



Número: **0804393-40.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FABIO JINIOR DE BRITO (AUTOR)</b>	<b>RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36455 775	10/11/2020 09:27	<a href="#"><u>2763272_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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, 15 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190578904**

**Vítima: FABIO JUNIOR DE BRITO**

**Data do Acidente: 17/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FABIO JUNIOR DE BRITO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00717/00718 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14966777



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>  
Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 1



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 Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190578904**

**Vítima: FABIO JUNIOR DE BRITO**

**Data do Acidente: 17/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FABIO JUNIOR DE BRITO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

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

**Recebedor: FABIO JUNIOR DE BRITO**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000793-5**

**Conta: 000000581696-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Pag. 01167/01168 - carta\_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	063.072.704-03	Fabrício Junior de Brito		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Profissão:	Endereço:	CPF:
Fabrício Junior de Brito		Recreio	Sítio Beira Várzea	063.072.704-03
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número:	Complemento:
Área Rural	Barra de Santa Rosa	PB	512	Casa
E-mail:	(83) 987088728			

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0793 CONTA: 0683696 (3)

AGÊNCIA: 0793 CONTA: 0683696 (3)

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

**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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta assinatura só é feita com prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**PROTEÇÃO DA PESSOA**

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vivos  Falecidos Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: <u>Barra de Santa Rosa, 22/06/19</u> Nome: <u>Fabrício Junior de Brito</u> CPF: <u>063.072.704-03</u>	TESTEMUNHAS	
	1º   Nome: <u></u>	Assinatura
	CPF: <u></u>	Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  <u>de Fabrício Junior de Brito</u>	2º   Nome: <u></u>	Assinatura
	CPF: <u></u>	Assinatura
	Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Autoatendimento  
Depósito em Conta Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 5787 Maquina: 050895  
Data: 17/06/2019 Hora: 15:12 N.Trans: 003912

Favorecido  
Banco: 237  
Agencia: 0793 / BELEM  
Conta: 0581696-3

Valor do depósito:

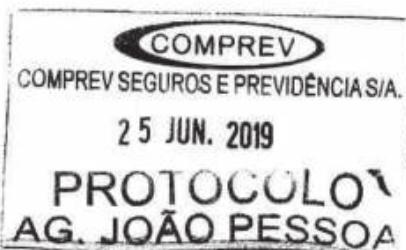
Titular: FABIO JUNIOR DE BRITO

Alo Bradesco  
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 8383  
Eficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Horário de Brasília.

Obrigado  
Tenha uma boa tarde





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
111344634 - 05 Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva		CPF:	111344634-05	
Profissão: RECUSO	Endereço: RUA 104EVS	Número: 43	Complemento:	
Bairro: BODORONGO	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58400-002	Tel. (DDD): (33) 3326-2228
E-mail:				

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0237 CONTA: 94305 2  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

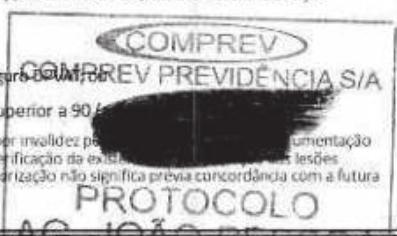
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e soniente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de sequelas e/ou lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.



PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos:  Sim  Não Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data:	João Pessoa, 02/09/2019
Nome:	
CPF:	

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*Ademir Moreira Pinto de Araújo Silva*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º   Nome: <i>PAULO RIBEIRO</i> CPF: <i>030.000.000-00</i>
Assinatura
2º   Nome: <i>ROBERTO VIEIRA</i> CPF: <i>000.000.000-00</i>
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011009270553100000034803390>  
Número do documento: 2011009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 6

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

GOVERNO DA PARAÍBA

Setor de Boletim de Ocorrência

1ª DELEGACIA

2º DS/PC



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06816.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06816.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:30 horas do dia 19 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Fabio Junior de Brito**, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), profissão Agricultor, filho(a) de Avani Severina da Conceição e Severino Felix de Brito, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 26/07/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Boa Água, N° S/N, tendo como ponto de referência Próximo Ao Lojão da Fábrica de Barra de Santa Rosa., na cidade de Barra de Santa Rosa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo Ao Estado Geraldão., Barra de Santa Rosa/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/04/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

