



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	
FABIO JINIOR DE BRITO (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36455775	10/11/2020 09:27	2763272_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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, contatos 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,

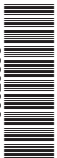
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14966777

Pag. 00717/00718 - carta_01 - INVALIDEZ

00020359





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

Rio de Janeiro, 27 de 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

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01167/01168 - carta_15R - INVALIDEZ

00110584



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:

063.072.704-03

Nome completo da vítima:

Fabio Junior de Brito

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

Nome completo:

Fabio Junior de Brito

CPF:

063.072.704-03

Profissão:

Recuso

Endereço:

Sítio Boa Água

Número:

512

Complemento:

Casa

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Barra de Santa Rosa

Estado:

PB

CEP:

58370-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 987088728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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:

Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0793 (Informar o dígito se existir)

CONTA:

0583696 (Informar o dígito se existir)

3

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

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):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 JUN 2019
PROTOCOLADO
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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Barra de Santa Rosa, 22/06/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

de Fabio Junior de Brito

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

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
Deposito em Conta Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agência: 5787 Maquina: 050889
Data: 17/06/2019 Hora: 15:12 N.Trans: 003912

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

Valor do depósito:

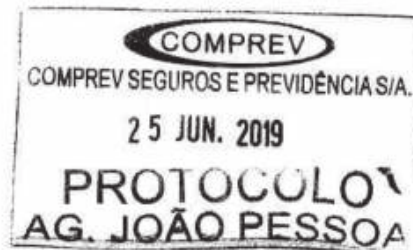
Titular: FABIO JUNIOR DE BRITO

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 às 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 ASI:	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:	CPF:	
LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAÚJO SILVA	111344634-05	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	RUA: ILHEUS	33
Bairro:	Cidade:	Estado:
BODEGONCO	CAMPINA GRANDE	PB
E-mail:	CEP:	
	59400-002	
	Tel.(DDD):	
	(33) 3921-2328	

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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: 0337 CONTA: 94305 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão: _____

Local e Data: JOÃO PESSOA, 02/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

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.





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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



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 **Fábio 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, Nº 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:

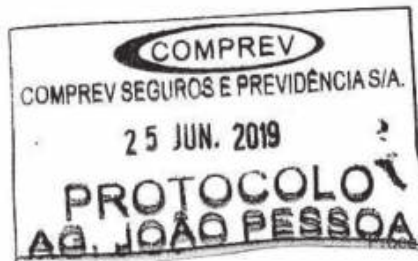
QUE NO DIA, 17/04/2019, POR VOLTA DAS 20:30, O DECLARANTE CONDUZIA A MOTO - HONDA POP 101I ANO/MOD. 2017/2017 DE COR VERMELHA DE PLACA QSA0479/PB CHASSI: 9C2JB0100HR521252; DE PROPRIEDADE DE ZIVANALDO DA SILVA DANTAS, QUE ESTAVA SAINDO DO TRABALHO PARA A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO SURTIU UMA OUTRA MOTOCICLETA 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 CONDILO + 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 fê.

João Pessoa/PB, 19 de junho de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


FABIO JUNIOR DE BRITO
Noticiante



Protocolo Policial: 06816.01.2019.1.00.401



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 ASI: 111344634-05 CPF da vítima: 111344634-05 Nome completo da vítima: 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: ILHEUS Número: 33 Complemento:
Bairro: BODEGONCO Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 59400-002
E-mail: Tel.(DDD): (33) 3921-2328

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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: 0337 CONTA: 94305 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão: _____ Local e Data: JOÃO PESSOA, 02/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

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.







Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 10

17 JUL 1966

27/06/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Panel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

() Internação a pedido do HOSPITAL

() Alta hospitalar / () Já revella

() Decisão Médica

() 10/11/19

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

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

BRADESCO2310201905000000000023700793000000581696168750 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>

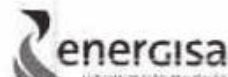
Número do documento: 20111009270553100000034803390

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica: Nº 004.451.331



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 - Ins. Est. 16.913.619-1

DADOS DO CLIENTE

EDNAIRA SINARA DA SILVA LUIZ
RUA ILHEUS 73
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/78430-6

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

20/08/2019

CONSUMO

238

VENCIMENTO

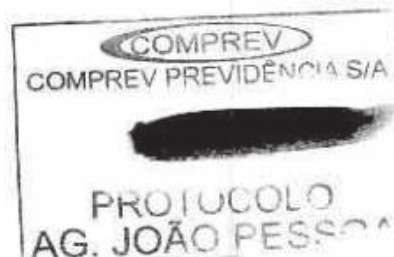
01/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 167,29

