



Número: **0826089-35.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/11/2020**

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	
CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SANDRO MANGUEIRA BEZERRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47083810	13/08/2021 14:44	<a href="#">Petição</a>	Petição
47083812	13/08/2021 14:44	<a href="#">2778236_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
47083813	13/08/2021 14:44	<a href="#">2778236_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607258

Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

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 15029152





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, 08 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190607258**

**Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS**

**Data do Acidente: 18/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS**

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: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000041**

**Conta: 00000475516-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

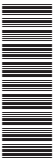
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01863/01864 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020932





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 037 56 49/19 3 - CPF da vítima: 121568484-32 4 - Nome completo da vítima: Caio Fabio Nobrega Medeiros

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

5 - Nome completo: Caio Fabio Nobrega Medeiros 6 - CPF: 121568484-32  
7 - Profissão: RUA Rua Jose Pucipacio 8 - Endereço: 9 - Número: 061 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430-490  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8128

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 475516 8 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver ou não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

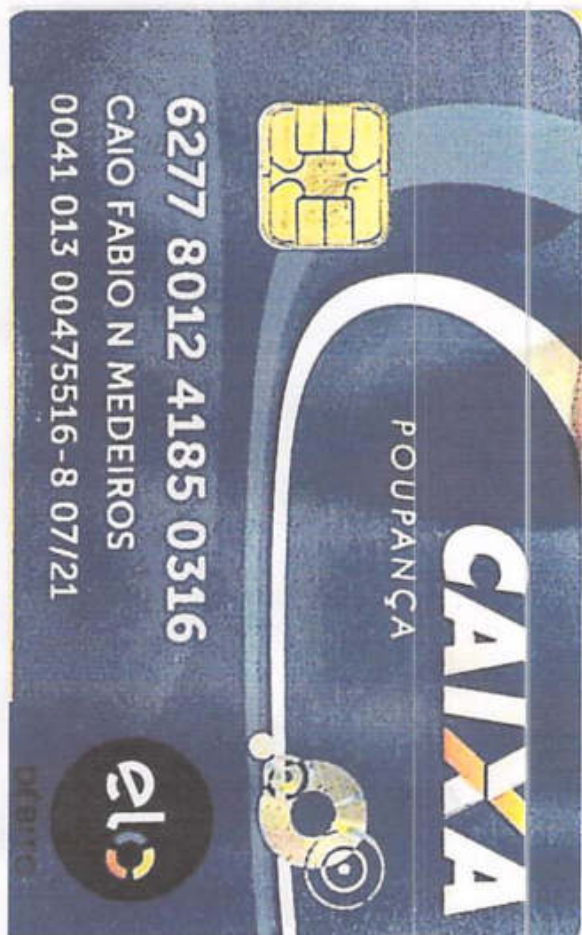
40 - Local e Data, Campina Grande 28/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10610.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10610.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:43 horas do dia 13 de setembro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Caio Fábio Nobrega Medeiros**, CPF nº 121.568.484-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar Administrativo, filho(a) de Marizete Nobrega Silva e Francisco de Assis Silva Medeiros, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 15/08/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Precipício, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Escola Presidente Kennedy, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Liberdade, Praça da Liberdade, Campina Grande/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/07/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 18/07/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN ANO 2016, PLACA QFO-7867/PB, CHASSI 9C2KC2210GR511955, REGISTRADA EM NOME DE PEDRO SILVA MEDEIROS, NO BAIRRO DA LIBERDADE, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NA MESMA RUA DESTE NOTIFICANTE, TROCOU DE FIXA DE ROLAMENTO SEM SINALIZAR E QUANDO ESTE NOTIFICANTE TENTOU DESVIAR PARA NÃO COLIDIR, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A VIR NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PATELA DIREITA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. YWRY DE PAIVA CAMARA.