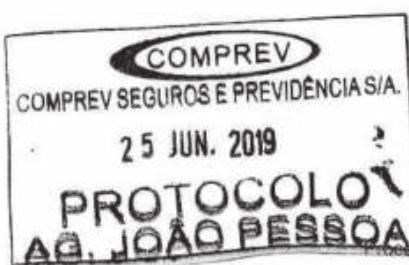
QUE NO DIA, 17/04/2019, POR VOLTA DAS 20:30, O DECLARANTE CONDUZIA A MOTO - HONDA POP 101I ANO/MOD. 2017/2017 DE COR VERMELHA DE PLACA QSA0479/PB CHASSI: 9C2JB0100HR521252; DE PROPRIEDADE DE ZIVANALDO DA SILVA DANTAS, QUE ESTAVA SAINDO DO TRABALHO PARA A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO SURGIU UMA OUTRA MOTOCICLETA NA CONTRA-MÃO QUE VEIO A COLIDIR COM A MOTO DO DECLARANTE, QUE DEVIDO AO FATO O DECLARANTE VEIO A CAIR AO SOLO E SE MACHUCAR SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE (HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES), ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CONDILÓ + PALETA CONFORME RESUMO DE ALTA ASSINADO PELA DRA. ANA MARIA DA SILVA ANSELMO CRM-PB 7825.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de junho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

\* Fabio Junior de Brito  
FABIO JUNIOR DE BRITO  
Noticiante



Procedimento Policial: 06816.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>

Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 7



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
111344634 - 05 Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva		CPF:	111344634-05	
Profissão: RECUSO	Endereço: RUA 104EVS	Número: 43	Complemento:	
Bairro: BODORONGO	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58400-002	Tel. (DDD): (33) 3326-2228
E-mail:				

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0237 CONTA: 94305 2  
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.



### PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos:  Sim  Não Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data:	João Pessoa, 02/09/2019
Nome:	Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva
CPF:	111344634-05

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)*

### TESTEMUNHAS

1º   Nome: <i>PAULO RIBEIRO</i> CPF: <i>03000000000000000000</i> Assinatura: <i>PAULO RIBEIRO</i>
2º   Nome: <i>SUELIO MOREIRA TORRES</i> CPF: <i>03000000000000000000</i> Assinatura: <i>SUELIO MOREIRA TORRES</i>

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

27/06/2019

HTCCG-Painel Administrativo

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011100927055310000034803390>  
Número do documento: 2011100927055310000034803390

Num. 36455775 - Pág. 11

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JUNIOR DE BRITO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00793-5

CONTA: 000000581696-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO23102019050000000002370079300000581696168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>  
Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 12

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto para único pagamento da nota fiscal/entrega de energia elétrica - N° 004.451.331



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.225.516/0001-45 Insc. Est. 16.033.618-1

## DADOS DO CLIENTE

EDNAIRA SINARA DA SILVA LUIZ  
RUA ILHEUS 73  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/78430-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	238	01/09/2019	R\$ 167,29

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00102.479177 5 79990000016729

Pagador: EDNAIRA SINARA DA SILVA LUIZ CNPJ/CPF: 043.026.014-85

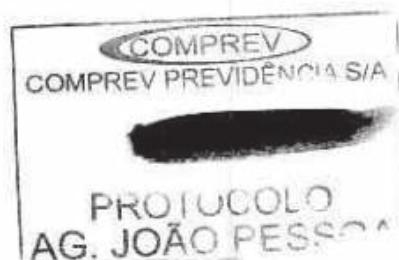
RUA ILHEUS 73 - BODOCONGO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000102479	000078430201908	01/09/2019	R\$ 167,29	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>  
Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 13



Dr. André Luiz Barbosa Bezerra de Lima

Clínica Médica | Dermatologia Cirúrgica

CRM 6567/PB

Laudo Médico

paciente Juliano Henrique  
Reis de Araujo Silva é portador  
de CID. S52.5 devido Trauma por  
acidente de moto tendo sequela  
e comprometimento de 50% da  
região afetada levando acometimen-  
to (estético e motor) visível na  
da região superior, inabilitando as  
atividades rotineiras.