Acesse: 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: 3054-3/2057-5				



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

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, LUCIANO SILVA

RG nº 2334084, data de expedição 26/07/1994

Órgão SSP - PB, portador do CPF nº 026 581 034 - 06

com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LUCIA DE FÁTIMA GAYOSSO VILHARIM, nº 194

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

LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAÚJO SILVA cujo o condutor era

Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva

Veículo: MOTO Modelo: NXR 150 Bros KS Ano: 2012

Placa: DEY 2736 Chassi: 9C2KD0560CR509926

Data do Acidente: 27/06/19

Local e Data: Campina Grande - PB 17 de Julho de 2019

L. Luciano Silva

Assinatura do Declarante

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

CAMPINA GRANDE CARTÓRIO ONIBUS DO INSTITUTO DE SÃO JOSÉ DA MATA
Rua Benedito Romariz, 44 - Centro de São José da Mata - Campina Grande - PB
Cep: 57065-000 - Fone: (35) 3334-1000 / 3334-1008 / 3334-1009
CNPJ: 06.940.888/0001-90 - Insc. Estadual: 57.000.000-00

Reconheço a assinatura de L. Luciano Silva

Circule ☐ SINAL PÚBLICO ☒ AUTENTICIDADE ☐ SEMELHANÇA

Campina Grande - PB - 17 JUL 2019

SELO NORMAL
SELO DIGITAL Nº ARV93434-PRRA

Consulte a autenticidade logo. Selo digital tem prazo

Rodolfo Freire Costa
Oficial Registrador
Cartório S. J. da Mata

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Dr. André Luiz Barbosa Bezerra de Lima

Clínica Médica | Dermatologia Cirúrgica

CRM 6567/PB

Laudo Médico

*Doente Luciano Henrique
Ribeiro de Araujo Silva portador
de CID. S52.5 devido Trauma por
acidente de moto tendo sequelas
e comprometimento de 50% da
Região afetada levando aometim-
ento (estético e motor) irreversível
da Região impossibilitando as
atividades Rotineiras.*

*Diagnóstico Segundo exame de
imagem*

Segue em Anexo

*Diagnóstico Segundo Anamnese
e exame Físico*

Rua. Carolino Cardoso nº 634 Praia do Poço - Cabedelo

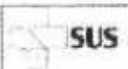
✉ drandrelima2006@yahoo.com.br

☎ 83 98771.5270 ☎ 83 98877.8954

*Dr. André Luiz B. de Lima
Médico Especialista em
Dermatologia Cirúrgica
CRM 6567/PB
83 98771.5270*



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

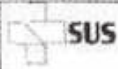
 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1930961	
7 - CARTÃO DO SUS 700503753457159		8 - DATA DE NASCIMENTO 27/03/1996	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Femi <input type="checkbox"/>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA JESUINO ALVES CORREIA, 493, JARDIM PAULISTANO		12 - CID-10 83 986018707	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	
15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dr. RUIZ @ APS TRAUMA Dr. @ UMITB</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tto cirurgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico + Rx</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract. radio distal @</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Amputação</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 321	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016286914922	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE THIAGO PEDRO DE A ALVES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/06/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE		
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE		
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA	
41 - COOR		42 - COOR	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISSOR	
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



27/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

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

 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		23	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		23	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		193	
LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA			
7 - CARTÃO DO SUS		5 - DATA DE NASCIMENTO	
700503753457159		27/03/1996	
9 - SEXO		11 - TELEFONE DE CASA	
Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		83	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			
JANAINA RIBEIRO DE ARAUJO SILVA			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
RUA JESUINO ALVES CORREIA, 493, JARDIM PAULISTANO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD/POC MUNICÍPIO	15 - UF
Campina Grande		250400	PB
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p><i>Do R. L. L. @ A. D. T. O. A.</i> <i>E. F. D. O. U. M. T. A. S.</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p><i>T. C. I. A. C. C. O.</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p><i>Exame Fígado + Ru</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
F. I. A. T. I. N. G. O. S. T. A. Z. @			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PR	
<p><i>Retorno</i></p>			
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SO
001	02		980016286914922
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)
THIAGO PEDRO DE A ALVES		27/06/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CN	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DT
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
1 / 1			

