



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	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
33826 621	01/09/2020 10:00	<a href="#">Ação DPVAT - Yuri</a>	Outros Documentos
33826 624	01/09/2020 10:00	<a href="#">Documentos pessoais - Yuri Matheus</a>	Documento de Identificação
33826 627	01/09/2020 10:00	<a href="#">Procuração - Yuri Matheus</a>	Procuração
33826 629	01/09/2020 10:00	<a href="#">Pedido de Seguro Dpvt Negado - Yuri Matheus</a>	Documento de Comprovação
33826 630	01/09/2020 10:00	<a href="#">Processo administrativo - Yuri Matheus Tarradt De Menezes CPF - 094.400.964-62</a>	Documento de Comprovação
34205 883	11/09/2020 14:28	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
34706 516	24/09/2020 12:05	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
34706 517	24/09/2020 12:05	<a href="#">Carta</a>	Carta
34744 357	25/09/2020 09:09	<a href="#">Petição</a>	Petição

Segue em PDF



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: [gurjaoliveira.adv@gmail.com](mailto:gurjaoliveira.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 recadastrado 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 ocorrera 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 Nº 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 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 SEGURO 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 tabela 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:





[\(art. 2º da Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974\)](#)

Danos Corporais Totais	Repercussão na íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
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 neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental		
alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre		
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d)		
comprometimento de função vital ou autonômica		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicas, abdominais,		
pélvicas ou retro-pélvicas 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 Partes
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou		70
de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		50
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa de mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhas ou dedo		25
polegar		
Perda completa de mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da		10
mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Partes
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fala (mudez completa) ou		50
da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		25
Perda integral (retirada cirúrgica) do bato		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 Behrendorf 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 desrespeitoso. 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 AZEVEDO**  
ADVOGADO OAB/PB 16866

**BRUNO MACÊDO DE OLIVEIRA**  
ADVOGADO OAB/PB 27056

**RAYANE MELO NOGUEIRA**  
ACADÊMICA DE DIREITO





Número do documento: 20090109594435600000032363583

Num. 33826624 - Pág. 1



Autorize o pagamento de sua conta de energia através do

## Aproveite melhor o seu tempo

Atendimento Energia para deficientes auditivo ou de fala 0800 086 1234  
Ouvidoria Energia 0800 083 8484 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento  
ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica) 167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis)

Atendimento Energia para deficientes auditivo ou de fala 0800 023 0196 (24h)

- Seu CPF foi protestado? Consulte através do site: <http://pesquisaprotesto.com.br>
- devendo arcar com todos os custos para retirada do protesto.
- Caso não efetue o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito a inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SPC), e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes.
- luz solar e iluminação de lâmpadas fluorescentes.
- plásticos, solventes ou produtos químicos, bem como a exposição ao calor e umidade excessiva.
- Os dados impressos tem vida útil de até cinco anos desde que se evite o contato direto com
- demais transformos. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
- base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% ao mês, corte no fornecimento de energia e
- Pagando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com
- apuração dos indicadores de qualidade.
- implicação direta à compensação, e direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a
- Possíveis valores individuais apurados, acima dos padrões nesta unidade consumidora
- em nosso site [www.enegeia.com.br](http://www.enegeia.com.br)
- e impostos estão à disposição para consulta em nossas agências de atendimento ou
- informações gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados
- média dos últimos doze meses.
- Facilite o acesso do leitor ao medidor e assim evite que o seu consumo seja faturado pela
- energia elétrica, CPF ou CNPJ.
- Para atendimento em nossas agências ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de

## Fique Atento!

Para atendimento em nossas agências ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia elétrica, CPF ou CNPJ.

Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA só estarão disponíveis para consulta em nosso sistema 24 horas após a data de apresentação informada no anverso.

Compra de Energia: parcela destinada ao pagamento dos geradores que vendem energia elétrica para a concessionária.

Serviço de Distribuição: parcela destinada a investimentos e custos operacionais nas redes de distribuição.

Serviço de Transmissão: parcela destinada ao transporte de energia das usinas até as subestações.

Encargos Setoriais: parcela destinada ao pagamento das obrigações assumidas pelo setor elétrico estabelecidas por lei, arrecadada pela Energia e transferida para a Enegeia.

Impostos Diretos e Encargos: parcela destinada ao pagamento dos impostos estaduais (ICMS) e federais (PIS/PASEP e COFINS).

DIC: número de horas que o cliente ficou sem energia.

FIC: número de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMIC: Duração, em horas, da maior interrupção de energia no período.

DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico.

Custo de disponibilidade: valor mínimo faturável, estabelecido pela ANEEL, para as unidades consumidoras atendidas em baixa tensão.

TUSD: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal de usuários do sistema de distribuição de energia elétrica pelo uso do sistema.

TE: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal referente ao consumo de energia.

EUSD: Encargo de uso do sistema de distribuição.

## Glossário

Cadastre-se em nossos canais: 0800 023 0196 Agências de Atendimento [www.enegeia.com.br](http://www.enegeia.com.br)



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



Débito Automático - Banco do Brasil / Bradesco / Santander / Itaú / Sicoob / Sicredi / Caixa Econômica Federal / BNB / Bradesco (Correspondentes Bancários) / Brinks E-Pago / Bancoob (Sicoob) / BNB / Caixa Econômica Federal (Casas Lotéricas e Caixa aqui) / Sicredi / Tribanco

Autoatendimento e Internet - Banco do Brasil / Bradesco / Bancoob (Sicoob) / BNB / Caixa Econômica Federal / Itaú / Santander / Sicredi

## Onde pagar sua conta





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.634.401 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	24/04/2014
NOME	YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES		
FILIAÇÃO	ALUISIO WAGNER DE MENEZES ALVES KELVA SYLMARA TARRADT DE SOUZA		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	08/05/1995
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº11.518 - LIV.A-10 - FLS.178V - CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB		
CPF	094.400.964-62		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			





## 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 AZEVEDO, 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 judicium 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](http://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

Pag. 01025/01026 - carta\_11 - INVALIDEZ

00030513



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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00110790 8 AGÊNCIA: CONTA:

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 de 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: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: VICTOR ULISSES FERREIRA LYRA

CPF: 098.054.984-17

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CAMILA DE MEDEIROS VIEIRA

CPF: 466.406.438-12

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EDC 001 V002/2019



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

**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**

01 a 16 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	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª 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](http://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: 0800-1596 / 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  
Ouvidoria: 0800 021 91 35







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO**

**NOME** XORI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

**DOC. IDENTIFIC. / ORDEMADOR DE** 36344401 **UF** PB

**CPF** 094.400.964-62 **DATA NASCIMENTO** 08/05/1995

**FILIAÇÃO** ALUISSIO WAGNER DE MENEZES ALVES  
 KELIVA SYLÉARA TARRADT DE SOUZA

**FIMISSÃO** ☐ **ACC** ☐ **CAVAL** ☐ **AB**

**PERMISSÃO** ☐ **1ª NÚMERO** 31/05/2019

**VALIDADE** 30/05/2020

**Nº REGISTRO** 07270776080

**OBSERVAÇÕES**

**LOCAL** CAMPINA GRANDE, PB

**DATA EMISSÃO** 31/05/2019

**ASSINATURA DO TITULAR** *Xori Matheus Tarradt de Menezes*

**ASSINATURA DO EMISSOR** *[Assinatura]*

**16648851831**  
**PB037921223**

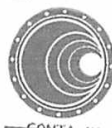
**PARAÍBA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**1765662113**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**





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

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
70427682
REFERÊNCIA
JUN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS  
KEIYA SYLMARA F. DE SOUZA  
RUA NENZINHA CLIMA, QD 15 - BL 02 APT 201 - SANTA  
ROSA CAMPINA GRANDE - PB 55400-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.013.450.0150.102	102	<input checked="" type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Público	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N239942	18/09/2012	INTERNO LIGADO	LIGADO	LIGADO		
919	926	33	12/07/2020			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. E QUAL. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
MAI/2020	7	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2020	9	TURBIDEZ	0	0	0	
MAR/2020	8	CIORO	0	0	0	
FEV/2020	10	PH	0	0	0	
JAN/2020	13	COR	0	0	0	
DEZ/2019	13	COR	0	0	0	
MEDIA(M)	10	COR TOTAIS	0	0	0	
DADOS REFERENTES A: ABR/2020						