Diagnóstico Segundo exame de  
imagem

Segue em Anexo

Diagnóstico Segundo exames  
e exame Físico

Rua. Carolino Cardoso nº 634 Praia do Poço - Cabedelo

✉ drandrelima2006@yahoo.com.br

☎ 83 98771.5270 ☎ 83 98877.8954

COMPREV

COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2010

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Data da internação: 27/06/2019 Hora: 19:28:19

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1930961</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>700503753457159</b>		8 - DATA DE NACIMENTO <b>27/03/1996</b>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA</b>		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N. BAIRRO) <b>RUA JESUINO ALVES CORREIA 493, JARDIM PAULISTANO</b>		11 - FONE DE CONTACTO <b>83 986018707</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF <b>PB</b>
		16 - CEP <b>58400002</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Dor Ruto g abs trauma</i> <i>1. Dr Oum ITB</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>To cirurgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>Exam Fisico + Rx</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Test. Rayo distal E</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>anam</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA <b>02</b>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016286914922</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>THIAGO PEDRO DE A ALVES</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>27/06/2019</b>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CBO
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

10.1.1.148/projetohcgc/imprimentamento.php?contar=1930961



27/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 27/06/2019 Hora: 19:28:19

 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			23	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			23	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA			193	
7 - CANTÃO DO SUS 700503753457159		5 - DATA DE NASCIMENTO 27/03/1996	9 - SEXO Masculino	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA		11 - TELEFONE DE 83		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO) RUA JESUINO ALVES CORREIA , 493 , JARDIM PAULISTANO				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - 15 - UF 250400 PB	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
<p>Dr. Ruiro G. Pedroso</p> <p>EF. Dona amanda</p> <p>to círculo</p>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fract. mandibular		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
26 - CLÍNICA 02	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SO 980016286914922	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE THIAGO PEDRO DE A ALVES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO)		
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/06/2019		32 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N.		
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - C.		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO	( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) APOSENTADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO		
45 - DOCUMENTO ( ) CNS	46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR ( ) CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) / /			

10.1.1.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=1930961



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Leônino Henrique Sávio de Araújo Silve 02/03/96

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

GOVERNO  
DA PARAÍBA

230mvs 1930-9-22

CIRURGIA

pedeziq cirurgia d/l

CIRURGIAO

Dr. Fuller + Dr. Esteban

ANESTÉSIA

haloquine de piso tráquea

ANESTESIA

Dr. Serrano Corrêa

INSTUMENTADORA

Flávio

DATA

02/03/2019 20:30

INÍCIO

FIM  
21:50

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qty.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qty.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.

0.1

Airofina amp.

Diazepam amp.

15

Dimexidina amp.

Dolantina amp.

Efetina ml

Fenegam amp.

5/5

Fentanil ml

Incaza ml

Ketalar ml

0.1

Mercapina % ml

Nubatin amp.

Pavulon amp

Proglantine amp.

0.5

Protóxido l/m

Quelicin ml

0.5

Rapifen amp.

Thionembutal ml

Tracrium amp.

Qty.

MEDICAÇÕES

0.1

Agua Destilada amp.

Decadron amp.

Dipirona amp.

0.5

Flaxidol amp.

0.5

Flbetocortid amp.

Geramicina amp.

Glicose amp.

Glucos de Cálcio amp.

Haemacel ml

0.5

Heparema ml

Kanaklon amp

0.5

Laxax amp.

0.5

Medrotinazol

0.2

Plasti amp.

0.4

Prolamina

0.1

Reivan amp

Stiptaner amp

Cefalotina 1g

Qty.

Tramadol

Qty.

0.1

MATERIAIS / SOLUÇÕES

0.1

Aguinha desc. 25 x 7

Aguinha desc. 28 x 28

Aguinha p/ raque n°

0.5

Alcool de Enfermagem 70%

Alcool Iodado ml

Ataduras de Crepon 15 cm

0.3

Ataduras de Gessada 15 cm

0.3

Atx metileno amônia gelada oxigênio

Benzina ml

Qty.

SOROS

EQUIPAMENTOS

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

Maria Gómez Pacheco  
CIRULANTE RESPONSÁVEL

Técnico de Enfermagem  
COREN/PB - 577781

MDD 966

**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICA**

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora ent
<i>Nenhum Movimento = 0</i>	
<i>Movimenta 2 membros = 1</i>	
<i>Movimenta 4 membros = 2</i>	
<i>Apnéia - 0</i>	
<i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i>	
<i>Respiração profunda e tosse = 2</i>	
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i>	
<i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i>	
<i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>	
<i>Sat 02 &lt; 90 com oxigênio = 0</i>	
<i>Sat 02 &gt; 90 com oxigênio = 1</i>	
<i>Sat 02 &lt; 92% sem oxigênio = 2</i>	
<i>Não responde ao chamado = 0</i>	
<i>Despertado ao chamado = 1</i>	
<i>Completamente acordado = 2</i>	
<b>TOTAL DE PONTOS</b>	



