



Número: **0822014-21.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **21/12/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROGERIO LOPES DA SILVA (AUTOR)	EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36278 885	05/11/2020 10:23	<u>2762692_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROGERIO LOPES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180056999
Vitima: ROGERIO LOPES DA SILVA
Data do Acidente: 12/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180056999**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12332879



Pag. 01365/01366 - carta_01 - INVALIDEZ





Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROGERIO LOPES DA SILVA

Sinistro: 3180056999
Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA
Data do Acidente: 12/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180056999 foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00455/00456 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12388059



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399>
Número do documento: 20110510231757700000034638399

Num. 36278885 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROGERIO LOPES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180056999
Vitima: ROGERIO LOPES DA SILVA
Data do Acidente: 12/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180056999**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00959/00960 - carta_04 - INVALIDEZ



0060480

Carta nº 12421782



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399>
Número do documento: 20110510231757700000034638399

Num. 36278885 - Pág. 3



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

054.240.594-65

Nome completo da vítima

Rogério Lopes da SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROGERIO LOPES DA SILVA	CPF titular da conta 054.240.594-65	Profissão RECU SOU
Endereço RUA ALMIRANTE BARROSO	Número 289	Complemento BL LAD 410
Bairro LIBERDADE	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PARANÁ
Email igo_oliveira@hotmail.com	CEP 58100-000	Telefone (DDD) 032) 99980-7367

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, que a documentação acima, segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)							
BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)							
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V	AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
2221		36579	2				
(Informar dígito se existir)							

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CAMPINA GRANDE/PB 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Rogério Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAHPE.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO
26/12/2017 HORA: 11:50:01
CAIXA E. LIVACAO 26/12
TIT. NOME 000656496
VALOR Andre
AGENCIA 2221
C/NTA 013 00036579-2
BANCO ROGERIO LOPES DA SILVA
VALOR 
COD OPERACAO 101609705

2017-12-26 11:50:01.7530
161500 CAIXA 0800 72
6 0101 OUVI

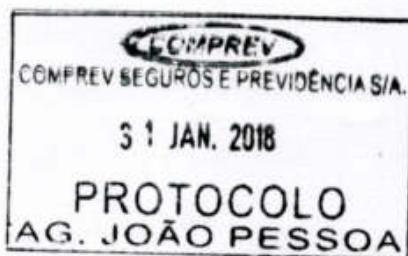
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
ACAO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 DIAS
OSCOU A MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITIO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG
S

SAC CADASTRO 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 725 7474

caixa.gov.br



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00425.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 12/11/2017

Hora: 18:16:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Avenida Assis Chateaubriand, Liberdade, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Rogério Lopes da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Mari Rosalia Lopes da Silva e Esmervaldo Mateus da Silva
Idade: 54 Data de Nascimento: 02/05/1963 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Tosador
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 054.240.594-65
Endereço: Rua Almirante Barroso, 284, Quarenta, Campina Grande, PB
Complemento: Bloco, L, APTº 410
Telefone: (83) 98888-9069

TESTEMUNHA

Nome: Paulo Monteiro
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Alves de Araújo e Antonio Monteiro
Idade: 55 Data de Nascimento: 26/11/1962 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Lagoa Seca
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedor Ambulante
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3301748 SSP/PB
Endereço: Rua Travessa Tito Sodré, José Pinheiro, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98725-8891



Procedimento Policial: 00425.01.2017.2.00.420

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399>
Número do documento: 20110510231757700000034638399

Num. 36278885 - Pág. 6



TESTEMUNHA

Nome: José Igo Oliveira de Almeida
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Genilda Oliveira de Almeida e Egidio Ferreira de Almeida
Idade: 31 **Data de Nascimento:** 10/02/1986 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Consultor
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 064.483.534-61
Endereço: Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 99980-7367

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo BIZ 125 KS, tipo de veículo Motoneta, cor Preta, ano 2010, placa NQB-7290, chassi 9C2JC4210AR105545, renavam 0018199908-0

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 KS, Ano/Modelo 2009/2010, cor preta, Placa NQB7290-PB, Chassi de Nº 9C2JC4210AR105545, licenciada em nome de Valdir Pereira, quando trafegava na rua Avenida Assis Chateaubriand, bairro da Liberdade, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado, que vinha em sentido contrário, fez uma entrada proibida a esquerda, interceptando o curso do moto em que o comunicante seguia, tendo a vítima colidido no citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrido fratura de tornozelo do pé esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 22 de dezembro de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

ROGERIO LOPES DA SILVA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00425.01.2017.2.00.420

2/2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Rogério Lopes da Silva	054.290.594-65	12/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

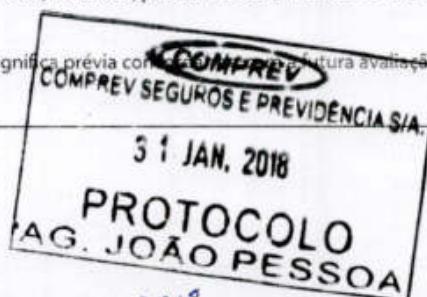
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



CAMPINA GRANDE, fl. 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Rogério Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DA-1001-V001/2017



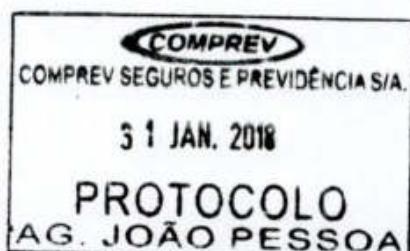


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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: 12/11/2017	HORA: 18:16 HS	ID Nº: 1652054
NOME: ROGERIO LOPES DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV. ASSIS CHATEAUBRIAND		
COMPLEMENTO: LIBERDADE		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 18 de dezembro de 2017.




Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rogerio Lopes da Silva

RG nº 3044180, data de expedição / / , Órgão SSP-PB

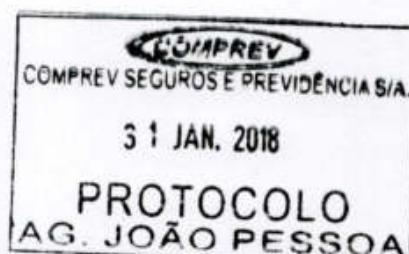
CPF nº 054.240.594-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ALMIRANTE BARROSO</u>
Número	<u>284</u>
Apto / Complemento	<u>BL LAP 410</u>
Bairro	<u>LIBERDADE</u>
Cidade	<u>CAMPINA GRANDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58100 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99980-7367</u>
E-mail	<u>igo.oliveira_6@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPINA GRANDE, PB, 29-01-18

Assinatura do Declarante: Rogerio Lopes da Silva



ROGERIO LOPES DA SILVA
RUA ALMIRANTE BARROSOSO, 294 / BILAP 410 - LIBERDADE
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AG: 401)

Emissao: 29/11/2017 Referencia: Nov / 2017

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 05600-00000401 Subclasse: Tributaria - Campina Grande / PB - COD: 59423-700
Rotero: 17-401-1-5220 N° medidor: 02200020245 1



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - Campina Grande / PB - COD: 59423-700
CNPJ/01 1201 596/0001-95 - Inscrição Estadual: 16.000.939-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000 206.950
Cód para Deb. Automático: 00002646164

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	29/11/2017	28/12/2017	5424059465

UC (Unidade Consumidora):

4/264616-4

Canal de contato

-CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL.
CADASTRO BIOMÉTRICO.
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRO FRAZENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL DO PONTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA ATÉ 30/11/2017, PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO (COMPROVAÇÃO DE RESÍDIO DOS ÚLTIMOS 3 MESES) E TÍTULO ELEITORAL. SE HOUVER, EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE: WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 2512-1281.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 30/10/17 Leitura 1544	Data 29/11/17 Leitura 1245	1	101	30

Demonstrativo

CCI Descrifo	Quantida	Tarifa/c	Valor Base/Calc	Aloq. Isenatid	Base Calc	Por(R\$)	Cofre(R\$)
0001 Consumo em kWh	101.000	0,42000	63,02	63,02	17,61	63,02	0,51
0001 Adm. B. Vermelha			7,30	7,30	22	1,67	7,30

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	8,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0007 CONTRIBUÍLUM PÚBLICA						

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 78,99 70,32 18,98 70,32 0,57 2,83

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 06/12/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 78,99

Histórico de Consumo (kWh)

88 85 70 72 78 75 92 22 74 85 75 78
Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

RESERVADO AO FISCO

1d43.c633.e74e.00f9.d812.253e.e97d.d76c.

Indicadores de Qualidade 9/2017 - Campina Grande I

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5,31	0,00
DIG TRIMESTRAL	10,87	NOMINAL
DICANUAL	21,25	220
FIC MENSAL	2,35	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,60	CONTRATADA
FICANUAL	13,20	LIMITE INFERIOR
DMC	0,00	LIMITE SUPERIOR
DICI	12,22	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/00	15,37	19,45
Compra de Energia	25,74	32,59
Serviço de Transmissão	0,85	1,06
Impostos e Variações	8,18	7,03
Impostos Diretos e Encargos	30,85	39,36
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	78,99	100,00

Valor do EUR/USD (Ref 9/2017) R\$ 13,87

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.