10.1.1.148/projetohtcg/impreintamento.php?centar=1930961



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Leandro Henrique Ribeiro de Araújo Silva</u> <u>DN: 27/03/96</u>						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>Sus</u>	<u>23 anos</u>	<u>1930-8-22</u>		
CIRURGIA <u>Redução de hérnia de parede</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Fuller + Dr. Eustan</u>				
ANESTESIA <u>Intubação de traqueia</u>		ANESTESIA <u>Dr. Sécuro Carvalho</u>				
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM			
<u>Flavio</u>	<u>02/07/2019</u>	<u>20:30</u>	<u>21:50</u>			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	15		Catgut cromado Sertix	
	Dimora amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Eflone ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenogam amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Jocosa ml			Ethibond	
	Ketalar ml	01		Ethibond	
	Mercaína % ml			Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Proglumina amp.	05		Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutapak	
	Quelcin ml	05		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		01	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	01		Prolene Sertix	
	Decadron amp.			Prolene Sertix	
	Dipirone amp.	02		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.	03		Prolene Sertix	
	Flebocortid amp.			Prolene Sertix	
	Geramicina amp.			Prolene Sertix	
	Glicose amp.			Prolene Sertix	
	Glucon de Cálcio amp.			Prolene Sertix	
	Haemacel ml	05		Prolene Sertix	
	Heparema ml			Prolene Sertix	
	Kanakion amp.	05		Prolene Sertix	
	Lasix amp.	05		Prolene Sertix	
	Medrozinazol.	02		Prolene Sertix	
	Plasil amp.	04		Prolene Sertix	
	Prolamina	01		Prolene Sertix	
	Revivan amp.			Prolene Sertix	
	Suptanon amp.			Prolene Sertix	
	Cetalarina 1g			Prolene Sertix	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Prolene Sertix	
	Agulha desc. 25 x 7	01		Prolene Sertix	
	Agulha desc. 28 x 28			Prolene Sertix	
01	Agulha desc. 3-45 40 x 12	05		Prolene Sertix	
	Agulha p/ raque nº			Prolene Sertix	
05	Alcool de Enfermagem 70%			Prolene Sertix	
	Alcool Iodado ml			Prolene Sertix	
03	Ataduras de Crepon 15 cm			Prolene Sertix	
03	Ataduras de Gessada 15 cm			Prolene Sertix	
02	Aze metileno amio			Prolene Sertix	
	Benzina ml			Prolene Sertix	

Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ring fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	EQUIPAMENTOS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ring fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Maria G. Silva
 Técnica de Enfermagem
 COREN/PB - 577781

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 006





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICA

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

Assinatura Anestesista







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 18 00 06
2	DIETA LIVRE	320
3	IELCÓ SALINIZADO AT	CT
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, ANTES DO CAFE	06
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	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

Dr. Schubert Costa
Cirurgião Geralista, RIA
Cirurgião da Coluna
CRM-PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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: / / às : h		
SETOR:		LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	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 NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <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"/>
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	RESTRIÇÃO NO PEITO <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <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				
<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:	
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
			FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
DESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		ARMAZENAMENTO	ASSINATURA	
<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 O2 A 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 DECÚBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, 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.				

MOD 121





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.1

Data: 28/06/201

Horas: 13:18:4

Médico (a) Dia:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

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

Nome da Mãe: JANAÍNA 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,	14
2	DIETA LIVRE	
3	JELCO SALINIZADO	
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	66
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	17

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

Hallisson Barros De Almeida
CRM: 195.150.2



29/06/2019

H013-Panel Administrativo

CNPJ: 10.848.190

Data: 29/06/2019

Hora: 06:15:52

Médico (a) Diariz



GOVERNO
DA PERNAMBUCO

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 RADIO DISTAL E

DIA 29/06/2019

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

Item	Prescrição	
1	PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido,	1A
2	DIETA LIVRE	C
3	BELECO SALINIZADO	C
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, ANTES DO CAFE	U6
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	C

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:ctog@mpnpevo.php?data=2019-06-29&cont=1930961&IDC=24811



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

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

Número do documento: 20111009270553100000034803390

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA

NOME:			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /	
SETOR:	LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	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 NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>
	DISÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARALISIA <input type="checkbox"/>
SIST. GÁS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SN <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESE <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA: /	T: /	FR: /
RISCOS DE COMPLICAÇÃO			
<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	ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO <input type="checkbox"/>	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	
		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
DESAFIO			
<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 O2 A 02 L/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 DECÚBITO DE 45°			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA)			
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO			
<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			