DATA DA IMPRESSÃO: 15/06/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 11:13:42

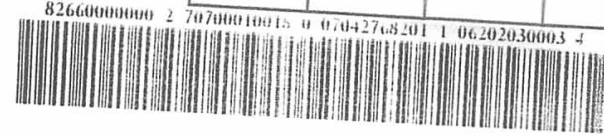
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	7 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2020		1,35
JUROS DE HORA 03/2020		1,11

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,34 PIS e CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 26/06/2020 Total a Pagar: R\$ 70,70

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO 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	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
06/2020	26/06/2020	



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

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

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

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

Eu, Yuri Matheus Tarradt De Menezes,  
RG nº 3634401, data de expedição 24/04/2014  
Órgão SSDS/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: 9C2JB01005R073903  
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 )







## 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 AZEVEDO, 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 judicium 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](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Macedo de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 007534734 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Yuri Matheus tarrodt de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 094 400964 / 62,

do sinistro de DPVAT cobertura Por invalidez da Vítima Yuri Matheus tarrodt de Menezes

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>89</u>	Complemento:
Bairro: <u>Malvinas</u>	Cidade: <u>Compimã Grande</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>Gurjaoeoliveira.adv@gmail.com</u>	CEP: <u>58433-152</u>	Tel.(DDD): <u>83 3066-4098</u>

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

Bruno Macedo de Oliveira.

Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



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. 9





BRUNO MACEDO DE OLIVEIRA  
RUA OLINDA 64 A - BODOCONGO  
CEP 55433-152 - CAMPINA GRANDE / PB (AQ: 401)  
CPF/CNPJ/RAN: 007.534.734-29



Clt/Sbc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA  
Roteiro: 12 0401-677-4711 Medidor: W5075410799



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002985612

<b>VALOR DA FATURA</b> R\$ 128,31	<b>VENCIMENTO</b> 26/07/2020
<b>REFERÊNCIA</b> JUN/2020	<b>CONSUMO</b> 154 kWh 5,5kWh MÉDIA DIÁRIA
<b>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</b>	

		DESCRITIVO							
CC	Descrição	QUANT.	TARIFA C/ IMPOSTOS	Valor Total (R\$)	BASE CALC. (R\$)	Alq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	BASE CALC. PS/COFINS (R\$)	PS (R\$) 1,0845%
021	Consumo em kWh	154	0,743660	114,52	114,52	27	30,92	114,52	1,24
007	CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			13,79	0	0	0,00	0	0

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
LEITURAS		Descrição	Valor(R\$)
Anterior	21/06/20	399 kWh	
Atual	19/06/20	813 kWh	
Consumo		154 kWh	
Período	25 dias		
Constante do medidor	1		
PRÓXIMA LEITURA			
20/07/2020			
Total			128,31

INDICADORES DE QUALIDADE		MENSAL		APURADO TRIMESTRAL		ANUAL		LÍMITE DE TOLERÂNCIA	
ÍNDICE DE QUALIDADE DE ENERGIA (IDEE)		MENSAL		APURADO TRIMESTRAL		ANUAL		LÍMITE DE TOLERÂNCIA	
Índice que o cliente recebe sem energia - DIC		MENSAL		APURADO TRIMESTRAL		ANUAL		LÍMITE DE TOLERÂNCIA	
Índice em que o cliente ficou sem energia - FIC		MENSAL		APURADO TRIMESTRAL		ANUAL		LÍMITE DE TOLERÂNCIA	
Duração da maior interrupção da energia no período - DMIC		MENSAL		APURADO TRIMESTRAL		ANUAL		LÍMITE DE TOLERÂNCIA	
Duração da interrupção individual em dia útil - DICI		MENSAL		APURADO TRIMESTRAL		ANUAL		LÍMITE DE TOLERÂNCIA	

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te ajudar pelas melhores opções, via App Energisa 24h e 7 dias por semana (0800 010 0000).

Atenção: Segundo via de conta

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. 16.003.839-1  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 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 CNPJ/CPF: 007.534.734-29				
RUA OLINDA 64 A - BODOCONGO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 55433-152				
Nosso Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360002091198	298561-2020-06-5	26/07/2020	128,31	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA S/A				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5				





**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: Kelve 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 (VÍTIMA) - **Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvt 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








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 deste 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  
Delegada de Polícia Civil  
Mat. 156.849-3

JOSEFA ALVES DE ASSIS  
Delegado(a) de Polícia Civil

  
YURI MATHEUS TARRADT DE MENEZES

Noticiante

  
ALAN ANDERSON CHAVES RAMOS  
Agente Operacional de Polícia Civil



Procedimento Policial: 01053.01.2020.2.00.401

2/2





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



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
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
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL	Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO HORIZONTAL	UF PB

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 Habilitação 31/05/2019	Categoria AB	Registro CNH 07270776080	UF PB
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO - SOCORRIDO	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 30/05/2020	Usava Cinto SIM	Usava Capacete SIM
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		
Avárias: 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, Nº 272, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB	1ª Habilitação 25/10/2004	Categoria B	Registro CNH 03411845297	UF PB
Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 05671, Nº DO TESTE 00891, RESULTADO 0,00MG/L	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 23/10/2019	Usava Cinto SIM	Usava Capacete SIM
Destino do Condutor PERMANECER NO LOCAL				

VEÍCULO 02

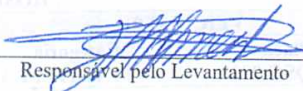
Marca/Modelo GM CARAVAN	Espécie AUTOMÓVEL	Placa BNR-6802	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	UF PB
Nome do Proprietário: MANOEL ANTÔNIO DE ABREU					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 014800264819	Renavam 00433067578	Data da Emissão 11/07/2019		
Avárias: PARA-LAMA DIREITO TRASEIRO					

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 Elpidio 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
<p>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 Elpidio da Costa Monteiro houve a colisão transversal.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Campina Grande – PB, 16 de outubro de 2019.</p> <p style="text-align: center;">           Responsável pelo Levantamento       </p>







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



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 ASSEMBLADOS									
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE									
Avaliação		Avaliação							
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	X			05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA) 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									
Avaliação		Avaliação							
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
					Total Geral (Sim + NA) 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