31 JAN. 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Pereira,
RG nº 742 692, data de expedição / /, Órgão
portador do CPF nº 274.854.114.91, com domicílio na
cidade de C. Grande, no Estado de PARAÍBA, onde
resido Prégoito de na corunho (Rua/Avenida/Estrada)
232 - Centro, nº 232,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rogério Lopes da Silva, cujo o condutor era
Rogério Lopes da Silva.

Veículo: Moto
Modelo: honda biz 125
Ano: 2009 / 2010
Placa: NQB 7290
Chassi: 9E2JE4210AR105545
Data do Acidente: 12/11/2017
Local e Data: AV assis Chateaubriand

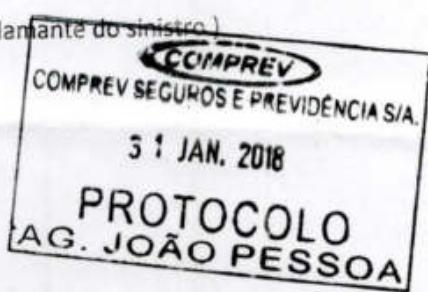
5º Ofício

Valdir Pereira

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por ALITÉTICIDADE)



DANIELA DE ALMEIDA
Escrevente Autorizada



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Pereira,
RG nº 742 692, data de expedição / /, Órgão
portador do CPF nº 274.854.114.91, com domicílio na
cidade de C. Grande, no Estado de PARAÍBA, onde
resido Prégoito de na corunho (Rua/Avenida/Estrada)
232 - Centro, nº 232,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rogério Lopes da Silva, cujo o condutor era
Rogério Lopes da Silva.

Veículo: Moto
Modelo: honda biz 125
Ano: 2009 / 2010
Placa: NQB 7290
Chassi: 9E2JE4210AR105545
Data do Acidente: 12/11/2017
Local e Data: AV assis Chateaubriand

5º Ofício

Valdir Pereira

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por ALITÉTICIDADE)



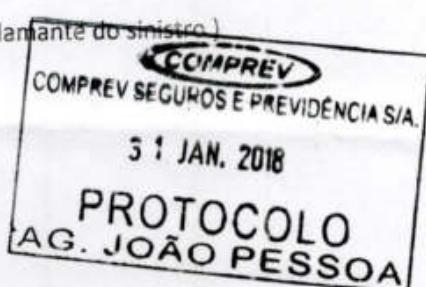
Rogério Lopes da Silva

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



DANIELA DE ALMEIDA

Escrevente Autorizada



PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399>

Número do documento: 20110510231757700000034638399

Num. 36278885 - Pág. 13



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

(Ano)

Ficha de Acolhimento

Name:	Rosério Lopes da Silveira	Bairro:	Liberdade
End:	R. Residencial Núcleo 14 Anfiteatro	Documentos de identificação:	C. Gacône P. 2
Data de Nascimento:	02-05-83	Data do Atend.:	12/11/17
Queixas:	Acidente de trabalho?	Hora:	18:54
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	20						
Pressão arterial:	120/80 mmHg						
Dosagem de HGT:	100 mg						
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Estratificação:	Assinatura		
MOD. 110							
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 31 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA							

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



2017-11-12

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 12/11/2017 Hora: 19:54:19



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ROGERIO LOPES DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1541734

7 - CARTÃO DO SUS
702901562289872

8 - DATA DE NASCIMENTO
02/05/1983

9 - SEXO
Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA ROSARIA LOPES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)
RESIDENCIAL DALAS ALMIRANTE BA , 284 , LIBERDADE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓD. INSC. MUNICÍPIO
250400 15 - UF
PB 16 - CEP
58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*DIUCITIS ANEMIAS ATROFICAS
DOZ 0 C.O.M. 7-2017-2018 C2/C3*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PS 10mo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

ANAMISES + CERVIC ESG/6 + 2017-2018

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL EMT. MAIGRA UZU 9-2017-2018	21 - CID 10 PRINCIPAL B10/62	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--	------------------------	-------------------------------

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO OLC 2017-2018	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 000-0000000000000000
---	--

26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO (X) CNS () CPF	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002656095
---------------------------	--	--	---

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO DE MOURA SPA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/11/2017	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>[Signature]</i>
---	---	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
-------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------	--------------------	------------

39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
-------------------	----------------------	-----------

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO
--	--------------	------------------	----------------	------------------

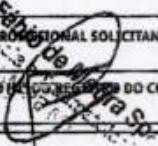
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	COMPREV COMITÊ AUTORIZADOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---------------------------------------	-------------------------	---

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COMPREV COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
-----------------------------------	--	--

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/11/2017	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	31 JAN. 2018
---	--	---------------------

**PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA**

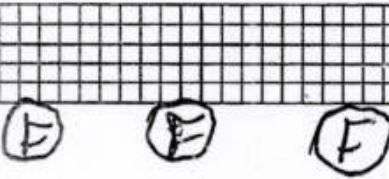
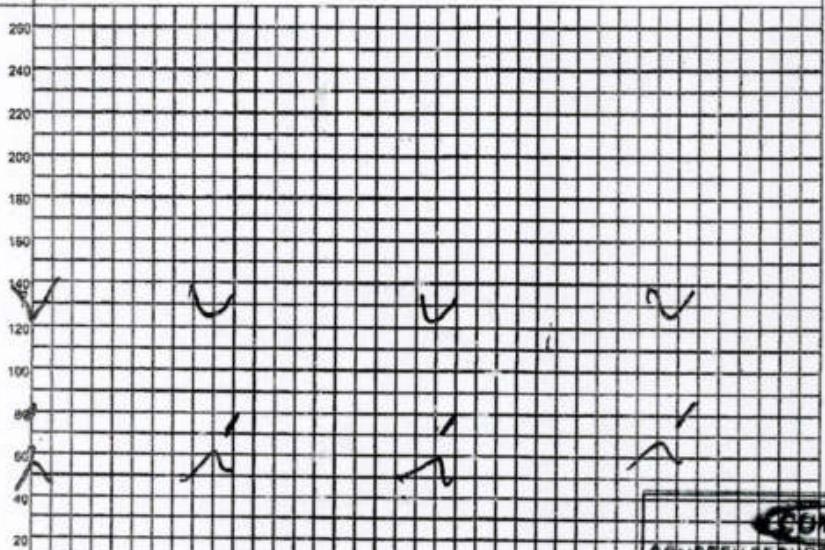
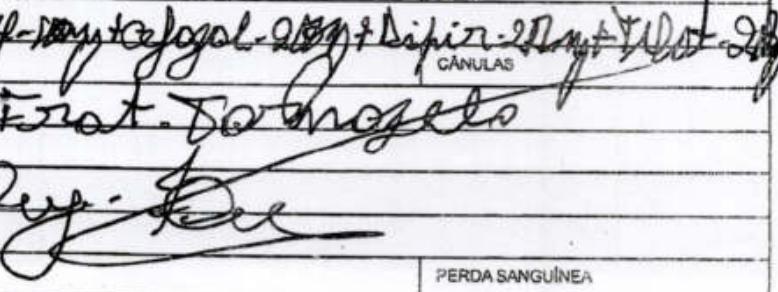
Data da internação: 12/11/2017 Hora: 19:54:19

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE ROGERIO LOPES DA SILVA			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1541734		
7 - CARTÃO DO SUS 702901562289872		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/05/1983		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA ROSARIA LOPES DA SILVA			11 - TELEFONE DE CONTATO 83		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) RESIDENCIAL DALAS ALMIRANTE BA , 284 , LIBERDADE			13 - CÓDIGO MUNICÍPIO 14 - UP 250400 PB 58400002		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>DIURINIA, NEMURAS, AFTOS, DOR DE CABEÇA</i> <i>DOZ, O, C.D. N.R. 9-200-2-60, C27/C28</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>A.S 10 MA</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOLÓGICO</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FMI. MELHOR UZU 7-7-7814		21 - CID 10 PRINCIPAL B10/602		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO CUTANEOUS			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 000-0000000000000000		
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	
29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002656095					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO DE MOURA SPA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/11/2017		32 - ASSINATURA E CARAMBOL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBQR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR		43 - AUTÔNOMO		44 - DESEMPREGADO	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR		46 - APOSENTADO		47 - NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO					
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - COD. ORGÃO EMISSOR		50 - N° DA MATRIZ DO PROFISSIONAL HOSPITALAR	
51 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF		52 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		53 - COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		55 - ASSINATURA E CARAMBOL (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		56 - PROTOCOLO 31 JAN. 2018 AG. JOÃO PESSOA	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Rogério Lopes Salles</i>			IDADE	SEXO	COR		
F-11-17		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS		HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO			

AGENTES ANESTÉSICOS	O ²						INDUÇÃO
	LÍQUIDOS						Satisf.: _____
TIGOS	VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSICO - O - OPERAÇÃO						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
							Náuseas: _____
						MANUTENÇÃO	
						ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____	
						Não, por quê? _____	
						DESPERTAR	
						Reflexos na SO: _____	
						Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____	
							