30/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/06/2019

Horas: 12:15:06

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

GOVERNO
DA PERNAMBUCO**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

Clínica: 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	Apazamento
1	PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido,	10/24/06
2	DIETA LIVRE	0/2
3	JELCO SALINIZADO	0/2
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS. ANTES DO CAFE	0/2
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	0/2

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

Dr. Julio Cesar Castro
Geriatria e Gerontologia
CRM 10.848.190 / CRM 10.848.190





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME:									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	h
SETOR:				LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	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 NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		<input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE		<input type="checkbox"/>	ORIENTADO		<input type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO		<input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO		<input type="checkbox"/>	EUPNEICO		<input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		<input type="checkbox"/>	POLÚRIA		<input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA		<input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA		<input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA		<input type="checkbox"/>	ANÚRIA		<input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA		<input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO		<input type="checkbox"/>	ACAMADO		<input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA		<input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA		<input type="checkbox"/>	PARESIA		<input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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"/>
			<input type="checkbox"/>			<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"/>	DEFICIT 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									
APRESENTAÇÃO									
ASSINATURA									
<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 O2 A 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 DECÚBITO DE 45°								
<input type="checkbox"/>	MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO								
<input type="checkbox"/>	MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, 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 AS REPOSTAS DO PACIENTE								

1800 125



27/06/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 27/06/20

Hora: 19:41:1

Médico (a) Dia



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

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

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	01g 4x6v (S/D) S1
2	DIETA LIVRE	✓
3	JELCO SALINIZADO	✓
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. ICAPS. ANTES DO CAFE	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓

17 JUN 2019

10.1.1.148/projetohctg/enviarprescri.php?data=2019-06-27&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. 31

02/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/07/2019

Horas: 10:30:06

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1930961 Paciente: LUCTANO 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

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

DIA 02/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apazamento
1	PARACETAMOL 500 MG 4Comprimido,	12 24 08
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

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA
CRM 5513

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues



08 07 2019

OGM

PA. Biotecnologia

Foram encontradas alterações
com alterações fisiológicas
presente. Ocorrência de alteração
para múltiplas causas. W.C. 2. M
e seguir as medidas de controle

Jaci Fagundes Lima
Técnico de Entomologia
COREN 820835



02/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 02/07/2019

Horas: 21:21:36

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

GOVERNO
DA PARAÍBA

OK!

OK!

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

Clínica: AMARELA Enfermaria: 2 Leito: 2 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL E

DIA 02/07/2019

MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz / 82

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h OD/ID Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	OK
2	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, DILUIR EM 100 SF E CORRER LENTO DE 8/8H	

Poi sem intercorrências.

Cb. VPM + Rx de controle.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

03/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/07/2019
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03 NOME: Hallisson Barros De Almeida



GOVERNO
DA PARAIBA

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: OSTEOSINTESE

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: CEFALOXINA + 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

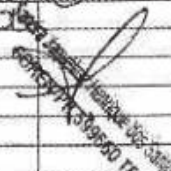
Assinatura/Carimbo
Hallisson Barros De Almeida

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



RESULTADO DE EXAMES									
EXAMES									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AValiação	ASSINATURA / CARIMBO
02/07/2008	08:00	120 70						Paciente consciente e Orientado medicado com analgésicos, sem queixas no momento do cuidado do enfermeiro.	
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM DIURNA					INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM NOTURNA				

REGISTERS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
08/07/2000	08:00	120 70						Baixa corrente e Urinado medido comprimento medica, sem queixas no momento do cuidado do enfurnagem.	

09/07/08:00	↓ 20
	70

609-788-1111

INTERVALO DE ENTREGA EM DIAS		INTERVALO DE ENTREGA EM HORAS	
1	2	1	2
3	4	3	4
5	6	5	6
7	8	7	8
9	10	9	10
11	12	11	12
13	14	13	14
15	16	15	16
17	18	17	18
19	20	19	20
21	22	21	22
23	24	23	24
25	26	25	26
27	28	27	28
29	30	29	30
31	32	31	32
33	34	33	34
35	36	35	36
37	38	37	38
39	40	39	40
41	42	41	42
43	44	43	44
45	46	45	46
47	48	47	48
49	50	49	50
51	52	51	52
53	54	53	54
55	56	55	56
57	58	57	58
59	60	59	60
61	62	61	62
63	64	63	64
65	66	65	66
67	68	67	68
69	70	69	70
71	72	71	72
73	74	73	74
75	76	75	76
77	78	77	78
79	80	79	80
81	82	81	82
83	84	83	84
85	86	85	86
87	88	87	88
89	90	89	90
91	92	91	92
93	94	93	94
95	96	95	96
97	98	97	98
99	100	99	100





