

ASSINATURA + CARAMBÓ
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
Médico de Clínica
CRM-SP 3523



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 83

SEU SERVIÇO
SUSPENSO

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 11/10/2019
Horas: 11:04:28
Médico (s) Disponível: Schubert Luiz Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 | Paciente: YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MENEIROS | Idade: 04 | Sexo: M | OR

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA | Data de Nascimento: 08/05/1995 | Admissão: 08/10/2019 DHU - 3

Clínica: ORTOPEDIA 2 | Intemps: 3 | Leito: 2 | Diagnóstico: RX DE PERNUR D

Data: 11/10/2019

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

Prescrição

Aprovação

Item | Descrição | Dose | Freq | Modo de Aplicação | Duração | Observações

1 MONOBÁSICO SÓDIO FOSFATO MOXOQUADRATADO 160 MG/ML + DIASICO 1000 MG/ML | DIÁZEPAM 10 MG | V.O. 10ML/5h 24h (ADM AS 2h) | RETAL, IFRASCO | EVOLUÇÃO

Data: 11/10/2019 | Hora: 10:16:12

3º DH

BRG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +

EVACUAÇÕES -

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Schubert Luiz Costa Rodrigues
CRM: 100141/PR
CREF: 100141/PR

ASSINATURA: - C. R. M. H. C.
Schubert Luiz Costa Rodrigues



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 85

$$\frac{10}{10} \frac{Pa-110}{170} \frac{P-71}{P} + \frac{36,8}{P}$$



09/10/2019

10.1.1.148/projeto/ncim/ncim.php?dataat=2019-10-09&contar=2010720&IDC=53082

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 09/10/2019
Horas: 13:21:03



SECRETARIA



Nome da Mat: KELVIA SHIRAKAWA TARRABIGUE DE SOUZA
Data de Nascimento: 08/05/1995
Medico (a) Diariu: Yury de Paula Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do recrutamento: 2010720 Paciente: YURI MATHIAS TARRABIGUE DE MEDEIROS

Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mat: KELVIA SHIRAKAWA TARRABIGUE DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995

Chamada: AMARELA Enfermagem: 2 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DATA: 09/10/2019

APLICOU: Yury de Paula Camara /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 60/60	
3	BIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 60/60	
4	TEXONIC AM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMF, 20/20	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 145)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. VANIPOLA FAZER SE NECESSARIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	DECRETO MUDANÇA 20/20	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 89

08/10/2019

HTCG-Papel Administrativo

Data: 08/10/2019

Hora: 18:52:24

Médico (a) Diarista: João Paulo Oliveira Nunes

E-mail:

Assinado



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720

Paciente: YURI MATHEUS TARRAQUÉ DE MEDEIROS

Idade: 024

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRAQUÉ DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995

Sexo: M

Clínica: AMARELA

Enfermeiro: S Leioz: 2

Diagnóstico: FX DE FEMUR D

Data: 08/10/2019

MÉDICO(A): João Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	DIPRORON SÓDICA 500 MG/500ML 2ML E.V. 6h/6h	
4	TENDOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 6h/6h	24
5	OMEPRAZOL 40 MG IFRÁ AMP, 12h/12h	6688
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/50 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h(ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CI 100 MG/2ML 2ML E.V. IAMPOLA FAZER SE	
8	NECESSARIO	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITIAIS	



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 01/09/2020 09:59:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090109594792600000032363589>
Número do documento: 20090109594792600000032363589

Num. 33826630 - Pág. 91



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
2ª VARA CÍVEL**

Processo n° 0815668-83.2020.8.15.0001

AUTOR: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Vistos.

defiro a gratuitade requerida.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do CPC/2015;

2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;

3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio CPC/2015;

4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).

5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;

6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do CPC/2015, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;



7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do CPC/2015;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do CPC/2015, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do CPC/2015;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC/2015), salvo as exceções previstas no art. 345 do CPC/2015;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do CPC/2015, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 dias.

Campina Grande, data e assinatura do sistema.