						COMPREF SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A	
						31 JAN 2018	
						Paro o Leito Sim _____ Não _____	
						CONDIÇÕES:	
						PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
AGENTES						<i>Nembutal + Dimetomidina + Fentanyl + Dipiridamol + Iodo</i>	
TÉCNICA						<i>Ranque</i>	
OPERAÇÃO						<i>Trat. Cur. Fract. do孟ozeto</i>	
CIRURGIOS						<i>Ricardo</i>	
ANESTESISTAS						<i>Wanderley - Dr</i>	
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA	



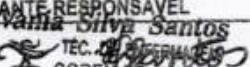
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Rogério Soares da Silva SN - 02/05/1983					 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
Qd.	LÉITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO			
	Sonda - 04	2x5	34 - anos	1541692			
CIRURGIA TPO. Cirúrgico fratura de tornozelo esquerdo			CIRURGIÃO Dr. Julio				
ANESTESIA Raque			ANESTESIA Dr. Wanderley				
INSTRUMENTADORA Andre	DATA 17/11/17		INÍCIO 09:50	FIM 10:40			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Óxg.		Calgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. Da Urinar Sist. rech.		Calgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	05	Compressa Grande ****		Calgut cromado Sertix		
01	Dimpire amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Calgut Simples Sertix		
01	Eidodrin		Dreno		Calgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Cera p/ osso		
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Ethibond		
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond		
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogomas		Ethibond		
	Mecodanina Pesada		Equipo de Macrogomas		Fio de Algodão Sertix		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutupak		
	Protigmine amp.	0.5	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fila cardíaca		
	Quelicin ml	0.3	Gase Pacote c/ 10 unidades		Mononylon		
	Rapifen amp.		H ₂ O ml		Mononylon		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon 2-0 - -		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 11	Qty.	SOROS		
02	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flebocortid amp.	03	Luvas 8.0 ***		Vicryl Sertix		
	Géramicina amp.	02	Luvas 8.5 **				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix				
	Haemacel ml.	0.5	PVPI Degemente ml				
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qty.	ORTSESE E PRÓTESE		
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.	05	Saco coletor 11 exo		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml ..		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml ..		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml ..	01	SG fr 500 ml *		
	Revilan amp.		Sonda	02	SP PI mesa ..		
	Stuplanon amp.		Sonda foley	Qty.	COMPREV		
02	Cefalosporina		Sonda Nasogástrica		material usado da TH		
02	Tegaxican		Sonda Uretral nº		material usado da TH		
01	nausedron		Sterydrem ml		COMPREV		
			Torneirinha		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml				
	Aguilha desc. 28 x 40 x 12		Gelcon 18				
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese				
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	eletrôdes				
01	Aguilha p/ raque nº 25	02	algodão ortopédico ..				
0.5	Alcool de Enfermagem	701.					
	Alcool Iodado ml						
0.5	Aladuras de Crepon 20 cm ...						
	Aladuras de Gessada						
	Azul metílico amp.						
	Benzina ml						

31 JAN 2018
EQUIPAMENTOS
PROTÓCOLO
SG JOÃO PESSOA

(X) Oxímetro de Pulso () Foco Auditivo
 () Sonda Nasal () Elétricoterapia
 () Desfibrilador () Cricotraqueotomia
 (X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor
 () Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

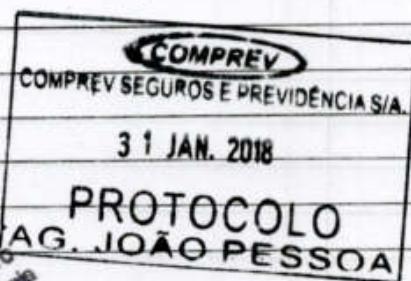

Vanilia Silveira Santos
TEC. DE ENFERMAGEM
COREMEPB 1511269

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
<i>Roxana Lpus da Silva</i>		
Data da Operação	Enf.	Leito
<i>17/11/17</i>	<i>03682</i>	<i>Extr. 1</i>
Operador	1º Auxiliar	2º Auxiliar
<i>Dr. Ricardo Aranha</i>	<i>D. Júnior (M&P)</i>	<i>André</i>
Anestesia	Tipo de Anestesia	
<i>Fx TN2 E</i>		
Tipo de Operação	<i>Osteosynthes</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>A mesma</i>	
Relatório Imediato da Patologia	<i>d</i>	
Exame Radiológico no Ato	<i>N.S.</i>	
Acidente Durante a Operação	<i>N.S.</i>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em ODL sob anestesia
- 2) Aspirar + Antissepsia + campo estéril
- 3) Incisão lateral TN2 e los planos + hemostasia
- 4) Redução cruenta de fxs de fratura + fixação com placa tensor tubular. → Fx's posterior + 3 parafuso's
- 5) Cerramento conjuntiva.
- 6) Sutura dos planos
- 7) Curativos



Dr. Julio Cesar Castro
Intepeia e Traumatologo
OPM/PB-9966

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



GOVERNO
DA PARAIBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sra.: ROGERIO LOPES SILVA Protocolo: 0000369052 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): FABIO DE MOURA SPA Data: 13-11-2017 10:52 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: Leito - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23]

Valores de Referência:

Material: Sangue

De 1 a 3 minutos

Método: Duke

TEMPO DE COAGULAÇÃO 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:23]

Valores de Referência:

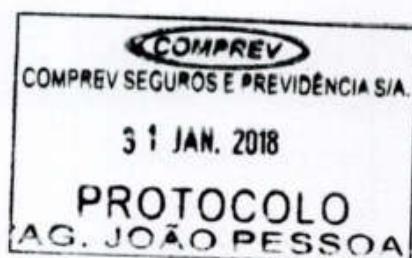
Material: Sangue

De 5 a 11 minutos

Método: Lee-Wilte

Carlos Felipe Souza de Miranda Soárez
Biomédico
CRM 6409

Processo: 13/11/2017 12:25 - Página 3 de 3



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399>
Número do documento: 20110510231757700000034638399

Num. 3627885 - Pág. 23

GOVERNO
DA PARAIBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA Protocolo: 0000369052 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): FABIO DE MOURA SPA Data: 13-11-2017 10:52 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: Leito - 08

GLICOSE (JEJUM)..... 82 mg/dl

DATOS DA COLETA: 13/11/2017 11:23 : I

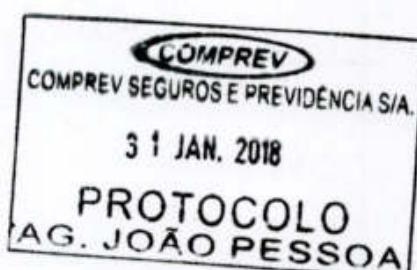
Materias: Glúcose

Metodo: Automatizado CM 200 WIESER

Valores de Referência:
Pré-termo...: 20 a 60 mg/dL - Crianças.....: 60 a 100 mg/dL
Termo.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 109 mg/dL
1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum.....: 110 a 125 mg/dL
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.
NOTA: Estes critérios seguem a nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

CFB/Balb
Carlos Felipe Souza de Miranda Balbino
Biomédico
CREM 5405

Entrada: 13/11/2017 12:23 - Página 1 de 1



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399>
Número do documento: 20110510231757700000034638399

Num. 3627885 - Pág. 24



Sr(a): ROGERIO LOPES SILVA	Protocolo: 0000369052	RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): FABIO DE MOURA SPA	Data: 13-11-2017 10:52	Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 34 anos	Destino: Leito - 08

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 13/11/2017 11:19)

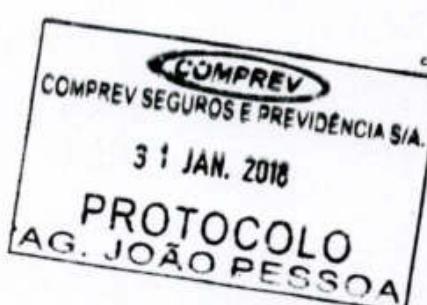
Resultados**Valores de Referências****SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.69 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.700 /mm ³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	261
Segmentados.....	74,0	6.438 40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	2,0	174 0,5 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Bacófilos.....	0	0 0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos		
Tipicos.....	18,0	1.566 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	261 2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	180.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Rosilene de Souza Sampaio* | Registro: | Leito: *Ex. 3* | Setor Atual: *OUT. II*

2 AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *36,5°C*; P: *72 bpm*; FR: *130 irpm*; PA: *130/80 mmHg*; FC: *78 bpm*; SPO2: *98%*

HGT: *mg/dl*; Peso: *Kg*; Altura: *cm* | Dor: () Local: | Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2018

OXIGENAÇÃO

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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () Exagerados () Auscultar Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rogerio Leopoldo da Silva | Registro: E714 | Leito: 3 | Setor Atual: ORT II

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (Isocônicas (Anisocônicas (D>E (E>D (Fotoreagentes (Mióticas (Midriáticas

Abilidade Física: (Preservada (Paresia (Plegia (Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

(Eupnêia: (Taquipnêia (Bradipnêia (Dispnéia (Outros:

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

| Dreno de tórax: (D (E (Selo d'água.