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

BOLLEIN DE ENFERMERIA

NOME: Luciano Henrique de Aguiar			
IDADE: 23	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: 1 1	
SETOR: Amarelo		LEITO: 3	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Retenção de material na de todos			
ALERGIAS:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	Dipirona / Ibuprofeno
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	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:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>
	DISÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARAPLEGIA <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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: 120/80	T: 36,5	FR: 18
			FC: 72

[illegible]

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

<input checked="" type="checkbox"/>	MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	M T N
<input type="checkbox"/>	REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	
<input type="checkbox"/>	ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.	
<input type="checkbox"/>	INSTALAR CATÉTER DE O2 A 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 DECÚBITO 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.	sempre
<input checked="" type="checkbox"/>	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	sempre
<input checked="" 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.	sempre





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

TEMPO DE COAGULACAO

8'00''

(DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:50)
Material: Soro
Método: ImmWhite

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

TEMPO DE SANGRAMENTO

1'36''

(DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:50)
Material: sangue
Método: Duka

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS

Imagem 2 - Imagem - Captura 610/70/52 - 1 operação

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FB13-2968-4010-66A7-9F3E-D4CC-A757-004E





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: 0006473890 RG:
Data: 28-06-2019 11:50 Origem:
Idade: 23 anos Destino:

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 28/06/2019 11:49)

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
V.C.M.....
H.C.M.....
C.H.C.M.....

Resultados

5.10 milhões/mm³
15,0 g/dL
45,1 %
88 fL
29 pg
33 g/dL

Valores de Referência

4,2 a 6,0 milhões
13,5 a 16,0 g/dL
40,0 a 52,0 %
84,0 a 102,0 fL
27,0 a 31,0 pg
32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

6.800 /mm³
(%)

(/mm³)

5.000 a 10.000 /

Neutrófilos

Promielócitos.....
Mielócitos.....
Metamielócitos.....
Bastonetes.....
Segmentados.....

0
0
0
2,0
61,0

0
0
0
136
4.148

40 a 70 % - 1.
0 a 5 % - at
0 a 2,0 % - at

Eosinófilos.....
Basófilos.....

1,0
0

68
0

0 a 5 % - at
0 a 2,0 % - at

Linfócitos

Típicos.....
Atípicos ou Reativos.....

33,0
0

2.244
0

20 a 40 % - 1.
0 a 10 % - at

Monócitos.....

3,0

204

2,0 a 10 % - at

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

252.000 mm³

150.000 a 450.000

OBSERVAÇÕES.....

Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

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



**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0065

Hospital: Hospital de Urgência Código: _____
Procedimento: Exatise e fixação de torniquete Cód. Procedimento: _____
Paciente: Luciano Henrique de Melo
Data da Cirurgia: 02/07/2020 Nº prontuário: 3930922 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. Euler Código: _____ (☐) Reposição (☐) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa em T 3x3 curvo			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3.0 mm)	Nº	06	38	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.						

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 5007

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



02/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/003

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB

Data: 02/07/2019

**GOVERNO
DA PARAIBA**

Número do Prontuário: 75942

DATA DA CIRURGIA: 02/07/2019

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA

Data da Internação: 27/06/2019

Atendimento: 1930961

Diagnostico Pré-Operatório:

FA NÓDO DÓR E

Diagnostico Pós-Operatório:

0 nme

Cirurgia: OSTEOSINTESE

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 + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOST.
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE COM PLACA VOLAR EM "T" 3X3 FUIROS + 3 PARAF. CORTICAIS + FIXAÇÃO COM 1 FIO DE KIRSCHNER Nº 2,0 SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 02/07/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves CruzDr. Euler Fabricio A.
MR. ORTOPEDIA - TRAUMAT.
CRM-PB - 9902