EM BRANCO





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



**CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 282/ 2019**

**AMARRAÇÕES**

VIA "A" - Av. Almeida Barreto - 12,00 metros

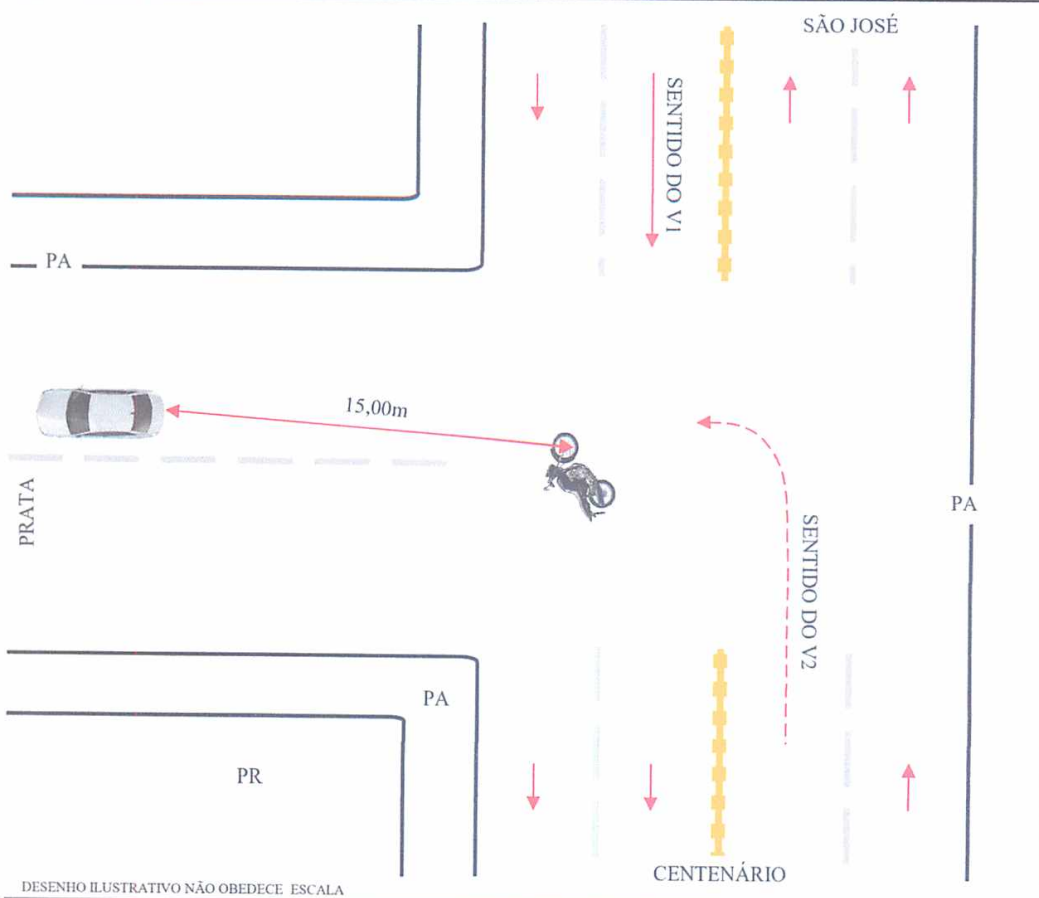
VIA "A" - Rua José Elpídio da Costa Monteiro - 10,00 metros

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 OBEDECE ESCALA

**AVARIAS**



V1

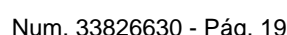



V2

SGT PM Josémarco Alves de Almeida  
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº282/2019

FOTOS DO V2



3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA  
(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



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				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 14 de novembro de 2019.



Deoclecio 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







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGRE  
o trabalho



## 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 na 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 Trauma  
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes*

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

**PEDRO MÁRIO FREITAS ALVES  
FERNANDES**

*Assessor Jurídico do Núcleo de Auditoria  
do HETDLGF*

*Mat.: 210.411-3 - OAB/PB 22.160*

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas  
Campina Grande - PB CEP: 58.432-809

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

CNPJ: 08.778.268-0001-60







## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia 18.50

Act com 1 semana contida

e coxo D

Dr. Fernando Dias

Dr. Fernando D

CT. Internato

pelo ortopedico

após alta de

cirurgia

geral.

## SERVIÇOS REALIZADOS:

## CÓDIGO/PROCEDIMENTO

## CBO

## IDADE

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico ( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia

( ) Internação (setor) ( ) Decisão Médica

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL ( ) Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

**GOVERNO  
DA PARAIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/10/2019  
Paciente: YURI MATHEUS TARRIGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Nº ATEND: 2010638

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 08/10/2019 HORA : 17:16:21

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

**SINAIS VITAIS**

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( ) SIM ( ) NÃO HAS ( ) SIM ( ) NÃO  
DEF. MOTORA ( ) SIM ( ) NÃO

**ALERGIAS :**

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AValiação Neurológica

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

**SINTOMAS REFERIDOS**

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO

**CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:**

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG  
ENFERMEIRO COREN  
prolímato





08/10/2019

Data da Internação: 08/10/2019 Hora: 18:49:46

HTCS-Panel Administrativo

**SUS** Sistema Único de Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde  
 1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ CONZAGA FERNANDES**  
 2- CNES  
**2362856**  
 3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXTERNO  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ CONZAGA FERNANDES**  
 4- CNES  
**2362856**

Identificação do Paciente  
 1- NOME DO PACIENTE  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**

1- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**

1- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**

1- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**

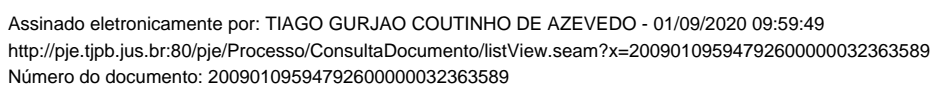
1- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**

1- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**

1- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**

1- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**

1- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 2- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 3- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**  
 4- NOME DO PAZ  
**YURI MATHIEUS TARRARIQUE DE MEDEIROS**



**Data da Intermediação: 08/10/2019 Hora: 18:49:46**

10.1.1.148/projetohlog/imprentamemento.php?caval=2010720







Paciente:	Juni Mathews Fomosoigue de Medeiros	Idade:	84
Convênio:		Data:	18/10/2019

Convenio: \_\_\_\_\_ Data: 18/10/2019

**Procedimiento:** ~~Trata mental~~ climacice de fractura de diales de femur dorsal

Cirurgião: Dr. Demétrio  
Auxiliar: Dr. Sma e Dr. Guly  
Anestesista: Dr. Selyren

Início: 14:20      Término: 16:00      Anestesia: Raqui + sedação

[illegible][illegible]

Observações: 1645

11/10/2019

1997/3836

Assinatura Anestesista

**Circulante**

## Relatório de Operação

MOD. 102



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

Assinatura do anestesista





Rua Cidame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE  
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br  
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08847

PELIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

TEL/FAX/E-MAIL

CIDADE

CAMPINA GRANDE

NOME DO PACIENTE

XUEI HATX EUS TAPAEIQUE IX HENFIBOS

Nº DO PRONTUARIO

9010638

Nº AI H

COD PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT C. EUR DE FEAT. DIAFASIA DE RYUN (DIE)

PRODUTO

REF. QUANT. COD. ROMP.

LAGA DCP LAGA 4,5 X 3,2

01

LAGA LAGAS 4,5 X 3,2

01

" 4,5 X 3,2

02

DATA DA UTILIZAÇÃO DATA DA COMUNICAÇÃO MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

15-10-2019

DR. AUGUSTO + DR. EULIO

OBSERVAÇÕES

+ DR. ZILBERTO KUIZ +

DR. DA MORA

CX 45 G. FEAT. 01082

CX DE DENT 4,5 X 3,2

ASSINATURA E CAMBIO DO RESPONSÁVEL

HAUON

Dr. Eulio Augusto A. Cruz  
CRM-PB 9907

Encaminhado para: F. (31) 32031 0033







**GOVERNO DO PARANÁ**  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**  
58/01/99  
Júlio Medeiros Tamarique de Medeiros  
Prontuário: 9010638

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)**  
Módulo de Segurança do Paciente  
TRAIUMA - C6

**ENTRADA**  
☐ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE  
• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
• SITIO CIRÚRGICO  
• PROCEDIMENTO A SER REALIZADO  
• CONSENTIMENTO

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA**  
☐ CONCLUIDA  
☐ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

**ALERGIA CONHECIDA?**  
☐ NÃO  
☐ SIM  
VIA AEREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOESPASMO?

**SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL**  
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML  
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?  
☐ NÃO  
☐ SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

**AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?**  
☐ NÃO SE APLICA  
☐ SIM

**A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?**  
☐ NÃO SE APLICA  
☐ SIM

**EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS**  
☐ CIRURGIA, ANESTESIA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
• SITIO CIRÚRGICO  
• PROCEDIMENTO

**REVISÃO DO CIRURGIAO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?**  
☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?  
☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTÊSES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?  
QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

**O CIRURGIAO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE**  
Assinatura: *[Assinatura]*  
Téc. Enfermagem: *[Assinatura]*  
Validade de 24h

**PAUSA CIRÚRGICA**  
SAÍDA  
CIRURGICA  
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

**O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:**  
☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO  
☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM  
☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE  
☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO





**NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

[illegible]