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

COMPREV
COMPREV - SEGURO DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Rogerio Soares* Registro: *Ex-1* Leito: *OT-1* Setor Atual: *OT-1*

EVALUAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

EVALUAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Endotracheal/Tubo I
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP COMPARE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Eupnêia: () Taquipnêia Bradipnêia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E 31 JAN. 2018

Ruidos adventícios: () Roncos Sibilos Estridor Ouiros:

Tosse: () Improdutiva Produtivâ Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax - **JOÃO PESSOA**

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(a)

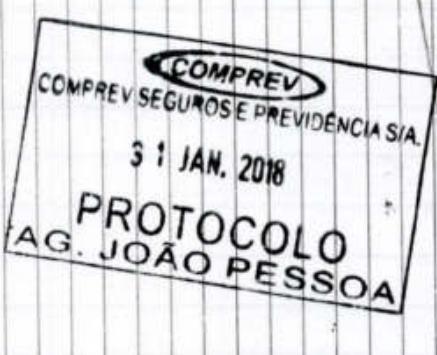
8

6 + T. U.P

Paciente	Luzônio de Souza Filho	Alojamento	3	Leito		Convênio	
----------	------------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	S.N.O	Horário	Evolução Médica
11/01/2018	Reabilitação	CT		
12/01/2018	Reabilitação	1280006		
13/01/2018	Reabilitação	CT		

14/01/2018	Reabilitação	CT		
15/01/2018	Reabilitação	CT		
16/01/2018	Reabilitação	CT		





(8)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NAME	Rebeca Lopes do Nascimento				
IDADE	34	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
			DATA DE NASCIMENTO: / /		
SETOR	Amarelo				
LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Tx de TNZ				
ALÉRGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTINUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESença DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
FRESSAO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSURIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>		
	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RÔNTGENAL (DETAL)	Voz <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

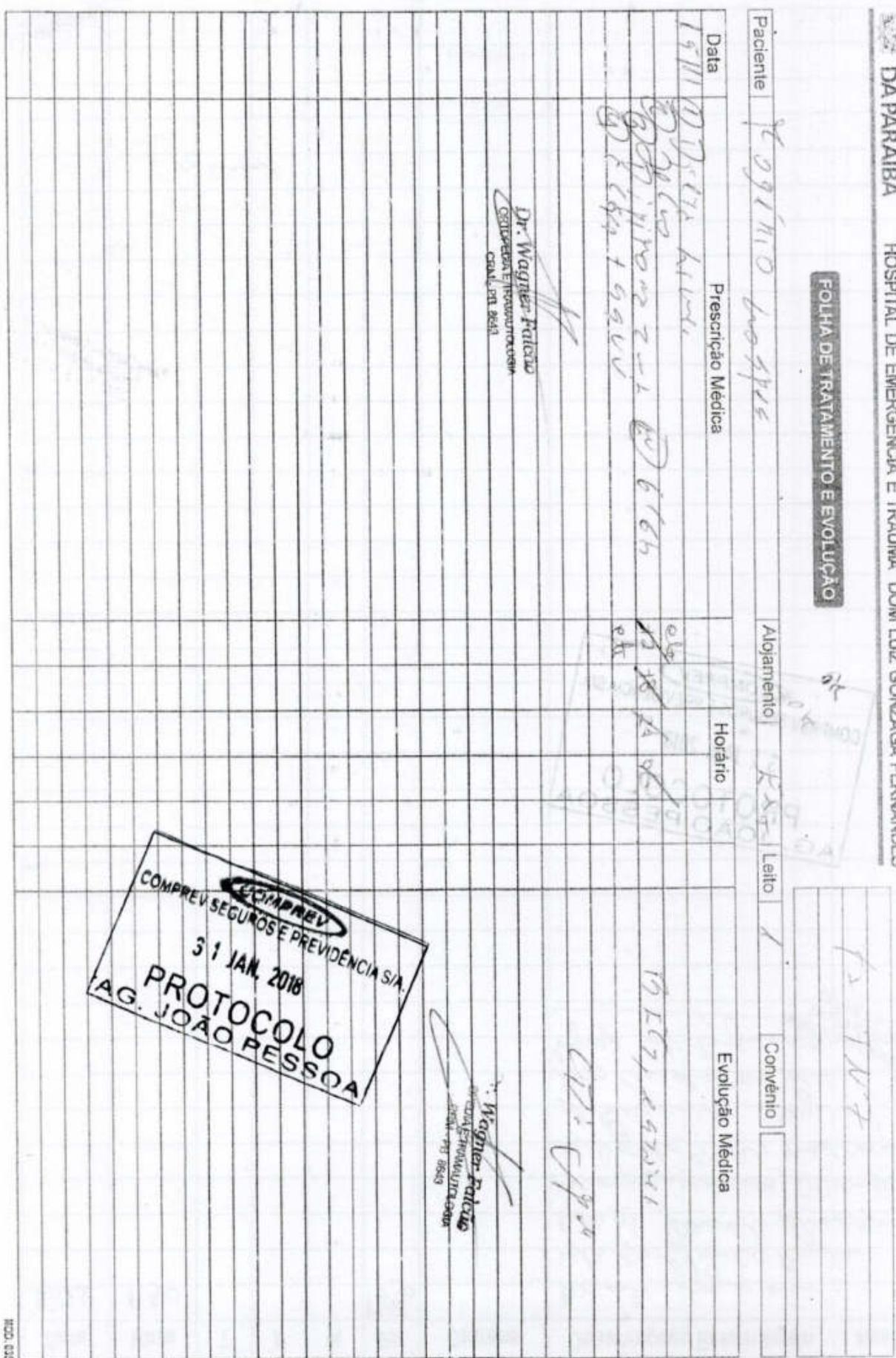
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

RISCO DE QUEDA	CD/FR:
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>pro. mamas</i>
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL	CD/FR:
RISCO DE RETENÇÃO URINARIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINARIA
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
NAUSEA	CD/FR:
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
DEF. CT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
RISCO DE SINDROME DO DESUSO	CD/FR:
	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
	FR: FATOR RELACIONADO

COMPREVSEGURÓS E PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2018
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	08/18	<i>BR</i>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input checked="" type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
<input checked="" type="checkbox"/> AVAJOAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
<input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
<input checked="" type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°		
<input checked="" type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<i>Sempre</i>	<i>BR</i>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<i>contínuo</i>	<i>BR</i>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	<i>sempre</i>	<i>BR</i>
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA UPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		





Diagnóstico

CONTENUTO
CENTRALE

Wagner. Fächer

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SUCESSOR
INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIMENTOS

COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A.

31 JAN. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051023175770000034638399>
Número do documento: 2011051023175770000034638399

Num. 36278885 - Pág. 32

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Fx. 5102.

Paciente	Prescrição Médica	Horário	Enfermaria	Leito	Evolução Médica
	Dietas livres	16:00			
10	800ml + 1500ml EV em 24hs	16:00			
	Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs	16:00			
	Omeprazol 40 mg EV / dia	16:00			
	Tilatil 20mg EV 12/12hs	16:00			
	Tamadol 100mg EV 8/8hs SN	16:00			
	Plastil 2ml + AD EV 8/8hs SN	16:00			
	Atroposol 10ml + AD EV	16:00			
	SSVV + CCCGG	16:00			

Aspiranda fuso univentral

Ufma

Dr. Dr.
Dr. Dr.
Dr. Dr.
Dr. Dr.
Dr. Dr.
Dr. Dr.
Dr. Dr.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM JUIZ GONZAGA FERNANDEZ