Assinatura Anestesista





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>  
Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 20



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 01/07/2019  
Horas: 09:58:07  
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930961 Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Idade: 023 Sexo: M

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Admissão: 27/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 01/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido,	12/08/2019
2	DIETA LIVRE	3/08
3	JELCO SALINIZADO	GT
4	OMEPRAZOL 20 MG V/O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	06/08
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITIAIS	AT

### EVOLUÇÃO

DATA:01/07/2019 HORA:09:54:29

### ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

NV: PRESERVADO

CD:  
VPM  
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDISTA  
CRM-PB 5523





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>  
Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 22



## SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOOME:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /	AS: :	h	
IDADE:	SETOR:	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTEALINAL: (DIETA)	VO <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:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	DOR CRÔNICA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA				
	FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 ML/MIN QU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).					
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE					

800/128





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930961 Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Adr:

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição
1	PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido.
2	DIETA LIVRE
3	JELCO SALINIZADO
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais

### EVOLUÇÃO

ATA:28/06/2019 HORA:13:18:19

### ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

NV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida



29/06/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA

PROJETO-People Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-10  
Data: 29/06/2019  
Horas: 06:15:52  
Médico (a) Diáris

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1930961 Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Adm:

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FX RÁDIO DISTAL E

DIA 29/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição
1	PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido, <i>jb</i>
2	DIETA LIVRE <i>je</i>
3	UELCOSALINIZADO <i>CT</i>
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE <i>CC</i>
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS <i>CT</i>

### EVOLUÇÃO

DATA: 29/06/2019 HORA: 06:13:31

### ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

NV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Julio Cesar Ribeiro De Castro

10.1.1.148/projeto/clogimprpevo.php?dataarq=2019-06-29&contar=1930961&IDC=24811



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>  
Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 25





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

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA

NAME:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ /	
IDADE:	SETOR:	LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENS <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTAD <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉIC <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGUR <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMAD <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARES <input type="checkbox"/>	
GIST. GAS. RÓINTERINAL (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SN <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBES <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	TI:	FR:	FC:
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA				CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO				CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO				CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL				CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL				CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO				CD/FR:
<input type="checkbox"/> NÁUSEA				CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	DOR CRÔNICA			CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ				CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA				CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA				CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO				CD/FR:
<input type="checkbox"/>				CD/FR:
<input type="checkbox"/>				CD/FR:
<input type="checkbox"/>				CD/FR:
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.				
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.				
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 03 MM OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAIS.				
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).				
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.				
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.				



30/06/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/06/2019

Hora: 12:15:06

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930961 Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Idade: 023 Sexo: M

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Admissão: 27/06/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E 3

DIA 30/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Julio Cesar Ribeiro De Castro /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido,	16/24/01
2	DIETA LIVRE	02
3	JELCO SALINIZADO	02
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS, ANTES DO CAFE	06
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITIAIS	02

### EVOLUÇÃO

DATA:30/06/2019 HORA:12:15:01

### ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

NV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Julio Cesar Ribeiro De Castro







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME:		IDADE:		SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:		/ /	ÁS:	:	h		
SETOR:		LEITO:											
DIAGNÓSTICO MÉDICO:													
ALERGIAS:		SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:									
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:		SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:									
DOENÇA CRÔNICA:		SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:									
PRESENÇA DE ESCARA:		SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	LOCAL:									
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>		HIPERTENSO <input type="checkbox"/>							
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE <input type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>		ORIENTADO <input type="checkbox"/>							
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPENICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>		EUPNEICO <input type="checkbox"/>		BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>					
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)		NORMAL <input type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>		OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>					
DIURESE		DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>		ANÚRIA <input type="checkbox"/>							
MOBILIDADE:		DEAMBULA <input type="checkbox"/>		DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>		ACAMADO <input type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>					
		TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>		HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>		PARESIA <input type="checkbox"/>		RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>					
SIST. GAS. RÔNTGENAL (DIETA):		VO <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:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA		<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> NÁUSEA		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA		<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA		CD/FR:									
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO		<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE		<input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:							
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:											
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:											
<input type="checkbox"/>		CD/FR:											
<input type="checkbox"/>		CD/FR:											
<input type="checkbox"/>		CD/FR:											
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA													
FR: FATOR RELACIONADO													
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL													
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.													
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.													
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.													
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.													
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ÁSA DO NARIZ).													
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.													
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.													
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.													
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).													
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.													
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE													
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPORtAS DO PACIENTE.													