2





18/10/2019

HTCC-Panel Administrativo



INSTITUTO DE FARMACIA E TRATAMENTO DE DOR  
Av. Nilo Pedreira Pessoa, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB  
CNPJ nº 27.260.608/52  
Data: 18/10/2019



GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 163234

DATA DA CIRURGIA: 18/10/2019

Número do Atendimento: 2010720


Clin: ORTOPEDIA 2 Enf: 3 Lei: 2

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**  
Nome do Paciente: YURI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS

Data da Internação: 08/10/2019

Atendimento: 2010720

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO

Diagnóstico Pós-Operatório: 

Cirurgia: OSTEOSSINTESE

Data da Cirurgia: 18/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ANILAR JORGE PINTO NETO  
Aux 1: EULER FABRÍCIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ DE ARAÚJO  
Aux 3: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Instrumentador: RAMON

Anestesiista: ALISSON BARROS

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL, SOB ANESTESIA;
2. ASSEPÇÃO + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA DIREITA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HENIOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSSINTESE COM PLACA DCP 4,5MM DE 11 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS;
6. APOSIÇÃO DE DRENO DE SUÇÃO;
7. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 18/10/2019

Assinatura/Carimbo

Euler Fabrício Alves Cruz



18/10/2019 15:57













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

# EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]



**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Yux matheus Idade: 24 Sexo: M Enfiliteio: 3 - 2

**2. HISTÓRIA PREGRESSA**

Interações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Dor ( ) HAS ( ) DM  
( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: Medicações em uso:

**3. DOENÇA ATUAL:**

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MEDICO: Fr. distal da perna

**4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS**

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ( ) CONSCIENTE ( ) NÃO ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESES ( ) PARESTESIA LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ( ) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VNI ( ) 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 ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO: ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ( ) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_ local: \_\_\_\_\_

LEÇÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida: \_\_\_\_\_ Curativo em: \_\_\_\_\_

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ( ) SATISFATORIA ( ) INSATISFATORIA HIGIENE BUCAL: ( ) SATISFATORIA ( ) INSATISFATORIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

**7. AVALIAÇÃO GERAL:**

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLUCÊMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	[mmHg]	[°C]	[bpm]	[%]	[mg/dl]	[ml]	[oren/ml]	[0-10]	[kg]			INSERÇÃO
1ª	120	36,2	83									
2ª												
3ª												
4ª												
5ª												
6ª												
7ª												
8ª												
9ª												
10ª												
11ª												
12ª												
13ª												
14ª												
15ª												
16ª												
17ª												
18ª												
19ª												
20ª												
21ª												
22ª												
23ª												
24ª												
25ª												
26ª												
27ª												
28ª												
29ª												
30ª												
31ª												
32ª												
33ª												
34ª												
35ª												
36ª												
37ª												
38ª												
39ª												
40ª												
41ª												
42ª												
43ª												
44ª												
45ª												
46ª												
47ª												
48ª												
49ª												
50ª												
51ª												
52ª												
53ª												
54ª												
55ª												
56ª												
57ª												
58ª												
59ª												
60ª												
61ª												
62ª												
63ª												
64ª												
65ª												
66ª												
67ª												
68ª												
69ª												
70ª												
71ª												
72ª												
73ª												
74ª												
75ª												
76ª												
77ª												
78ª												
79ª												
80ª												
81ª												
82ª												
83ª												
84ª												
85ª												
86ª												
87ª												
88ª												
89ª												
90ª												
91ª												
92ª												
93ª												
94ª												
95ª												
96ª												
97ª												
98ª												
99ª												
100ª												

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO	<input type="checkbox"/> ( ) ABDOME DISTENDI	<input type="checkbox"/> ( ) ANOREXIA
	<input type="checkbox"/> ( ) HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	<input type="checkbox"/> ( ) DOR AO EVACUAR	<input type="checkbox"/> ( ) DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> ( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR	<input type="checkbox"/> ( ) DOR	<input type="checkbox"/> ( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	<input type="checkbox"/> ( ) OUTRO	<input type="checkbox"/> ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> ( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	<input type="checkbox"/> ( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA	
	<input type="checkbox"/> ( ) OUTROS	<input type="checkbox"/> ( ) RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ( ) ANESTESIA	<input type="checkbox"/> ( ) DESIDRATAÇÃO	<input type="checkbox"/> ( ) TRAUMA
	<input type="checkbox"/> ( ) OUTRO	<input type="checkbox"/> ( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ( ) ANSIEDADE	<input type="checkbox"/> ( ) DESCONFORTO	<input type="checkbox"/> ( ) RIGIDEZ ARTICULAR
	<input type="checkbox"/> ( ) PREJUÍZOS MUSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> ( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS	<input type="checkbox"/> ( ) OUTRO	
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRIMAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> ( ) AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL			<input type="checkbox"/> ( ) OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
<input type="checkbox"/> ( ) AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANÇADA			
<input type="checkbox"/> ( ) OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL			<input type="checkbox"/> ( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> ( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO			<input type="checkbox"/> ( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> ( ) REALIZAR BANHO NO LETO (SU) E LAVAGEM DO CABELO			
<input type="checkbox"/> ( ) REPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			
<input type="checkbox"/> ( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
<input type="checkbox"/> ( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS			
<input type="checkbox"/> ( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
<input type="checkbox"/> ( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			
<input type="checkbox"/> ( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			<input type="checkbox"/> ( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> ( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LETO			<input type="checkbox"/> ( ) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input type="checkbox"/> ( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FISIOLÓGICOS			<input type="checkbox"/> ( ) MINIMIZAR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> ( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS			
<input type="checkbox"/> ( ) 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 INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ☐ SIM ☐ NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ☐ SIM ☐ NÃO

AUXÍLIO PARA CAMINHAR? ☐ SIM ☐ NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ☐ SIM ☐ NÃO

ESTADO MENTAL? ☐ AGITADO ☐ DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? ☐ RISCO DE QUEDA? ☐ SIM ☐ NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:





Nome: Yvoni Williams Idade: 24 e Sexo: M En/leito: 3-2

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### 3. DOENÇA ATUAL:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS  
MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNOSTICO MEDICO: F70.00 dist. par

ආපදා මුහුණ දීමට සූදානම් වීමට සිදු වූයේ 1998 දීය.

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESTESIA. LOCAL: \_\_\_\_\_

RESPIRAÇÃO: ( ☒ ) ESPONTÂNEA (    ) CATETER NASAL (    ) VENTURI (    ) TRAQUEOSTOMIA (    ) VMI (    ) OUTROS (    )  
LINGUAGEM: (    ) DISFONIA (    ) DISARTRIA

### PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_  
 RESONÂNCIA FÍSICA: IMPULSO ( ) AGILIZADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

EDENIA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA),**

ALIMENTAÇÃO: (N) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ☒ ) NORMAL (    ) ALTERADO

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

COLORAÇÃO DA PELE: (1) NORMOCORADA (2) HIPOCORADA

PELE: ( ☐ ) ÍNTEGRA ( ☐ ) LESÃO ( ☐ ) OUTROS: \_\_\_\_\_

Curativo em: 16/10/19.

**CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO**

**CUIDADO CORPORAL:** ( ) INDEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE (X) DEPENDENTE ( )  
**HIGIENE CORPORAL:** (X) SATISFECHURA ( ) INSATISFECHURA  
**HIGIENE BUCA:** (X) SATISFECHURA ( ) INSATISFECHURA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: (X) PRESERVADO (X) INSÔNIA

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO ( ) OUTROS:

## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO: — ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

HORA	PA	T
------	----	---

HORA	PA	T	FC/P	SP02	GLUCEMIA	DILUIRESE	DÉBITO DE	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENQ(ml)	(kg)			INSERÇÃO
11:00	120/80	35,4	83	-	-	-	-	-	<i>[Assinatura]</i>	SOG/SNG/SNE	
										SVE	
										CIRCUITO DE VM	
										FILTRO DE VM	
										UMIDIFICADOR	
										ASPIRADOR	
										LATEX	
										EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	
CONSTIPAÇÃO	( ) DESIDRATAÇÃO	( ) ABDOME DISTENDI ( ) ANOREXIA
	( ) HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	( ) DOR AO EVACUAR ( ) DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
	( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
	( ) OUTROS	( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	( ) OUTRO	( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) ANSIEDADE ( ) DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR	( ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	( ) PREJUÍZO MÚSCULO-ESQUELÉTICO	
	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	
	( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO	<i>Prisão de ventre</i>	<i>Prisão de ventre</i>
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		( ) OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
( ) AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANÇADA		
( ) OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>diário</i>	( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		( ) CONTROLE DA DOR (MELHOR RADA OU AISENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO		
PARA SINAIS FISIOLÓGICOS		
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO	<i>McEw / Monitorar ambiente e sangue</i>	

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)  
 HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM (X) NÃO  
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM (X) NÃO  
 TERAPIA INTRAVENOSA? (X) SIM ( ) NÃO  
 ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRPIO NEUROLÓGICO  
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? (X) SIM ( ) NÃO  
 RISCO DE QUEDA? (X) SIM ( ) NÃO

Érika de Souza Miranda  
 COREN-PB 102687-ENF



**Environ Monit Assess** (2015) 189:111–120

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: yuri m

Sexo

Enf/Leito 3-2

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( )

Doença ( ) HAS ( ) DM ( )

### 3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:

#### 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☐ CONFUSO ☐ LETÁRGICO ☐ COMA/USO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( )

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTICULACAO

המסמך: (ח) לוחיות 1 / חיל

ALTERAÇÃO: / ) VIEÇÃO / ) ATATO / ) CUFATO / ) BALANÇAR OBS:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILIZADO ( ) AGITADO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

#### ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ESTADÍSTICA DE EFECTOS Y CAUSAS

CORORAÇÃO DA PELE: ( / ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PRÉ: ( ) INTEGRA ( ) RESÃO ( ) OUTROS:

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

Curativo em:        /        /       

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: ( ☐ ) SATISFATORIA ( ☐ ) INSATISFATORIA

HIGIENE BUCAL: ( ☐ ) SATISFATORIA ( ☐ ) INSATISFATORIA

LIMIAÇÃO FÍSICA: (x) ALCANTARADO ( ) CADEIA DE RODAS (x) SINO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO (x) INSONORIZADO (x)

### 3. AVALIANDO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

CONTRIBUTO / CONTRIBUTOE / COOPERATIVO / AUTOPRO-

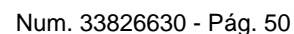
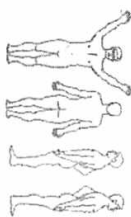
## 6. NECESSIDADE DE PSICOESPIRITUALIDADE

RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

## 7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T
------	----	---

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLUCEMIA	DIURESE	DEBITO DE	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERCAO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dl)	(ml)	DRENO(ml)	(kg)			
									SOG/5ING/5INE		
									SVE		
									CIRCUITO DE VMI		
									FILTRO DE VMI		
									UMIDIFICADOR		
									ASPIRADOR		
									LATEX		
									EQUIPO SIMPLES		



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:  
 Jéssica Coutinho de Lima  
 COREN-PA 26363589

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
PADRÃO RESPIRATÓRIO	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA
BIOMÉDICA	( ) JOSEIDADE ( ) OUTRO	( ) IMBASTIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNEIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BICÍDICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE INFECÇÃO	( ) ASPECTO ( ) QUEMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS ( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	PARA ZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANUTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORA OU AUSENTE)
( ) REALIZAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( ) DEPUCHAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALUAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		( ) RISCO DE Desequilíbrio diminuído
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE ( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)  
 HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO  
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO  
 TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO  
 ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRBO NEUROLÓGICO  
 POSTURA, NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO  
 ASSINATURA E CARIMBO: RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO



1. IDENTIFICAÇÃO *Kury Mathew*

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: 24 anos Sexo: \_\_\_\_\_

Enf/Leito 3-2

## 2. HISTORIA PREGRESSA

Internações prévias ( )	Motivo: Alergias ( )	Qual
-------------------------	----------------------	------

Doença ( ) HAS ( ) DM

### 3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: *fractura de fêmur direita*

#### 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) COMUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO ( )  
 MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARÉSTESIA. LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( )

- SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUÍLO ( ☒ ) AGITADO ( ☐ ) AGRESSIVO ( ☐ ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_  
 AESSO: AVF M5C

EDENIA: ( ) LOCAL OBS

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)**

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUETICO ( ) OBESO  
DENTIÇÃO: ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( *h* ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONIA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE FÍSICA E COLÂNEO=MIDCUSA  
COLONARÇÃO DA REFE: 4.º ANOBRACORADA

BELE: (X) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS:  
 COLORNAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

Local: \_\_\_\_\_

Localização: / /  
Curativo em: / /

**CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO**

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

HIGIENE CORPORAL: ( ☒ ) SATISFATÓRIA ( ☐ ) INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: ( ☐ ) SATISFATÓRIA ( ☐ ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS - SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO (X) INSÔNIA

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

**SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS:** (    ) COOPERATIVO (    ) OUTROS: \_\_\_\_\_

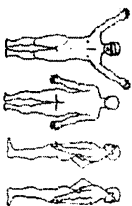
## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

## **7. AVALIAÇÃO GERAL:**

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBIT
------	----	---	------	------	----------	---------	-------

	HORA	PA	T (mmHg)	Fc/P (rev) [bpm]	SPO2 [%]/K (mg/dL)	Glicemia (ml)	DURESE DRENQ(ml)	DEBITO DE DOR (kg)	PESO (kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
16:10	110x60	84	85	20				0			SOG/SNG/SNE	
											SYP	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



Paciente evolui clinicamente estável, sem alterações em tempo e espaço, mantendo-se normotenso, normocárdico, supratônico, O2 ambiente, boa reatidão por V.O. Eliminações APT em NSE. Realizado os cuidados de enfermagem, segue sob os cuidados de equipe.

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDÓRIA
PADRÃO RESPIRATÓRIO	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA
DEFEITO NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INIBITIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPIRNEIA ( ) OUTRO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA	( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
RISCO DE INFECÇÃO	( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) RELATO VERBAL DE DOR
OUTRO	( ) JASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
	( ) DRENOS ( ) OUTROS	( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNEIA
	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	( ) DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO
	( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%	( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR	( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	( ) JAUJÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE	( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORA OU AUSENTE)
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR	( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR	( ) RISCO DE Desequilíbrio diminuído
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO	( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS	( ) AVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	
( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)	( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FISIOLÓGICOS	
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	
( ) OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Enfermeira Tereza S. Alves

Enfermeiro

COREN-PR 458.128

Prof. 182201029

Assinatura e Carimbo



Pet evolui clinicamente estável, consciente e orientado em tempo e espaço, normotensão, normotermia, normal frequência cardíaca, saturação de O2 ambiente 94%, boa acuidade visual, membros superiores e inferiores, comprometidos há 4 semanas. Anotações/intercorrências de enfermagem: dias (sic). Resultado ao leito, AUP MSE nome intervenções. Realizado cuidados de enfermagem, segue sob os cuidados da equipe.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
DIAGNÓSTICO	FATORES RELACIONADOS		
PADRÃO RESPIRATÓRIO	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) JOBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATORIA ( ) DISPNÉIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE MARIZ ( ) ORTOPNÉIA ( ) OUTRO	
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA	
INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE DOR ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE	
RISCO DE INFECÇÃO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS ( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		RESULTADOS ESPERADOS	
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ	
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE	
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORA DA OU AUSENTE)	
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SIC) E LAVAGEM DO CABELO			
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR			
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR			
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS			
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS			
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE ( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LÍMITES FISIOLÓGICOS	
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FISIOLÓGICOS		( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE ( ) RISCO DE Desequilíbrio diminuído	
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO	
( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO: Ac de enfermagem