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente José Luís Abajamento Extrato Leito T Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
		"OH"	#ORTOPÉDICA
17/01	1. DIETA LIVRE APÓS RPA 2. SF 0,25% 1500ML EV/P/24H 3. OXACILINA 2G + 100ML SE EV 5/6H 4. GENALAMICINA 240MG + 100ML SG 5% EV/X DIA 5. DIPRIVOMA 1g+ABD EV 6/6H 6. TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H 7. MAIUSEDRCIN 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8hs SF 8. TILATIL 20MG + ABD EV 8/8H 9. OMNEPHAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM X CLEXANE 40MG SC 2X DIA <i>ZUZPeng</i> 10. MUDANÇA DE DECIBITTO 2/2H 11. CURATIVO 1X DIA 12. RADIOGRAFIA DE CONTROLE 14. SSWNA+CGG	<i>15/01</i> <i>16/01</i> <i>17/01</i> <i>18/01</i> <i>19/01</i> <i>20/01</i> <i>21/01</i> <i>22/01</i> <i>23/01</i> <i>24/01</i> <i>25/01</i> <i>26/01</i> <i>27/01</i> <i>28/01</i> <i>29/01</i> <i>30/01</i> <i>31/01</i> <i>01/02</i> <i>02/02</i> <i>03/02</i> <i>04/02</i> <i>05/02</i> <i>06/02</i> <i>07/02</i> <i>08/02</i> <i>09/02</i> <i>10/02</i> <i>11/02</i> <i>12/02</i> <i>13/02</i> <i>14/02</i> <i>15/02</i> <i>16/02</i> <i>17/02</i> <i>18/02</i> <i>19/02</i> <i>20/02</i> <i>21/02</i> <i>22/02</i> <i>23/02</i> <i>24/02</i> <i>25/02</i> <i>26/02</i> <i>27/02</i> <i>28/02</i> <i>29/02</i> <i>30/02</i> <i>01/03</i> <i>02/03</i> <i>03/03</i> <i>04/03</i> <i>05/03</i> <i>06/03</i> <i>07/03</i> <i>08/03</i> <i>09/03</i> <i>10/03</i> <i>11/03</i> <i>12/03</i> <i>13/03</i> <i>14/03</i> <i>15/03</i> <i>16/03</i> <i>17/03</i> <i>18/03</i> <i>19/03</i> <i>20/03</i> <i>21/03</i> <i>22/03</i> <i>23/03</i> <i>24/03</i> <i>25/03</i> <i>26/03</i> <i>27/03</i> <i>28/03</i> <i>29/03</i> <i>30/03</i> <i>31/03</i> <i>01/04</i> <i>02/04</i> <i>03/04</i> <i>04/04</i> <i>05/04</i> <i>06/04</i> <i>07/04</i> <i>08/04</i> <i>09/04</i> <i>10/04</i> <i>11/04</i> <i>12/04</i> <i>13/04</i> <i>14/04</i> <i>15/04</i> <i>16/04</i> <i>17/04</i> <i>18/04</i> <i>19/04</i> <i>20/04</i> <i>21/04</i> <i>22/04</i> <i>23/04</i> <i>24/04</i> <i>25/04</i> <i>26/04</i> <i>27/04</i> <i>28/04</i> <i>29/04</i> <i>30/04</i> <i>31/04</i> <i>01/05</i> <i>02/05</i> <i>03/05</i> <i>04/05</i> <i>05/05</i> <i>06/05</i> <i>07/05</i> <i>08/05</i> <i>09/05</i> <i>10/05</i> <i>11/05</i> <i>12/05</i> <i>13/05</i> <i>14/05</i> <i>15/05</i> <i>16/05</i> <i>17/05</i> <i>18/05</i> <i>19/05</i> <i>20/05</i> <i>21/05</i> <i>22/05</i> <i>23/05</i> <i>24/05</i> <i>25/05</i> <i>26/05</i> <i>27/05</i> <i>28/05</i> <i>29/05</i> <i>30/05</i> <i>31/05</i> <i>01/06</i> <i>02/06</i> <i>03/06</i> <i>04/06</i> <i>05/06</i> <i>06/06</i> <i>07/06</i> <i>08/06</i> <i>09/06</i> <i>10/06</i> <i>11/06</i> <i>12/06</i> <i>13/06</i> <i>14/06</i> <i>15/06</i> <i>16/06</i> <i>17/06</i> <i>18/06</i> <i>19/06</i> <i>20/06</i> <i>21/06</i> <i>22/06</i> <i>23/06</i> <i>24/06</i> <i>25/06</i> <i>26/06</i> <i>27/06</i> <i>28/06</i> <i>29/06</i> <i>30/06</i> <i>31/06</i> <i>01/07</i> <i>02/07</i> <i>03/07</i> <i>04/07</i> <i>05/07</i> <i>06/07</i> <i>07/07</i> <i>08/07</i> <i>09/07</i> <i>10/07</i> <i>11/07</i> <i>12/07</i> <i>13/07</i> <i>14/07</i> <i>15/07</i> <i>16/07</i> <i>17/07</i> <i>18/07</i> <i>19/07</i> <i>20/07</i> <i>21/07</i> <i>22/07</i> <i>23/07</i> <i>24/07</i> <i>25/07</i> <i>26/07</i> <i>27/07</i> <i>28/07</i> <i>29/07</i> <i>30/07</i> <i>31/07</i> <i>01/08</i> <i>02/08</i> <i>03/08</i> <i>04/08</i> <i>05/08</i> <i>06/08</i> <i>07/08</i> <i>08/08</i> <i>09/08</i> <i>10/08</i> <i>11/08</i> <i>12/08</i> <i>13/08</i> <i>14/08</i> <i>15/08</i> <i>16/08</i> <i>17/08</i> <i>18/08</i> <i>19/08</i> <i>20/08</i> <i>21/08</i> <i>22/08</i> <i>23/08</i> <i>24/08</i> <i>25/08</i> <i>26/08</i> <i>27/08</i> <i>28/08</i> <i>29/08</i> <i>30/08</i> <i>31/08</i> <i>01/09</i> <i>02/09</i> <i>03/09</i> <i>04/09</i> <i>05/09</i> <i>06/09</i> <i>07/09</i> <i>08/09</i> <i>09/09</i> <i>10/09</i> <i>11/09</i> <i>12/09</i> <i>13/09</i> <i>14/09</i> <i>15/09</i> <i>16/09</i> <i>17/09</i> <i>18/09</i> <i>19/09</i> <i>20/09</i> <i>21/09</i> <i>22/09</i> <i>23/09</i> <i>24/09</i> <i>25/09</i> <i>26/09</i> <i>27/09</i> <i>28/09</i> <i>29/09</i> <i>30/09</i> <i>31/09</i> <i>01/10</i> <i>02/10</i> <i>03/10</i> <i>04/10</i> <i>05/10</i> <i>06/10</i> <i>07/10</i> <i>08/10</i> <i>09/10</i> <i>10/10</i> <i>11/10</i> <i>12/10</i> <i>13/10</i> <i>14/10</i> <i>15/10</i> <i>16/10</i> <i>17/10</i> <i>18/10</i> <i>19/10</i> <i>20/10</i> <i>21/10</i> <i>22/10</i> <i>23/10</i> <i>24/10</i> <i>25/10</i> <i>26/10</i> <i>27/10</i> <i>28/10</i> <i>29/10</i> <i>30/10</i> <i>31/10</i> <i>01/11</i> <i>02/11</i> <i>03/11</i> <i>04/11</i> <i>05/11</i> <i>06/11</i> <i>07/11</i> <i>08/11</i> <i>09/11</i> <i>10/11</i> <i>11/11</i> <i>12/11</i> <i>13/11</i> <i>14/11</i> <i>15/11</i> <i>16/11</i> <i>17/11</i> <i>18/11</i> <i>19/11</i> <i>20/11</i> <i>21/11</i> <i>22/11</i> <i>23/11</i> <i>24/11</i> <i>25/11</i> <i>26/11</i> <i>27/11</i> <i>28/11</i> <i>29/11</i> <i>30/11</i> <i>31/11</i> <i>01/12</i> <i>02/12</i> <i>03/12</i> <i>04/12</i> <i>05/12</i> <i>06/12</i> <i>07/12</i> <i>08/12</i> <i>09/12</i> <i>10/12</i> <i>11/12</i> <i>12/12</i> <i>13/12</i> <i>14/12</i> <i>15/12</i> <i>16/12</i> <i>17/12</i> <i>18/12</i> <i>19/12</i> <i>20/12</i> <i>21/12</i> <i>22/12</i> <i>23/12</i> <i>24/12</i> <i>25/12</i> <i>26/12</i> <i>27/12</i> <i>28/12</i> <i>29/12</i> <i>30/12</i> <i>31/12</i> <i>01/01</i> <i>02/01</i> <i>03/01</i> <i>04/01</i> <i>05/01</i> <i>06/01</i> <i>07/01</i> <i>08/01</i> <i>09/01</i> <i>10/01</i> <i>11/01</i> <i>12/01</i> <i>13/01</i> <i>14/01</i> <i>15/01</i> <i>16/01</i> <i>17/01</i> <i>18/01</i> <i>19/01</i> <i>20/01</i> <i>21/01</i> <i>22/01</i> <i>23/01</i> <i>24/01</i> <i>25/01</i> <i>26/01</i> <i>27/01</i> <i>28/01</i> <i>29/01</i> <i>30/01</i> <i>31/01</i> <i>01/02</i> <i>02/02</i> <i>03/02</i> <i>04/02</i> <i>05/02</i> <i>06/02</i> <i>07/02</i> <i>08/02</i> <i>09/02</i> <i>10/02</i> <i>11/02</i> <i>12/02</i> <i>13/02</i> <i>14/02</i> <i>15/02</i> <i>16/02</i> <i>17/02</i> <i>18/02</i> <i>19/02</i> <i>20/02</i> <i>21/02</i> <i>22/02</i> <i>23/02</i> <i>24/02</i> <i>25/02</i> <i>26/02</i> <i>27/02</i> <i>28/02</i> <i>29/02</i> <i>30/02</i> <i>31/02</i> <i>01/03</i> <i>02/03</i> <i>03/03</i> <i>04/03</i> <i>05/03</i> <i>06/03</i> <i>07/03</i> <i>08/03</i> <i>09/03</i> <i>10/03</i> <i>11/03</i> <i>12/03</i> <i>13/03</i> <i>14/03</i> <i>15/03</i> <i>16/03</i> <i>17/03</i> <i>18/03</i> <i>19/03</i> <i>20/03</i> <i>21/03</i> <i>22/03</i> <i>23/03</i> <i>24/03</i> <i>25/03</i> <i>26/03</i> <i>27/03</i> <i>28/03</i> <i>29/03</i> <i>30/03</i> <i>31/03</i> <i>01/04</i> <i>02/04</i> <i>03/04</i> <i>04/04</i> <i>05/04</i> <i>06/04</i> <i>07/04</i> <i>08/04</i> <i>09/04</i> <i>10/04</i> <i>11/04</i> <i>12