MOD 12

27/06/2019

HTCG-Painel Administrativo



Data: 27/06/2019  
Horas: 19:41:1  
Médico (a) Dia

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1930961 Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A): Thiago Pedro De Araujo Alves /

Item	Prescrição
1 PARACETAMOL 500 MG	4Comprimido, <i>01g 460 512 SI</i>
2 DIETA LIVRE	<input checked="" type="checkbox"/>
3 JELCO SALINIZADO	<input checked="" type="checkbox"/>
4 OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. ANTES DO CAFÉ	<input checked="" type="checkbox"/>
5 CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<input checked="" type="checkbox"/>

[10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2019-06-27&contar=1930961](http://10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2019-06-27&contar=1930961)

02/07/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/07/2019

Hora: 10:30:06

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930961 Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Idade: 023 Sexo: M

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Admissão: 27/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA: 02/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido,	12/08/2019
2	DIETA LIVRE	
3	JELCO SALINIZADO	
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

TA:02/07/2019 HORA:10:29:54

### ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

DOR: 1/4+

NV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues



Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDISTA  
CNPJ: 10.848.190/0001-5523



03 07 2019

06 N

PA. Boyfacing

Zonato clavate ovulado  
com estaminadas periquetas  
presente. Altura: 46 centímetros  
para milímetros. W.C. 2.14  
origem das unhas do boquejo

Jaci Ferreira Lima  
Tecnico de Entomologia  
COREN 020935





## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1930961 Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Idade: 023

Nome da Mãe: JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 27/03/1996 Sexo: M

Clinica AMARELA Esfermaria:  Lito:  Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

PLA 03/07/2019

MÉDICO ASSISTENTE (Av. Euler Fabrício Alves Cruz) /

Item	Prescrição	Aprazamento
	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IPRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06
2	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. (AMPOLA, DILUIR EM 100 SF E CORRER LENTO DE 8/8H	

possem intercambiar.

Co. VPM + Rx & controls.

Dr. Eder Fábio A. Cruz  
VR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907



03/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malhadas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 03/07/2019

Boletim de Encarnação (B.E) - Modelo 03

NOME: Hallisson Barros De Almeida



## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

Data da Internação: 27/06/2019

Data da Alta: 03/07/2019

Registro: 1930961

Tempo de Permanência: -18075

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTSE

Data: 02/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA

Medicações para Casa: CEFALEXINA + ARFLEX

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 03/07/2019

Assinatura/Carimbo  
Hallisson Barros De Almeida

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Hallisson Barros De Almeida

10.1.1.148/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1930961



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390

Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 35



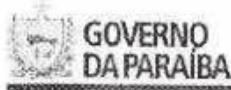


SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREAS

NO: <i>Juciane Henrique de Araújo</i>	IDADE: 23	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	LEITO: 3
SETOR: <i>Amarela</i>	DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Febre de malária</i>			LEITO: 3
ALERGIAS:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	<i>Dipiridamol / ibuprofeno</i>
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>		NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENS <input type="checkbox"/>
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTAL <input type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉIC <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGUR <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DUSURIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANUR <input type="checkbox"/>
	DEAMBULA <input checked="" type="checkbox"/>		DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMAD <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>		HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARES <input type="checkbox"/>
SIST. GÁS. RÓGINTINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>		SNG <input type="checkbox"/>	SN <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>		DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESE <input type="checkbox"/>
DADOS VITais:	PA:	IT:	FR:	FC:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINARIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINARIA <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> NÁUSEA <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO				
CD: RISCO DE QUEDA CD: RISCO DE ASPIRAÇÃO CD: RISCO DE INFECÇÃO CD: RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD: RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL CD: RISCO DE RETENÇÃO URINARIA CD: RISCO DE SANGRAMENTO CD: NÁUSEA CD: DOR AGUDA CD: PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD: MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD: DÉFICIT NO AUTO CUIDADO CD: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CD: RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA CD: RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO				
<i>Juciane</i> CD: CARACTERÍSTICA FR: FATOR RELACIONA				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais. <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. <input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE 02 A 04 DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°. <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA). <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. <input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.				
M T N <i>ampliada sempre sempre</i>				