Michelle Duarte Barbosa

Mat: 3422010032

Emerson Trindade Alves

ENFERMEIRO

CORR: 3422010032



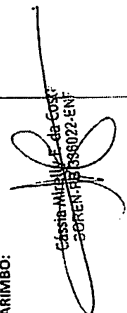




ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS		
Padrão Respiratório	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA		
Deficit no Auto-Cuidado para Banho	( ) JOSEIDADE ( ) OUTRO		
	( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR		
	( ) OUTRO		
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)		
	( ) OUTROS		
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA		
	( ) OUTRO		
MOBILIDADE FÍSICA	( ) ANSIEDADE ( ) DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR		
	( ) PREJUÍZO MUSCULO-ESQUELÉTICO		
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS		
	( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO		
OUTRO		A.V.P.	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANUTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		EN	( ) MANUTER PERFUSSÃO TISSULAR
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		sempre	( ) PADRÃO RESPIRATORIO EFICAZ
( ) ENCAMINHAR AO BARRIO DE CHUVEIRO		EN	( ) AUXILIO DIARIO AS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) 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 VITAIS			
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO			
( ) MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			
( ) JAPÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR 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 SINAIS FISIOLÓGICOS			
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		sempre	( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
OUTRO			( ) IMOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
			( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)	
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO	NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO	ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO	RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO
ASSINATURA E CARIMBO:	

  
 Cassio Henrique de Costa  
 BOREN-1808022-ENF



PACIENTE:	YURI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS
DATA DO EXAME:	08/10/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

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

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

*Observação: Resolvemos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de uma hospitalar buscando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

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

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

Dra Ina Kossatz Amotin  
CRM 4386



C C

C C



<b>GOVERNO DO PARÁ</b> <b>SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b> <b>CAMPINA GRANDE - PARÁ</b>	
<b>PACIENTE:</b>	<b>YURI MATHEUS TARRAQUE DE SOUZA</b>
<b>DATA DO EXAME:</b>	<b>12/10/2019</b>

#### ULTRASSONOGRAFIA DO CONTEÚDO ESCROTAL

##### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

##### ANÁLISE:

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

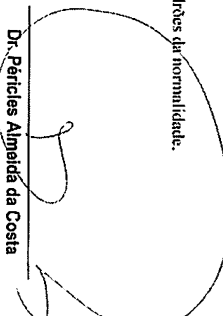
Ausência de coleções líquidas na túnica vaginal bilateralmente.

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

Ausência de sinais de varicoceles ou hidrocele bilateralmente.

##### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Estado ecográfico dentro dos padrões da normalidade.



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









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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Nome: YURI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS  
Data: 09/10/2019 11:19  
Idade: 24 anos  
Paciente: ARIANA MARIA A  
ARTE AMARILHA

HEMOGRAMA  
LOCAL DA COLETA: 09/10/2019 11:17

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.9 milhões/mm <sup>3</sup>	4.2 a 6.0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	12,2 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39,5 %	40,0 a 45,0 %
H.C.M.....	91 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.C.....	31 pg	27,0 a 32,0 pg
H.C.M.C.....	34 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.400 /mm <sup>3</sup>	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	148
Segmentados.....	81,0	5.994
Eosinófilos.....	1,0	74
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	15,0	1.110
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Contagem de Plaquetas.....	154.000 mm <sup>3</sup>	200.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Atividade: SEMPRE COM  
Tudo: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Gerente Rômulo da Fonseca Neto  
Bombrado  
CRM: 5010



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D4F3-4338-PBA5-9C89-EC89-D45A-72A7-5D76

Emissão: 09/10/2019 11:31 - Páginas: 1 de 2

Y

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





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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sigla: VCI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS  
Data: 09-10-2019 11:19  
Data: 09-10-2019 11:19  
Idade: 24 anos  
Origem: ARI S. AMARELA  
Destino: ARI S. AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'40''

TEMPO DA COAGULAÇÃO..... 7'00''

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 7'00''

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 7'00''

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTHROMBINA

TEMPO DE PROTHROMBINA..... 13.9 segundos

ATIVIDADE DE PROTHROMBINA 87.6 %

IVR..... 1.13

TEMPO DE PROTHROMBINA..... 13.9 segundos

ATIVIDADE DE PROTHROMBINA 87.6 %

IVR..... 1.13

Gerado automaticamente por: TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO

BRASILEIRO

CPF: 000.000.000-00

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7601-9316-7238-0A00-A030-9F13-04FA-C65F



1. O presente documento é uma cópia autêntica do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

2. O presente documento é uma cópia autêntica do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

3. O presente documento é uma cópia autêntica do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

4. O presente documento é uma cópia autêntica do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

5. O presente documento é uma cópia autêntica do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

6. O presente documento é uma cópia autêntica do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.

7. O presente documento é uma cópia autêntica do original, assinado eletronicamente por TIAGO GURJAO COUTINHO DE AZEVEDO em 01/09/2020 às 09:59:49.







## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: YURI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS

Data da Internação: 08/10/2019 Data da Alta: 20/10/2019

Registro: 2010720

Tempo de Permanência: -18178

Diagnóstico Inicial: 0408050519

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RAFI Data: 18/10/2019

Equipe:  
Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico/História, Evolução, Terapêutica e Complicações: PACIENTE ADMITIDO DEVIDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR D, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO

Orientações: ORIENTO NAO PISAR

Medicações para Casa: CIPROXOLONA CINO + XARELTO + LOXONIN

Retorno ao Ambulatório de: ORTOPEDIA em : 04/11/2019 para retirada de pontos

Condições de Alta: Melhorado

Data: 20/10/2019

Assinatura/Carimbo  
Julio Cesar Ribeiro De Castro

RESPONSÁVEL: Julio Cesar Ribeiro De Castro







HOSPITAL DE SÃO CARLOS

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720

Paciente: YURI MATHEUS TARRAQUE DE MEDEIROS

Idade: 024

Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRAQUE DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995

Admissão: 08/10/2019 DHI - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2

Enfermaria: 3

Leito: 2

Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 19/10/2019

MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Assinatura
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR AMP 12h/12h OD/ID	
4	Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
5	RETIRAR DRENO DE SUÇÃO A TARDE	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	
8	Reconstituir 2 ML ABD.	
9	HEPARINA SODICA 5000 UI/0,25 ML SUBCUTANEA S.C. 1 AMPOLA 12h/12h	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA FAZER SF	
11	NECESSÁRIO	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	EVOLUÇÃO	

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

1º DPO

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

FO LIMP E SECA

DRENO SUÇÃO OK

CD: VPM

RETIRAR DRENO SUÇÃO

ASSINATURA + CARIMBO  
Julio Cesar Ribeiro De Castro

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 19/10/2019  
Hora: 11:19:52  
Médico (a) Dantão: Julio Cesar Ribeiro De Castro

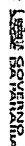
07



Reafirmado em 15/05/2020  
M<sup>re</sup> Celso de Silva

8h  
RA - 100x70  
P - 86  
T - 36.9





CNPJ: 16.848.190/0001-55  
Data: 18/10/2019  
Hora: 15:39:51  
Médico (a) Dentista : Iulier Fabricio Alves Cruz

**DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 2010720	Paciente: YURI MATTHEUS TARRANQUE DE MEDEIROS	Idade: 024	Sexo: M
Nome da Mãe: KELYNA SILVANA TARRANQUE DE SOUZA	Data de Nascimento: 08/05/1995	Admissão: 08/10/2010	DIH - 10
Clinica/ORTOPEDIA 2	Enfermeiro: 3	Leitor: 2	Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

**DATA 18/10/2019**  
**MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz**

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	
2	SOMO FISIOLÓGICO 0,9% 800ML. E.V. FRASCO. 6h/6h	<del>25</del> 30
3	CETIRIAZOLINA, SOMÁTICA E INTRAVENOSO INTRAMUSCULAR E.V. FRASCO AMP. 12h/12h 00/10	<del>25</del> 25
4	Reconstrutor 10 ML. ABD. Diluir em 100 ML. SF	<del>25</del> 05
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML. 2 ML. E.V. 6h/6h	<del>25</del> 20
6	TECNOMICANTO 10 MG SEMI DILUENTE. E.V. FRASCO AMP. 12h/12h	
7	Reconstrutor 2 ML. ABD.	
8	RASTILININA CLORIDRATO 50 MG/ML. 2 ML. E.V. 12h/12h	
9	Diluir em 100 ML. SF	
10	TRIAMTOLOL CLORIDRATO 100 MG/ML. 2 ML. E.V. 12h/12h. FAZER SE NECESSÁRIO	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	5/10

DATA:18/10/2019 HORA:15:39:13

**PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SEM INTERCORRÊNCIAS.**

CONDIÇÃO: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA; SOLICITADO RAIOS X DE CONTROLE.