/04</i> <i>13/04</i> <i>14/04</i> <i>15/04</i> <i>16/04</i> <i>17/04</i> <i>18/04</i> <i>19/04</i> <i>20/04</i> <i>21/04</i> <i>22/04</i> <i>23/04</i> <i>24/04</i> <i>25/04</i> <i>26/04</i> <i>27/04</i> <i>28/04</i> <i>29/04</i> <i>30/04</i> <i>31/04</i> <i>01/05</i> <i>02/05</i> <i>03/05</i> <i>04/05</i> <i>05/05</i> <i>06/05</i> <i>07/05</i> <i>08/05</i> <i>09/05</i> <i>10/05</i> <i>11/05</i> <i>12/05</i> <i>13/05</i> <i>14/05</i> <i>15/05</i> <i>16/05</i> <i>17/05</i> <i>18/05</i> <i>19/05</i> <i>20/05</i> <i>21/05</i> <i>22/05</i> <i>23/05</i> <i>24/05</i> <i>25/05</i> <i>26/05</i> <i>27/05</i> <i>28/05</i> <i>29/05</i> <i>30/05</i> <i>31/05</i> <i>01/06</i> <i>02/06</i> <i>03/06</i> <i>04/06</i> <i>05/06</i> <i>06/06</i> <i>07/06</i> <i>08/06</i> <i>09/06</i> <i>10/06</i> <i>11/06</i> <i>12/06</i> <i>13/06</i> <i>14/06</i> <i>15/06</i> <i>16/06</i> <i>17/06</i> <i>18/06</i> <i>19/06</i> <i>20/06</i> <i>21/06</i> <i>22/06</i> <i>23/06</i> <i>24/06</i> <i>25/06</i> <i>26/06</i> <i>27/06</i> <i>28/06</i> <i>29/06</i> <i>30/06</i> <i>31/06</i> <i>01/07</i> <i>02/07</i> <i>03/07</i> <i>04/07</i> <i>05/07</i> <i>06/07</i> <i>07/07</i> <i>08/07</i> <i>09/07</i> <i>10/07</i> <i>11/07</i> <i>12/07</i> <i>13/07</i> <i>14/07</i> <i>15/07</i> <i>16/07</i> <i>17/07</i> <i>18/07</i> <i>19/07</i> <i>20/07</i> <i>21/07</i> <i>22/07</i> <i>23/07</i> <i>24/07</i> <i>25/07</i> <i>26/07</i> <i>27/07</i> <i>28/07</i> <i>29/07</i> <i>30/07</i> <i>31/07</i> <i>01/08</i> <i>02/08</i> <i>03/08</i> <i>04/08</i> <i>05/08</i> <i>06/08</i> <i>07/08</i> <i>08/08</i> <i>09/08</i> <i>10/08</i> <i>11/08</i> <i>12/08</i> <i>13/08</i> <i>14/08</i> <i>15/08</i> <i>16/08</i> <i>17/08</i> <i>18/08</i> <i>19/08</i> <i>20/08</i> <i>21/08</i> <i>22/08</i> <i>23/08</i> <i>24/08</i> <i>25/08</i> <i>26/08</i> <i>27/08</i> <i>28/08</i> <i>29/08</i> <i>30/08</i> <i>31/08</i> <i>01/09</i> <i>02/09</i> <i>03/09</i> <i>04/09</i> <i>05/09</i> <i>06/09</i> <i>07/09</i> <i>08/09</i> <i>09/09</i> <i>10/09</i> <i>11/09</i> <i>12/09</i> <i>13/09</i> <i>14/09</i> <i>15/09</i> <i>16/09</i> <i>17/09</i> <i>18/09</i> <i>19/09</i> <i>20/09</i> <i>21/09</i> <i>22/09</i> <i>23/09</i> <i>24/09</i> <i>25/09</i> <i>26/09</i> <i>27/09</i> <i>28/09</i> <i>29/09</i> <i>30/09</i> <i>31/09</i> <i>01/10</i> <i>02/10</i> <i>03/10</i> <i>04/10</i> <i>05/10</i> <i>06/10</i> <i>07/10</i> <i>08/10</i> <i>09/10</i> <i>10/10</i> <i>11/10</i> <i>12/10</i> <i>13/10</i> <i>14/10</i> <i>15/10</i> <i>16/10</i> <i>17/10</i> <i>18/10</i> <i>19/10</i> <i>20/10</i> <i>21/10</i> <i>22/10</i> <i>23/10</i> <i>24/10</i> <i>25/10</i> <i>26/10</i> <i>27/10</i> <i>28/10</i> <i>29/10</i> <i>30/10</i> <i>31/10</i> <i>01/11</i> <i>02/11</i> <i>03/11</i> <i>04/11</i> <i>05/11</i> <i>06/11</i> <i>07/11</i> <i>08/11</i> <i>09/11</i> <i>10/11</i> <i>11/11</i> <i>12/11</i> <i>13/11</i> <i>14/11</i> <i>15/11</i> <i>16/11</i> <i>17/11</i> <i>18/11</i> <i>19/11</i> <i>20/11</i> <i>21/11</i> <i>22/11</i> <i>23/11</i> <i>24/11</i> <i>25/11</i> <i>26/11</i> <i>27/11</i> <i>28/11</i> <i>29/11</i> <i>30/11</i> <i>31/11</i> <i>01/12</i> <i>02/12</i> <i>03/12</i> <i>04/12</i> <i>05/12</i> <i>06/12</i> <i>07/12</i> <i>08/12</i> <i>09/12</i> <i>10/12</i> <i>11/12</i> <i>12/12</i> <i>13/12</i> <i>14/12</i> <i>15/12</i> <i>16/12</i> <i>17/12</i> <i>18/12</i> <i>19/12</i> <i>20/12</i> <i>21/12</i> <i>22/12</i> <i>23/12</i> <i>24/12</i> <i>25/12</i> <i>26/12</i> <i>27/12</i> <i>28/12</i> <i>29/12</i> <i>30/12</i> <i>31/12</i> <i>01/01</i> <i>02/01</i> <i>03/01</i> <i>04/01</i> <i>05/01</i> <i>06/01</i> <i>07/01</i> <i>08/01</i> <i>09/01</i> <i>10/01</i> <i>11/01</i> <i>12/01</i> <i>13/01</i> <i>14/01</i> <i>15/01</i> <i>16/01</i> <i>17/01</i> <i>18/01</i> <i>19/01</i> <i>20/01</i> <i>21/01</i> <i>22/01</i> <i>23/01</i> <i>24/01</i> <i>25/01</i> <i>26/01</i> <i>27/01</i> <i>28/01</i> <i>29/01</i> <i>30/01</i> <i>31/01</i> <i>01/02</i> <i>02/02</i> <i>03/02</i> <i>04/02</i> <i>05/02</i> <i>06/02</i> <i>07/02</i> <i>08/02</i> <i>09/02</i> <i>10/02</i> <i>11/02</i> <i>12/02</i> <i>13/02</i> <i>14/02</i> <i>15/02</i> <i>16/02</i> <i>17/02</i> <i>18/02</i> <i>19/02</i> <i>20/02</i> <i>21/02</i> <i>22/02</i> <i>23/02</i> <i>24/02</i> <i>25/02</i> <i>26/02</i> <i>27/02</i> <i>28/02</i> <i>29/02</i> <i>30/02</i> <i>31/02</i> <i>01/03</i> <i>02/03</i> <i>03/03</i> <i>04/03</i> <i>05/03</i> <i>06/03</i> <i>07/03</i> <i>08/03</i> <i>09/03</i> <i>10/03</i> <i>11/03</i> <i>12/03</i> <i>13/03</i> <i>14/03</i> <i>15/03</i> <i>16/03</i> <i>17/03</i> <i>18/03</i> <i>19/03</i> <i>20/03</i> <i>21/03</i> <i>22/03</i> <i>23/03</i> <i>24/03</i> <i>25/03</i> <i>26/03</i> <i>27/03</i> <i>28/03</i> <i>29/03</i> <i>30/03</i> <i>31/03</i> <i>01/04</i> <i>02/04</i> <i>03/04</i> <i>04/04</i> <i>05/04</i> <i>06/04</i> <i>07/04</i> <i>08/04</i> <i>09/04</i> <i>10/04</i> <i>11/04</i> <i>12/04</i> <i>13/04</i> <i>14/04</i> <i>15/04</i> <i>16/04</i> <i>17/04</i> <i>18/04</i> <i>19/04</i> <i>20/04</i> <i>21/04</i> <i>22/04</i> <i>23/04</i> <i>24/04</i> <i>25/04</i> <i>26/04</i> <i>27/04</i> <i>28/04</i> <i>29/04</i> <i>30/04</i> <i>31/04</i> <i>01/05</i> <i>02/05</i> <i>03/05</i> <i>04/05</i> <i>05/05</i> <i>06/05</i> <i>07/05</i> <i>08/05</i> <i>09/05</i> <i>10/05</i> <i>11/05</i> <i>12/05</i> <i>13/05</i> <i>14/05</i> <i>15/05</i> <i>16/05</i> <i>17/05</i> <i>18/05</i> <i>19/05</i> <i>20/05</i> <i>21/05</i> <i>22/05</i> <i>23/05</i> <i>24/05</i> <i>25/05</i> <i>26/05</i> <i>27/05</i> <i>28/05</i> <i>29/05</i> <i>30/05</i> <i>31/05</i> <i>01/06</i> <i>02/06</i> <i>03/06</i> <i>04/06</i> <i>05/06</i> <i>06/06</i> <i>07/06</i> <i>08/06</i> <i>09/06</i> <i>10/06</i> <i>11/06</i> <i>12/06</i> <i>13/06</i> <i>14/06</i> <i>15/06</i> <i>16/06</i> <i>17/06</i> <i>18/06</i> <i>19/06</i> <i>20/06</i> <i>21/06</i> <i>22/06</i> <i>23/06</i> <i>24/06</i> <i>25/06</i> <i>26/06</i> <i>27/06</i> <i>28/06</i> <i>29/06</i> <i>30/06</i> <i>31/06</i> <i>01/07</i> <i>02/07</i> <i>03/07</i> <i>04/07</i> <i>05/07</i> <i>06/07</i> <i>07/07</i> <i>08/07</i> <i>09/07</i> <i>10/07</i> <i>11/07</i> <i>12/07</i> <i>13/07</i> <i>14/07</i> <i>15/07</i> <i>16/07</i> <i>17/07</i> <i>18/07</i> <i>19/07</i> <i>20/07</i> <i>21/07</i> <i>22/07</i> <i>23/07</i> <i>24/07</i> <i>25/07</i> <i>26/07</i> <i>27/07</i> <i>28/07</i> <i>29/07</i> <i>30/07</i> <i>31/07</i> <i>01/08</i> <i>02/08</i> <i>03/08</i> <i>04/08</i> <i>05/08</i> <i>06/08</i> <i>07/08</i> <i>08/08</i> <i>09/08</i> <i>10/08</i> <i>11/08</i> <i>12/08</i> <i>13/08</i> <i>14/08</i> <i>15/08</i> <i>16/08</i> <i>17/08</i> <i>18/08</i> <i>19/08</i> <i>20/08</i> <i>21/08</i> <i>22/08</i> <i>23/08</i> <i>24/08</i> <i>25/08</i> <i>26/08</i> <i>27/08</i> <i>28/08</i> <i>29/08</i> <i>30/0</i>	