10.1.1.148/projeto/htcg/impredecri.php?ID=2419&contar=1930961



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

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

Número do documento: 20111009270553100000034803390

Num. 36455775 - Pág. 41

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUBCC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva</u>				IDADE: <u>33</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Brn</u>
DATA: <u>06/07/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCITOS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
					ASMA	BRONQUITE		
AR RESPIRATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AR CIRCULATÓRIO								
AR DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AR URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA: <u>AINES</u>	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: <u>Fratura de Rádio Distal em MSE</u>					ESTADO FÍSICO: <u>PI</u>	RISCO: <u>Grav I</u>		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
CÓDIGOS		<p>Indução</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><u>Fremel (a pump)</u></p> <p><u>Dormamid 50mg (a pump)</u></p> <p><u>Fentanyl 50mcg (a pump)</u></p> <p>ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO _____</p> <p>Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Paro o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES: _____</p>						
LÍQUIDOS								
CÓDIGOS								
VP ARTERIAL, CPULSO, O - RESPIRAÇÃO								
AV - ANESTESIA, O - OPERAÇÃO								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSICÃO		<u>Prone</u>						
AGENTES		<u>Xyloc. 40 (0,5%) / Propofol 0,5% (a pump) / Rocuronio 10mg (a pump) / Rocuronio 10mg (a pump)</u>						
TÉCNICA		<u>Intubação de R. Braquist. guiado por US. em MSE</u>						
OPERAÇÃO		<u>Redução Cirúrgica de Fratura de Rádio Distal com Fixação em MSE</u>						
CIRURGIOS		<u>Dr. Cristian + Eder</u>						
ANESTESISTAS		<u>Dr. Luciano Gomes</u>						
OBSERVAÇÕES		<u>Pré-medicação: Atarax, Cardiotônico Contínuo;</u>						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA			

MOD 088

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



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. 42

Seleção de 1000 pessoas para o concurso
 de 1000 pessoas para o concurso
 de 1000 pessoas para o concurso
 de 1000 pessoas para o concurso

1000
 1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000
 1000

1000

1000

1000

1000
 1000
 1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000





Uchuu
Allama Gushan 75133-ENF
COREN-1-P8-7

ENFERMEIRO/COREN
Ailana Gusmano Uchoa

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

SINAJIS VITAIS
HGT: 113 SAT 02: 99 PA: 130X90 TEMP: FC: 100 FR: 19 PESO:

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

ALERGIAS: NEGA
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Modello di riferimento per la gestione delle risorse umane



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

10.1.1.148projetohig/impresclassi.php?contar=183922&dataend=2019-06-27&horariend=18:20:00



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:	/ / às : h
SETOR:	LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	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 NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/> DISÚRIA <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (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: <input type="text"/>	T: <input type="text"/>	FR: <input type="text"/> FC: <input type="text"/> PESO: <input type="text"/>
<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"/> DEFICIT 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			
<hr/>			
<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 O2 A 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 DECÚBITO DE 45°			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			
RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.			





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



NOME
LUCIANO HENRIQUE RIBEIRO DE ARAUJO SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
4100218 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
111.344.634-05 27/03/1996

FILIAÇÃO
LUCIANO SILVA

JANAINA RIBEIRO DE
ARAUJO SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
06698784350 25/01/2021 10/09/2016

OBSERVAÇÕES

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Luciano Henrique Ribeiro de Araújo Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
04/12/2017

65605284386
PB035836512

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

VALIDA EM TODO
TERITÓRIO NACIONAL
1545334699

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545334699



DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		Nº 014665960832	
VIA	COD. RENAVAM	DATA EMISSÃO	EXERCÍCIO
1	000120	27/05/2019	2019
PLACA 0265701406			
PLACA ANTIGA 0265701406			
ESPECÍFICO ITA/MOTOCICLETA/AUT. APLIC.			
MARKA/MODELO HONDA/REX140 BROU KS			
ANO FAB. 2012			
CAP. INST. 150/149 /C1			
CATEGORIA PARTEIC			
CON. PROFISSIONAL LIBERADA			
DATA ÚNICA 15/05/2019			
PREMIO TARIFARIO SEGURO PAGO			
DATA DE PAGAMENTO 27/05/2019			
SEN. RESERVA DE DOMINIO			
DATA 27/05/2019			

PB Nº 014665960832		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	COD. RENAVAM	DATA EMISSÃO	EXERCÍCIO
1	000120	27/05/2019	2019
PLACA 0265701406			
PLACA ANTIGA 0265701406			
ESPECÍFICO ITA/MOTOCICLETA/AUT. APLIC.			
MARKA/MODELO HONDA/REX140 BROU KS			
ANO FAB. 2012			
CAP. INST. 150/149 /C1			
CATEGORIA PARTEIC			
CON. PROFISSIONAL LIBERADA			
DATA ÚNICA 15/05/2019			
PREMIO TARIFARIO SEGURO PAGO			
DATA DE PAGAMENTO 27/05/2019			
SEN. RESERVA DE DOMINIO			
DATA 27/05/2019			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS



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 FÊMUR 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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 médico-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 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

FABIO JUNIOR DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