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
2ª VARA CÍVEL – COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo n° 0815668-83.2020.8.15.0001

AUTOR: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Advogados do(a) AUTOR: BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA - PB27056, TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - PB16866

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** a parte **promovente** na pessoa de seu Procurador e Advogado(a), **acima indicado**, do teor do despacho/decisão abaixo transcrito:

Processo n° 0815668-83.2020.8.15.0001

AUTOR: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Vistos.

defiro a gratuidade requerida.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do CPC/2015;

2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 24/09/2020 12:05:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412051516200000033179924>
Número do documento: 20092412051516200000033179924

Num. 34706516 - Pág. 1

3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio CPC/2015;

4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).

5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;

6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do CPC/2015, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;

7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do CPC/2015;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do CPC/2015, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do CPC/2015;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC/2015), salvo as exceções previstas no art. 345 do CPC/2015;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do CPC/2015, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 dias.

Campina Grande, data e assinatura do sistema.

Assinado eletronicamente por: **ELY JORGE TRINDADE**

Campina Grande-PB, 24 de setembro de 2020

De ordem, **SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN**

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 24/09/2020 12:05:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412051516200000033179924>
Número do documento: 20092412051516200000033179924

Num. 34706516 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 24/09/2020 12:05:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412051516200000033179924>
Número do documento: 20092412051516200000033179924

Num. 34706516 - Pág. 3

Poder Judiciário da Paraíba

2º Vara Cível

Comarca de Campina Grande - PB.

DESTINATÁRIO(A):

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 Andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205
CARTA DE CITAÇÃO/INTIMAÇÃO REF. PROCESSO N° 0815668-83.2020.8.15.0001

REMETENTE:

UNIDADE JUDICIÁRIA: 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE - PB

RUA VICE PREFEITO ANTÔNIO DE CARVALHO, S/N

BAIRRO DA LIBERDADE

CIDADE: CAMPINA GRANDE - PB

CEP: 58410-050



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 24/09/2020 12:05:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412051616500000033180325>
Número do documento: 20092412051616500000033180325

Num. 34706517 - Pág. 1

FONE: (083) 3310-2437



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 24/09/2020 12:05:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412051616500000033180325>
Número do documento: 20092412051616500000033180325

Num. 34706517 - Pág. 2



**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
2ª VARA CÍVEL – COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº 0815668-83.2020.8.15.0001

AUTOR: YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De ordem do Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito desta 2ª Vara Cível da Comarca de Campina Grande, PB, em seu cumprimento e em conformidade com o despacho/decisão proferida no processo acima indicada, **CITO** a parte promovida **Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., através de seu representante legal**, dos termos da ação acima nominada, e, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias apresentar contestação, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do CPC/2015, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, caput e inciso III, do CPC/2015, restando advertido(a) que não sendo contestada a ação, será considerada revél e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (NCPC, art. 344), salvo as exceções previstas no art. 345 do NCPC.

Campina Grande-PB, 24 de setembro de 2020

De ordem, SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN

Técnico(a) Judiciário(a)

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

PARA VISUALIZAR A PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS ACESSE O LINK:<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 24/09/2020 12:05:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412051616500000033180325>
Número do documento: 20092412051616500000033180325

Num. 34706517 - Pág. 3

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20090109594123800000032342250
Ação DPVAT - Yuri	Outros Documentos	20090109594289100000032363580
Documentos pessoais - Yuri Matheus	Documento de Identificação	20090109594435600000032363583
Procuração - Yuri Matheus	Procuração	20090109594550900000032363586
Pedido de Seguro Dpvat Negado - Yuri Matheus	Documento de Comprovação	20090109594661000000032363588
Processo administrativo - Yuri Matheus Tarradt De Menezes CPF - 094.400.964-62	Documento de Comprovação	20090109594792600000032363589
Despacho	Despacho	20091114284903900000032715354



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 24/09/2020 12:05:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092412051616500000033180325>
Número do documento: 20092412051616500000033180325

Num. 34706517 - Pág. 4

Ciente



Assinado eletronicamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO - 25/09/2020 09:09:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092509093951300000033214641>
Número do documento: 20092509093951300000033214641

Num. 34744357 - Pág. 1