Dr. Julio Cesar Castro
Traumatologo
Hospital AlPB-9965

U. Orell
Dr. med.trauma-
orthopädie
AIRB-996

D. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9865

Evolução Médica
#ORTOPEDIA

MORTOPEDIA

Evolução Médica

* DMH

POI

Paciente submetido a procedimento cirúrgico ortopédico sem intercorrências.

No momento em USP&A.

COMPRESSEGURÓSE PREVIDÊNCIASA
C.S.P.
31 JAN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





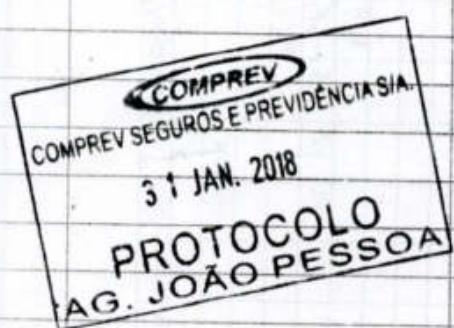
COMPREV
COMPRE SEGURO E PREVIDÊNCIAS S/A
31 JAN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PDA 130 x 8. f. Gung
PDA camera 8mm lenses

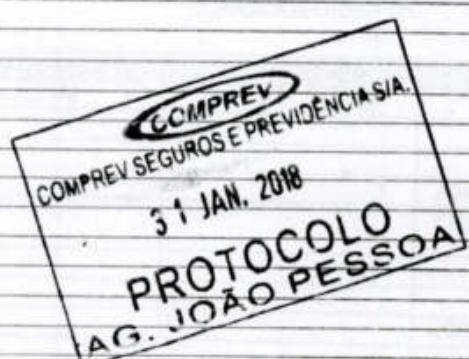
BF | PR / 9T



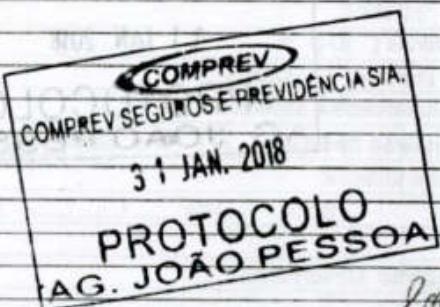
Data	Hora	T	P	K	PA	Direse	Observações Enfermagem	Assis
05/11/2018	14:30						130/90	









Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>MSD</i> Data da punção <i>17/11/17</i>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar <input checked="" type="checkbox"/> Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICODISPUNITIVAS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p style="text-align: center;">  <i>Janele Gonçalves Gonçalves</i> ENFERMEIRA COREN PB 508.860 </p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <i>17/11/17</i> HORA: <i>17:00 h</i>

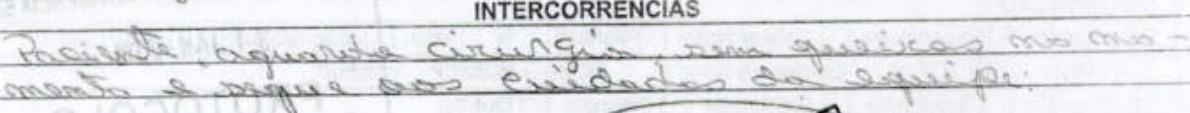
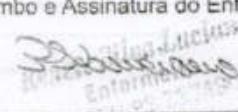
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada) (<input type="checkbox"/> Hipocorada) (<input type="checkbox"/> Cianose) (<input type="checkbox"/> Sudorese) (<input type="checkbox"/> Fria) (<input type="checkbox"/> Aquecida).	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/> >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: <u>MSC</u> Data da punção <u>14/11/17</u>	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Fase (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso.	
Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) IVO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: (<input checked="" type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>).	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____ / _____ / _____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débilo: _____ Retirado em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____ / _____ / _____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SOCIAL 31 JAN. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	DATA: <u>16/11/17</u> HORA: <u>11:30</u> h