ASSINATURA + CARIMBO  
Euler Fábriele Alves Cruz

Dr. Euter Fabricio A. Cruz

2012/13 Ogburni

28-2

3 E6, 25, 2nd

2x2-4-2

For 11-22-20

8. 2/2/2021

9





CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 17/10/2019  
Hora: 07:29:17  
Médico (a) : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRAGUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M  
Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRAGUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 9  
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermeira: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

Item	Prescrição	Aproximado
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML E.V. 1 PRASCO, 04/0h	
3	DIPHRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 04/0h	
4	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. I SERINGA. 24h/24h (ADM AS 14h) (Sustentado)	
5	DIAZEPAM 10 MG V.O. 1 COMP 24h/24h (ADM AS 22h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMFOLA FAZER SE NECESSARIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
9	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 17/10/2019 HORA: 07:28:41

9º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. REFERE DOR LOMBAR.

DIURESE + EVACUAÇÕES +

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

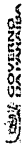
DR. Schubert Costa Rodrigues  
CRM: 157825

15:50h - Cirurgia feita pl 18/10.  
Zero dieta + suspensão de oxalato + dieta normal  
de sangue.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
CRM: 157825







CNPJ: 10.848.190-0001-55  
Data: 16/10/2019  
Horas: 10:30:44  
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº do prontuário: 2010720	Paciente: YURI MATTHEUS TARRARGUE DE MEDEIROS	Idade: 024	Sexo: M
Nome da Mãe: KENYA SILMARA TARRARGUE DE SOUZA	Data de Nascimento: 08/05/1995	Admissão: 08/10/2019 DIII - 8	
Clinica: ORTOPEDIA 2	Leito: 2	Diagnóstico: FX. DE FEMUR D	
	Enfermarias: 3		

DIA 16/10/2019  
MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	12
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	18
4	EXOAPARINA SÓDICA 40 MG/84 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18
5	DIÁZEPAM 10 MG V.O. 1COMP 24h/24h (ADM AS 21h)	12
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	24
7	FISIOTERAPIA MOTORA	05
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	DEBITO MUDANÇA 2h/2h	

EVOLUCIO Plavoxiprom 2mg - 1 cp, 10, a mlt. SUSPENSO 22

## HID-8

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. REFERE DOR LOMBAR.

**DIURESE +  
EVACUAÇÕES -JÁ 5 DIAS  
PACIENTE RECUSOU FLEET.**

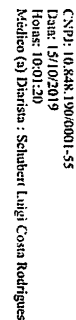
USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

Dr. Schubert Costa  
 MEDICINA E ODONTOLOGIA  
 CIRURGIA DA COLUNA  
 CRM/SP 5523

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - ~~CARIMBO~~  
Schubert Luiz Costa Rodrigues

Canby Oregon  
Sept 17 - 1908  
S 5281  
J. S. Ametzel  
Gumataog



**DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 2010720

**Paciente: YURI MATHEUS TAIRARIGUE DE MEDEIROS**

Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SILMARA TARRARIGUE DE SOUZA

**Data de Nascimento:** 08/05/1999;

Admissão: 08/10/2019 DDI - 7

**Clinica: ORTOPEDIA 2      Enfermarias: 3      Leito: 2      Diagnóstico: FX DE FEMUR D**

DIA 15/10/2019

**MÉDICO(A):** Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO. 06/06	1/3 1/4 2/1 0/6
3	DIPRONA SODICA 500 MG/ML 1 ML E.V. 06/06	1/2 1/3 1/4 2/1
4	EXONAPARINA SODICA 40 MG/4 ML S.C. 1SERINGA. 240/24 (ADM AS 14h)	1/2 1/3 1/4 2/1
5	TIAMINOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 1 ML E.V. 14/06/2022 FAZEE SE	1/2 1/3 1/4 2/1
6	NECESSARIO	
7	DIACEPAN 10 MG V.O. 10COMP. 24h 24h (ADM AS 72h)	1/2 1/3 1/4 2/1
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	DECUBITO MIDAÇA 20/25	

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

## 7° ДИИ

**BEG. ESTÁVEL. SEM INTERCORRÊNCIAS, REFERE DOR LOMBAR**

**DIURESE +**

**PACIENTE RECUSOU FLEET.**

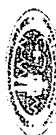
USC DE BOLSA ESCROTA SEM ALTERAÇÕES

CD: VPM + AGGIARDA CIRCUGIA

TERAÇÔES.  
ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues  
DR. Schubert Costa  
OAB/SP 134.800-0/03  
OAB/PR 5.523  
CRM/PB

PA: 110 P. 72 T. 35.4  
15/10  
19/10  
ipfencas





GOVERNO  
PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 14/10/2019  
Hora: 09:07:18  
Médico (a) Danissa : Schubert Luiz Costa Rodrigues

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720

Paciente: YURI MATTHEUS TARRABUGUE DE MEDEIROS

Idade: 024

Sexo: M

Nome da Mãe: KELVIA SII MARY TARRABUGUE DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995

Admissão: 08/10/2019 DHI - 6

Clinica: ORTOPEDIA 2

Enfermidade: 3

Leito: 2

Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

DIA: 14/10/2019

MÉDICO(A): Schubert Luiz Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aptezamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. HEVASC, 06/06	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 06/06	
4	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/24 ML S.C. ISERINCA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLIN, FAZER SE NECESSÁRIO	
6	DIAZEPAM 10 MG V.O. ICONIP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	DECURTO MUDANÇA 3h/24h	

EVOLUÇÃO

DATA: 14/10/2019

HORA: 09:06:57

6º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, REFRE. DOR LOMBAR.

DIURESE +

EVACUAÇÕES: HÁ 5 DIAS

PACIENTE RECUSOU PLEET.

USG DE BOLSA ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luiz Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luiz Costa Rodrigues  
CRM: 5513  
Cirurgião de







CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 13/10/2019  
Hora: 10:34:03  
Médico (a): Yuri de Fátima Camara

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome do Mãe: KELVIA SILMARIA TARRARQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Adminstr: 08/10/2019 DIH - 5

Clinica: ORTOFEDIA 3 Enfermagem: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

DIA 13/10/2019

MÉDICO(A): Yuri de Fátima Camara

Prescrição

Aprovação

1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO 6h6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 VL. E.V. 6h6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h 12h	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML 3.C. 12h 12h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML. E.V. 12h 12h FAZER SE NECESSARIO	
7	DIÁZEPAM 10 MG VO. 12h 12h (ADM AS 12h)	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	DECURITO MEDIANÇA 2x2x	
EVOLUÇÃO		
DATA: 13/10/2019 HORA: 10:32:44		
5º DIH		

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERFERÊNCIAS, REFIRE POR LOMBAR.

DIURSE -  
EVACUAÇÕES: HA 3 DIAS  
PACIENTE RECUSOU FLUET.

USC DE HOLS ESCROTAL SEM ALTERAÇÕES.