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



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a):	<b>LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO</b>	Protocolo:	<b>0000473890</b>	RG:	<b>NÃO INFORMADO</b>
Dr(a):	<b>THIAGO ALVES</b>	Data:	<b>28-06-2019 11:50</b>	Origem:	<b>ÁREA AMARELA</b>
Convênio:	<b>HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES</b>	Idade:	<b>23 anos</b>	Destinaç:	<b>ÁREA AMARELA</b>

**TEMPO DE COAGULAÇÃO** ..... **8'00''**

(DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:50 )  
Material: Sangue  
Método: Lee-Wille

Valores de Referência:  
DE 5 A 10 MINUTOS

**TEMPO DE SANGRAMENTO** ..... **1'36''**

(DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:50 )  
Material: Sangue  
Método: Trika

Valores de Referência:  
DE 1 A 3 MINUTOS

versão 1.02/06/2019 12:02 - Fase 2, de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FR13-2968-4010-86A7-9F3E-D4CC-A757-004E



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>  
Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 38

GOVERNO  
DA PARAIBA

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

Sr(a): LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO  
Dr(a): THIAGO ALVES  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES  
Protocolo: 0000473890  
Data: 28-06-2019 11:50  
Idade: 23 anos  
RG: \_\_\_\_\_  
Origem: \_\_\_\_\_  
Destino: \_\_\_\_\_

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:49 ]

	Resultados	Valores de Referência
<b>SÉRIE VERMELHA</b>		
Eritrócitos.....	5.10 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 a 6,0 milhões
Hemoglobina.....	15,0 g/dL	13,5 a 16,5 g/dL
Hematócrito.....	45,1 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	88 fL	80,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,5 a 36,0 g/dL
<b>SÉRIE BRANCA</b>		
Leucócitos.....	6.800 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrofílicos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	136
Segmentados.....	61,0	4.148
Eosinófilos.....	1,0	68
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Tipicos.....	33,0	2.244
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	204
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	252.000 mm <sup>3</sup>	160.000 a 400.000

OBSERVAÇÕES.....

Contagens revisadas e confirmadas.

Material: BANHO DE TECIDO

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Alex  
F

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 9752-5718-3440-3225-BC





## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento  
0065

Hospital: <i>Universitário de São Paulo</i>	Código: _____	
Procedimento: <i>Extrato de Naso</i>	Cód. Procedimento: _____	
Paciente: <i>Luciano Henrique de Oliveira</i>		
Data da Cirurgia: <i>20/01/11</i>	Nº prontuário: <i>9130912</i>	Convênio: _____
Cirurgião: <i>W. L. G. G.</i>	Código: _____	( <input type="checkbox"/> ) Reposição ( <input type="checkbox"/> ) Caixa Fronta

## DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

					Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3.0) mm	Nº	10	8	20		
	Qtd.	01	01	01		
	Cód.					
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					

DEG - O PROCESSAMENTO DO RECONHECIMENTO E APLICÁC

Anotações do Médico

ENFRENTAMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

#### Condições de Preenchimento:

Estuaries and Coasts (2013) 36:113–123  
DOI 10.1007/s12237-012-9603-0

Cod. de consultari Total:

Cód. Fácticas eletroclínicas

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodólico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521.4801 \* [www.bioplants.com.br](http://www.bioplants.com.br)



02/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0001-  
Av. Msl. Floriano Peixoto, 4700 - Maitinga, Campina Grande - PB Data: 02/07/2019  
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz



Número do Prontuário: 75942

DATA DA CIRURGIA: 02/07/2019

Número do Atendimento: 1930961 Clin: AMARELA / Enf: 3 / Lei: 1

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

Data da Internação: 27/06/2019

Atendimento: 1930961

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fractura do 5º

Diagnóstico Pós-Operatório:

Fractura

Cirurgia: OSTEOSÍNTESE

Data da Cirurgia: 02/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: FLÁVIO

Anestesista: MARIA DO SOCORRO FARIAS MORAIS DE CARVALHO

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY + DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOST.
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSÍNTESE COM PLACA VOLAR EM "T" 3X3 FUROS + 3 PARAFUSOS CORTICAIS + FIXAÇÃO COM 1 FIO DE KIRSCHNER N° 2,0 SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 02/07/2019

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A.  
ORTOPEDISTA - MANGA  
CRM-PB 990