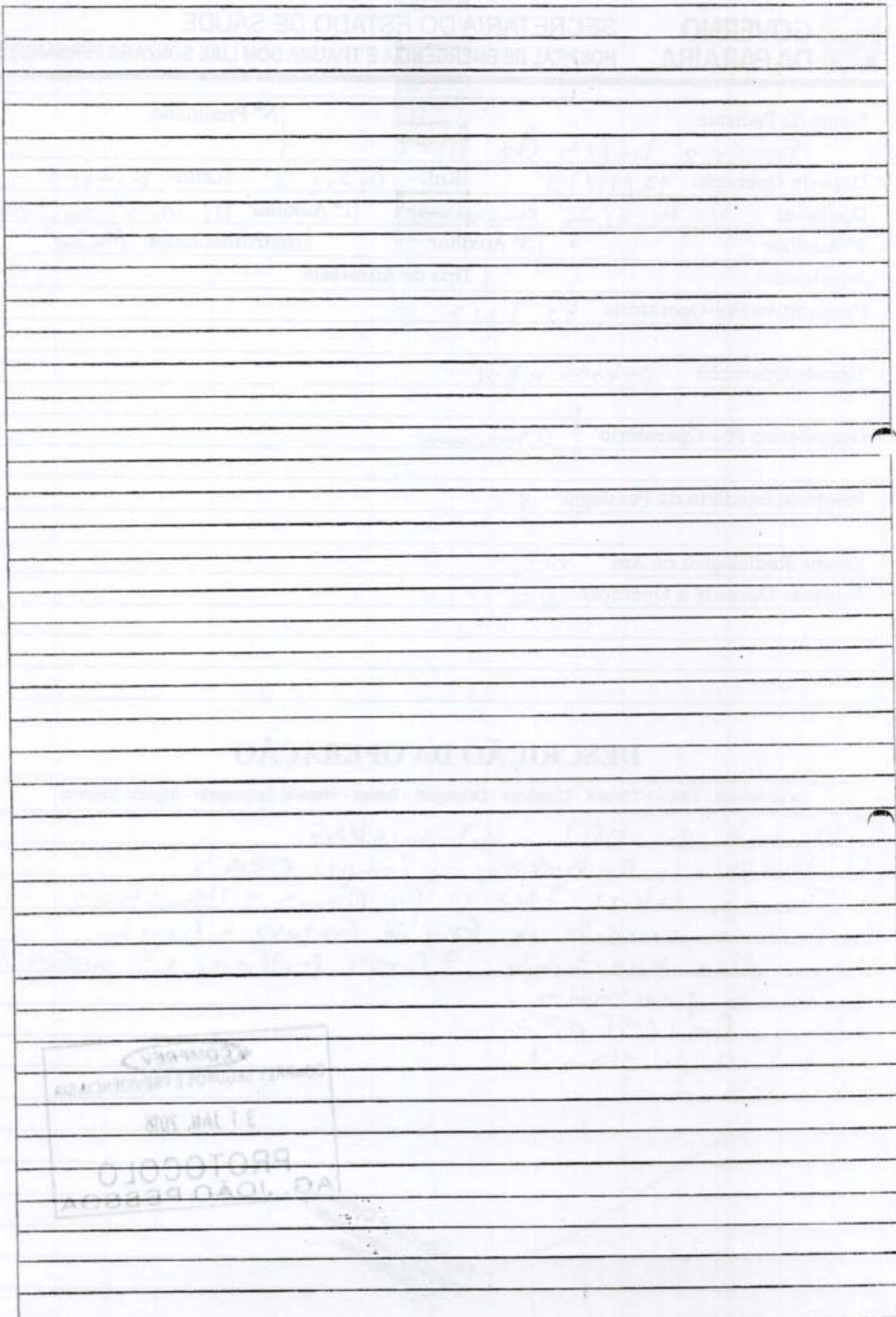
FONTE: BORDINHÃO, R.C.; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos: () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico () Central () Dissecção. Localização: VASO Data da punção 14/11/17	
Edema: () MMSS () MMII () Facia () Anasarca. Observações: n° 500	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD; Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: Desambula com apoio	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AValiação das necessidades psicosociais	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Evangelico</u> (<input checked="" type="checkbox"/>) Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente aguarda cirurgia, sem queixas no momento e segue as orientações da equipe.	
  COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIAS/A. 31 JAN. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA DATA: 15/11/17 HORA: ____ h	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	

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





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051023175770000034638399>
Número do documento: 2011051023175770000034638399

Num. 36278885 - Pág. 44



COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	31 JAN. 2018	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
---	---------------------	--

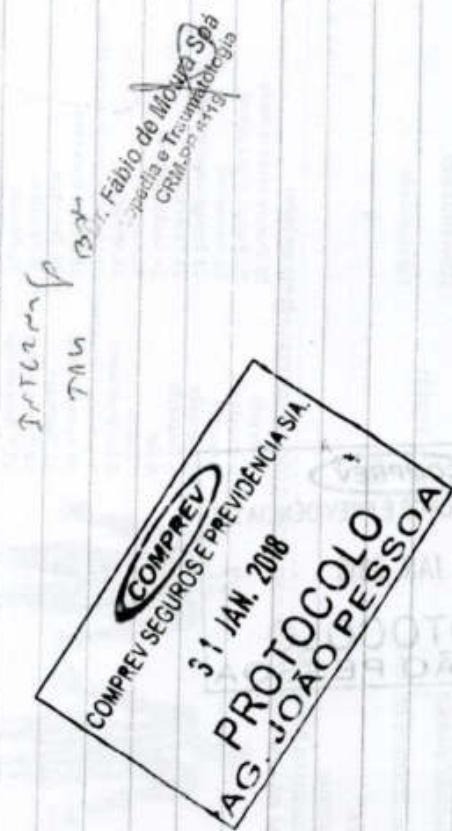
COPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
21/11/2017
ASS. João Pedro



ONDEORIA

Furunco Molco 672

Tolosa Costa

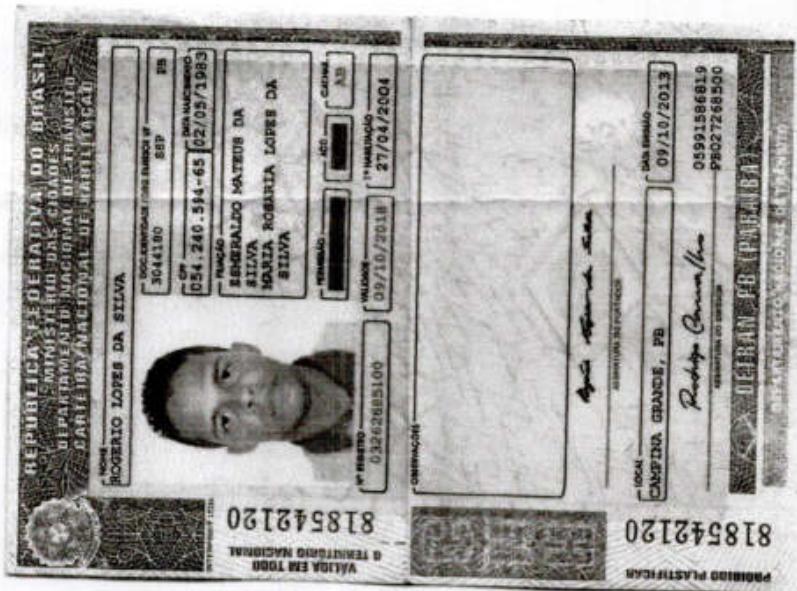


DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Alta hospitalar ✓	<input checked="" type="checkbox"/> A revelia	_____
<input type="checkbox"/> Internação (setor) _____	<input type="checkbox"/> Decisão Médica	_____
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____	<input type="checkbox"/> Óbito	_____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Dr. Suelio Moreira</i>	<i>Dr. Suelio Moreira</i>	_____
<input type="checkbox"/> Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)		_____

<http://10.71.148/projeto/tjpb/jsp/pmeurgencia.php?contar=1541692>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399>
 Número do documento: 20110510231757700000034638399

Num. 3627885 - Pág. 47

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DENATRAN	
DETRAN - PB		Nº 013027204180			
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEHICULO		CÓD. HENNAH		B.I.T.R.C.	
VH 1	001819908-0	00/00000000		EXPEDIÇÃO: 2016	
VALIDIR PEREIRA		NOME:			
27465411491		Nº 027290/PB			
PLACA ANT / UF NOVO		PLACA PB		CHASSIS 9C2AC4210AR105545	
PAS/MOTONETA/ NÃO APPLC		MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 RS		CATEGORIA PARTIC	
CAP / PTO / COL 2 P/124 / GI		ANO FAB. 2009		COMPROVATIVA GASOLINA	
DOTA UNICA		ANO MOD. 2010		COR / FREQUENTANTE PRETA	
I P V # 6 6 6 6 6 6 A		VALOR TOTAL (R\$) 607,00/0000		VEIC. COTAS 1º 2º 3º	
PRAZO DE PAGAMENTO (MESES) 12 MESES		DATA DE PAGAMENTO 10/02/2011			
A.F ALM DE CONCEM NACION HONDA LTDA					
CAMPINA GRANDE-PB 12424					

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoraifolder.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
PB Nº 013027204180 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VALOR DA COBERTURA / CNPJ RENAVAM 00181999080 HONDA / B12 125 KS	
PERÍODO 2016 DATA EMISSÃO NQBT290/PB	
ANO 2009 CARRO 9 MARCA / MODELO 9CZJC4210ARI0105545	
PRÉMIO TARIFÁRIO <input type="checkbox"/> VALOR MÍNIMO <input type="checkbox"/> VALOR MÁXIMO VALOR PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCIAL	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CPFEV 09-045-0000001-04	
16471-1214254-20170210	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051023175770000034638399>
Número do documento: 2011051023175770000034638399

Num. 36278885 - Pág. 48

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ROGERIO LOPES DA SILVA** Sinistro: **3180056999** Data: **12/11/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Almirante Barroso, 284, BLLAP410 - Liberdade - Campina Grande - PB - CEP 58414-200**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **3044180**

Data local do exame: [**22/02/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. CICATRIZ EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO . ARCO DE MOVIMENTO ANATÔMICO. SEM ATROFIAS E RETRAÇÕES.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/11/2017, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO CERCA DE 5 DIAS APOS INTERNAMENTO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO. RECEBEU ALTA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rodrigo Porto Amorim Guedes - CRM: 6321 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:23:17
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510231757700000034638399
Número do documento: 20110510231757700000034638399

Num. 3627885 - Pág. 49

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180056999 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML COMPLEMENTAR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180056999 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame CICATRIZ EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO. ARCO DE MOVIMENTO ANATÔMICO. SEM ATROFIAS E
médico pericial: RETRAÇÕES.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE MOTO NO DIA 12/11/2017, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO CERCA DE 5 DIAS APOS INTERNAMENTO. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 22/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Rodrigo Porto Amorim Guedes

CRM do médico: 6321

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