CD: VPAL - AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA - CARIMBO  
Yuri de Fátima Camara  
DR. YURI DE FÁTIMA CAMARA  
CRM: 10.848.190/0001-55

Na Diretoria de  
Processos e  
Controle de  
Qualidade

Ass 07:40h  
PA=110X70  
P=95  
T=36.2C





GOVERNO  
PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 12/10/2019  
Hora: 11:37:32  
Médico (a): Edmar Fabrício Alves Cruz

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010730 Paciente: YURI MATEUS TARRARQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M  
Nome da Mãe: KELVIA SILVANA TARRARQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 4  
Clínica/Oftalmologia: 2 Enfermeira: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE PÊLAVIR D

DIA 12/10/2019

MÉDICO(A): Edmar Fabrício Alves Cruz

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	12/10/2019 08
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	12/10/2019 08
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	12/10/2019 08
5	MONOHASICO SÓDIO FOSFATO MONOHIDRATADO 160 MG/ML - DIHASICO SÓDIO FOSFATO HEPTAHIDRATADO 60 MG/ML 130 ML RETAL. IFRASCO.	5 USR 0750
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML S.C. ISEBINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. IANPOLA, FAZER SE	
8	NITROSSARIO	
9	DIAZEPAM 10 MG V.O. IFRASCO, 24h/24h (ADM AS 22h)	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CLUBADOS CERAIS + SINAIS VITAIS	
12	DECUBITO MUDANÇA 2h/2h	
13	EVOLUÇÃO 12/10/2019 NO 8:00 20-14 24 06	

DATA: 12/10/2019 HORA: 11:06:51

4º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE + EVACUAÇÕES.

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

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA: CARIMBO  
Edmar Fabrício Alves Cruz

Dr. Edmar Fabrício Alves Cruz  
MÉDICO

Relato da 2ª Sola normal a carne descongelada.  
Soluções úse da Sola normal a ve de carne  
gelada.

Dr. Edmar Fabrício Alves Cruz  
MÉDICO  
11-3381-9867

12/10/19 - PA: 109/73 - FC: 75 - T 3 b.1 Adm. 520125





GOVERNO  
PERNAMBUCO

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

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRARQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome do Mãe: KENYA SILMARA TARRARQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/03/1995 Admissão: 08/10/2019 DIH - 3

Clínica: ORTODONTIA 2 Enfermagem: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 11/10/2019

MÉDICO(a): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IPRASCO. 6h/6h	18/29/25
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	18/29/25
4	ITENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h	18/29/25
5	Reconstruir 2ML ABD.	18/29/25
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C. 12h/12h (ADM AS 14h)	18/29/25
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 12h/12h FAZER SE NECESSÁRIO	18/29/25
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	DECBITO MEDIANCA 2h/2h	
EVOLUÇÃO		
DATA: 11/10/2019 HORA: 10:16:12		
3º DIH		

3º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURSE +  
EVACUAÇÕES -

CD: VPM - AGLARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa  
Médico(a) da Unidade  
CRM/PB 5523







GOV. DE PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 11/10/2019  
Fone: 1104-528  
Médico (a) Diretor(a): Schibert Luiz Costa Rodrigues

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATHEUS TARRAQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M  
Nome do Mãe: KELVIA SILMARA TARRAQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/03/1995 Admissão: 08/10/2019 DHI: - 3  
Clínica: ORTOPEDIA 2 Endemista: 3 Leito: 2 Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

DATA: 11/10/2019

MÉDICO(A): Schibert Luiz Costa Rodrigues /

Item Prescrição

1 MONOBÁSICO SÓDIO FOSFATO MONOHIDRATADO 160 MG/ML + DIÁSICO  
2 SÓDIO FOSFATO HEPTAHIDRATADO 60 MG/ML 120 ML RETAL. IFRASCO.  
3 DIAZEPAM 10 MG V.O. ICONF. 30x24h (ADM. AS 22h)

EVOLUÇÃO

DATA: 11/10/2019 HORA: 10:16:12

3º DIH

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE +  
EVACUAÇÕES -

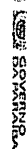
CD: VPM - AGUARDA CIRECJA

ASSINATURA: CARIMBO  
Schibert Luiz Costa Rodrigues

Dr. Schibert Costa  
CNPJ: 10.848.190/0001-55  
CPF: 012.118.5522



10.1.1.148/projects/impipvc.php?datasai=2019-10-10&contar=2010720&IDC=53253



CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 10/10/2019  
Hora: 09:28:49  
Médico (a): Schubert Luigi Costa Rodrigues

# PREScrição Médica

YURI MATHEUS TARRARIGUE DE MEDEIROS

**DATA RIGUE; DE SOUZA**      **Data de Nascimento:** 08/05

## Letto: 2

## Diagnostico: FX DE PLEUM D

**Performance /**

**Prescrição**

Item	Prescrição	Apreciação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V./PRASCO, 60/60	12/18/2016
3	DIPYRONAL SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 06/06	12/18/2016
4	DIPOXICAN 20 MG SEM DILUENTE E.V./FRA AMR 120/12h Reconstituir 2ML/28B	12/18/2016
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML S.C. /SERINGA, 25h/24h (ADM AS 14h)	12/18/2016
6	TIAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V./AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	12/18/2016
7	FISIOTERAPIA MOTORA	12/18/2016
8	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	12/18/2016
9	DECURTICO NIDAYCA 2h/2h	12/18/2016
10	VOCLICAO	12/18/2016

XCJAS, 49

Robert C. ...  
... 01/05/...

ORT/Sec  
C/RURGIA  
20/08/98

**Dr. Schubert Costa**  
Osteopata e Fisioterapeuta  
CRMG 5523  
Clínica da Coluna



10 PA 110 P. 71 T. 36,8  
10 70  
10  
uphanea

---



08/12/2019

10.1.1.148/pjelethg/imp/pevo.php?data=2019-10-08&amp;conta=20107208IDC=53682

GOVERNO  
PERNAMBUCO
 CNPJ: 10.848.190/0001-55  
 Data: 09/10/2019  
 Hora: 13:21:03  
 Médico (a) Diarista: Yuri de Paiva Camara

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

3 - 2

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720 Paciente: YURI MATEUS TARRABIQUE DE MEDEIROS Idade: 024 Sexo: M

Nome da Mãe: KELYA SILMARA TARRABIQUE DE SOUZA Data de Nascimento: 08/05/1995 Admissão: 08/10/2019 DHU - 1

Clínica: AMARELA Enfermagem: 5 Leitor: 2 Diagnóstico: FX DE FEMUR D

DIA 09/10/2019

MÉDICO: Yuri de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Apropramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IPRASCO, 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TECNOCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. TIRA ANR, 12h/12h	
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINCA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/20ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	DECURITO MUDANÇA 2h/2h	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 09/10/2019 HORA: 13:19:21

1º DHU

BEG. ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURÉTICO +  
EXATIDÃO S-

CP: VPM + AGUARDA CIRURGIA

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Yuri de Paiva Camara  
 De Yuri de Paiva Camara  
 08/10/2019 13:21:03




08/10/2019

HTCC-Planal Administrativo

Data: 08/10/2019  
 Hora: 18:52:24  
 Médico (a) Diarista: João Paulo Oliveira Nunes



GOVERNO  
DA PARAIBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2010720

Paciente: YURI MATHEUS TARRABIGUE DE MEDEIROS

Idade: 024

Nome da Mãe: KEYVIA SILMARA TARRABIGUE DE SOUZA

Data de Nascimento: 08/05/1995

Sexo: M

Cidade: MARIELA

Enfermeira: 5

Lettor: 2

Diagnóstico: FX DE FÊMUR D

DIA 08/10/2019

MÉDICO(A): João Paulo Oliveira Nunes /

Item	Prescrição	Aprimoramento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO 6h/6h	
3	DIPIRONA SOBICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	OMEPRAZOL 150 MG - IFRASCO 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA 24h/24h (ADM AS 14h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 12h/12h FAZER SE NECESSÁRIO	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	







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

Processo nº 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;
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 nº 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 nº 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;



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 NUPREMEC, 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]

.....





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 Nº 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





FONE: (083) 3310-2437

---





**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

Documentos associados ao processo

<b>Título</b>	<b>Tipo</b>	<b>Chave de acesso**</b>
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



Ciente