10.1.1.148/projetohtcg/impredescr.php?ID=2419&contar=1930961

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

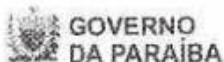
<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº PREDITÓRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Nome: <i>Luciano Henrique Ribeiro de Souza</i>			IDADE: <i>33</i>		SEXO: <i>mas</i>	CDR: <i>Prab</i>
DATA: <i>28/07/19</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO:		HEMÁCIA	HEMOSCOPIA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS:
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BROQUIITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO					DENTES	PÓSICO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					ATAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <i>AINE(s)</i>	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: <i>Fratura de Rádio Distal em M2e</i>					ESTADO FÍSICO: <i>PI</i>		RISCO: <i>Grav I</i>	
ANESTESIAS ANTERIORES:								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA:					APLICADA	AS:	EFETO	
AGED. ANEST. SIND:		CR:			INDUÇÃO			
LÍQUIDOS		<i>Lei 100</i>			Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	
CO2NOS					Laringo: espasmo: _____	Lenta: _____		
VP. ARTERIAL: O2- RESPIRAÇÃO					Náuseas: _____	Vômitos: _____		
AV. - ANESTESIA: O2- OFERTAÇÃO					Outros: _____			
					MANUTENÇÃO			
					<i>Tremel (si puf)</i> <i>Dormeaid 50mg (si puf)</i> <i>Fentanil 100 (si puf)</i>			
					ANESTESIA SATISF: Sim: _____ Não: _____			
					Não, por quê? _____			
					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: _____			
					Ostir.: _____	Co <sub>2</sub> : _____	Excit.: _____	
					Náuseas: _____	Vômitos: _____		
					Outros: _____			
					Com cânula:			
					Para o Leito: Sim: _____ Não: _____			
					CONDICÕES:			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO		<i>0</i>						
AGENTES		<i>xyloci clv/0.5%   Bupi 0.5% clv/0.5%   Dexonfome (si puf)   Ractidine (si puf)</i>						
TECNICA		<i>Fixação de Rx Braquial quieto por USG em M2e</i>			CÂNLULAS			
OPERAÇÃO		<i>Retirada Críptica de Fratura de Rádio Distal com Fixação em M2e</i>						
CIRURGIOS		<i>Dr. Cicarini + Eraldo</i>						
ANESTESISTAS		<i>Dra. Socorro Ferreira</i>						
OBSERVAÇÕES		<i>Perfusão de Pulso; PAF; Cardiomiolo Confuso;</i>						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGUÍNEA			

MPOU 098

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB







Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Luciano Henrique Reisen	Idade:	23
Convênio:		Data:	02/07/2017
Procedimento:	rod curva el flexor de hat de dedo distal		
Cirurgião:	Dr. Culler	Auxiliar:	
Inicio:		Término:	
			Anestesia: Bloqueio de flexor

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
22:15	127 x 62	82	98%	Erica	+	Consciente
23:00	120 x 70	87	97%	Erica	+	+

Observações:	ata Neuro.
--------------	------------

Assinatura Anestesista

## Circulante

## *Relatório de Operações*

卷之三



ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO						
SINAIS VITIAIS						
HGT: 113	SAT 02: 99	PA: 130X90	TEMP:	FC: 100	FR: 19	PESO:
DIABETES ( ) SIM (X) NÃO HAS ( ) SIM (X) NÃO						
DEF. MOTORA ( ) SIM (X) NÃO						
ALEGIAS : NEGA						
MEDICAÇÃO EM USO :						
ESTADO GERAL: BOM						
AVALIAÇÃO NEUROLOGICA						
SINTOMAS REFERIDOS						
<p>( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA          ( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA (X) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL          ( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL          ( ) EPIGASTRAGLIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE</p>						
ESCALA DE DOR: DOR MODERADA AMARELO						
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: AMARELO						

343

10.1.148/projeto/legis/imprensa/photocontar=1830922&amp;datahora=2019-06-27&amp;horario=19:29:00



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NO ME:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /	AS: :	B:
SETOR:	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTINUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESÊNCIA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPENICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVDI <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DISÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL (DIETA)	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFÍCITE MOTOR <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIPLÉGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:
				PESO:
RISCO DE QUEDA	CD/FR:			
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:			
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:			
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:			
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:			
NÁUSEA	CD/FR:			
DOR AGUDA	CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:			
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:			
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:			
	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
	FR: FATOR RELACIONADO			

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

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

M00 125





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

4100218

SSDS

PB

CPF

111.344.634-05

DATA NASCIMENTO

27/03/1996

FILIAÇÃO

LUCIANO SILVA

JANAINA RIBEIRO DE  
ARAUJO SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

06698784350

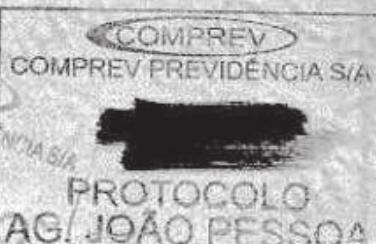
VALIDADE

25/01/2021

1ª HABILITAÇÃO

10/09/2016

OBSERVAÇÕES



*Luciano Henrique Ribeiro de Araujo Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO

04/12/2017

65605284386  
PB035836512

ASSINATURA DO EMISSOR

*Arreléu*  
PARAÍBA



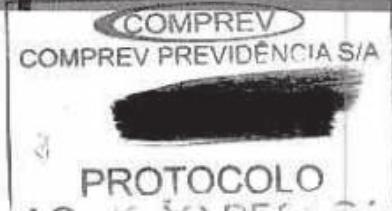
ROBIDO PLASTIFICAR

1545334699

1545334699

DETAN - PB		N° 014665960832	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CDR PEANAPE	ANH-14	FIM
1	00000000000000000000	10000000000000000000	
NOME:			
LUCIANO STELLA			
CNH-1225		PLACA	
1265-XOT01		1265-XOT01	
PLACA ANT. 18		CHASSIS	
NOVO		90000000000000000000	
ESPECIE TRO		COMBUSTIVEL	
HAB / METROPOLITANO / NÃO APPLC		HAB / GASOL	
MARCAS/Modelo		PLACA - ANO V	
HONDA/NXR150 EVO 150		2012 - 2012	
CAPACIDADE		CATEGORIA	
2 PESSOAS		E2000	
LICENCIAMENTO		VALIDADE	
10/10/2013		10/10/2013	
DATA DE PAGAMENTO		VALOR	
10/10/2013		R\$ 0,00	
PRÉMIO TAREFAIS/PES		PRÉMIO VENC.	
00/00/0000		00/00/0000	
DATA DE PAGAMENTO		00/00/0000	
DEBILHADO		00/00/0000	
SEM RESERVA DE DOMÉNIO			
DATA		00/00/0000	
COMPRA VENDA		00/00/0000	
00/00/0000		00/00/0000	

PB N° 014665960832	BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguraduralider.com.br">www.seguraduralider.com.br</a></p>		
<p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>		
<p>EXERCÍCIO 2013</p>		<p>DATA EMISSÃO 28/07/2013</p>
<p>PLACA 06Y2734 / PR</p>		<p>VEÍCULO HONDA / HONDA BRONX KS</p>
<p>RENAVAM 0047767171</p>		<p>VEÍCULO WORKSHOP 69085699926</p>
<p>MOT. FAB. 2012</p>		
<p>PRÉMIO TARIFÁRIO</p>		
<p>PRÉMIO L 445,44</p>		<p>SEGURADO *****</p>
<p>VALOR DO BILHETE PRE *****</p>		<p>VALOR SEGURADO</p>
<p>PAGAMENTO COTA UNICA</p>		<p>VALOR PAGAMENTO</p>
		<p>DATA DE EMISSÃO 27/05/2013</p>
<p>SEGURADORA LIDER - DPVAT</p>		
<p>CNPJ 00.248.668/0001-04</p>		
<p>3303 1503741 20130528</p>		



## PROTOCOLO DE APES

COMPREV  
COMPREV SECURIS DOMINICA  
03 OUT. 2010  
PROT. 5  
AG. JOÃO PES



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190578904      **Cidade:** Barra de Santa Rosa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO JUNIOR DE BRITO      **Data do acidente:** 17/04/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÉMUR ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.(P63,73,77,81)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190396349      **Cidade:** Barra de Santa Rosa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO JUNIOR DE BRITO      **Data do acidente:** 17/04/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG 74 81 84 85 - FOLHAS DE CIRURGIA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343093/19

**Vítima:** FABIO JUNIOR DE BRITO

**CPF:** 063.072.704-03

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 17/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FABIO JUNIOR DE BRITO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**FABIO JUNIOR DE BRITO : 063.072.704-03**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019  
Nome: FABIO JUNIOR DE BRITO  
CPF: 063.072.704-03

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

FABIO JUNIOR DE BRITO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 09:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111009270553100000034803390>  
Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 52