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, 13 de setembro de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS  
Noticiante

Procedimento Policial: 10610.01.2019.1.00.401



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190607258 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 29/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PATELA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (BANDA DE TENSÃO) E ALTA MÉDICA. (P34 P55 P72 P81)

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

**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 MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**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







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0375649/19 3 - CPF da vítima: 121568484-32 4 - Nome completo da vítima: Caio Jobio Nobrega Medeiros

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

5 - Nome completo: Caio Jobio Nobrega Medeiros 6 - CPF: 121568484-32  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua José Príncipe 9 - Número: 261 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430-490  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 475516 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000475516-8

---

---

Nr. da Autenticação DCE062E344C8DEBC



**DOCUMENTO PARA PAGAMENTO**

Documento não é segunda via de conta.  
Banco para sempre pagamento da conta de energia elétrica. Nº 004.330.136

**ENERGISA**  
Energisa Bovesma - Distribuidora de Energia S/A  
Av. Dep. Raimundo Azeite, 4799 - 8m 210 - KM 152 - 764 km36  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 06.876.596/0001-05 - BULFAX 15.053.39-7

**DADOS DO CLIENTE**  
FELICIANO NUNES DA SILVA  
RUA JOSE PRECIPICO 261  
CAMPINA GRANDE

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	19/07/2019	138	26/07/2019	R\$ 121,75

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**  
4/265836-7

**ENERGISA**  
Energisa Bovesma - Distribuidora de Energia S/A  
Av. Dep. Raimundo Azeite, 4799 - 8m 210 - KM 152 - 764 km36  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 06.876.596/0001-05 - BULFAX 15.053.39-7

**FELICIANO NUNES DA SILVA**  
Roteiro: 12-401-654-445  
816700000001-8 21750147000-9 02658362019-5 07000401019-8

**VERBIMUNDO**  
TOTAL A PAGAR  
R\$ 121,75  
26/07/2019  
MARTECINA

**VERBIMUNDO**  
TOTAL A PAGAR  
R\$ 121,75  
26/07/2019  
MARTECINA

**ENERGISA**  
Energisa Bovesma - Distribuidora de Energia S/A  
Av. Dep. Raimundo Azeite, 4799 - 8m 210 - KM 152 - 764 km36  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 06.876.596/0001-05 - BULFAX 15.053.39-7

**ENERGISA**  
Energisa Bovesma - Distribuidora de Energia S/A  
Av. Dep. Raimundo Azeite, 4799 - 8m 210 - KM 152 - 764 km36  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 06.876.596/0001-05 - BULFAX 15.053.39-7



19/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:17

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO  
DA PARAÍBA

8

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 19/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 2º 3º 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	At

Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
Cirurgião da Coluna  
CRM/PB 5523







19/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:52

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

8

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 19/07/2019 HORA: 09:13:38

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS  
CD AGUARDA TRANSFERENCIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CLÍNICA DA COLUNA  
CRM/PB 5523



18/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/07/2019

Horas: 20:09:46

Médico (a) Diarista : Otavio Ferreira Junior

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 18/07/2019 HORA: 20:08:20

PACIENTE LOTE E BEG, COM QUEIXA ALGICA EM JOELHO D  
CONDUTA: INTERNAÇÃO HOSPITALAR. 2. SOLICITO PRE-OPE

ASSINATURA + CARIMBO  
Otavio Ferreira Junior

Dr. Otavio Ferreira Jr.  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PB 7103



Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SF	
7	NECESSARIO	
8	RAMITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMF, 12h/12h	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISEKINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SF	
11	NECESSARIO	
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O. ICOMF, FAZER SF NECESSARIO	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Dr. Cláudio Ferreira Jr.  
CRM 103.7103

DIA 18/07/2019  
MÉDICO(A): Cláudio Ferreira Junior /

DADOS DO PACIENTE:  
Nº do prontuário: 47233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019  
Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M  
Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO  
DA PARAIBA

HTCG-Painel Administrativo

Data: 18/07/2019  
Horas: 20:10:19  
Médico (a) Diasia : Cláudio Ferreira Junior





GOVERNO  
DA PARAÍBA

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:52

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233

Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA

Data de Nascimento: 15/08/1999

Sexo: M

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 11

Leito: 3

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 19/07/2019

HORA: 09:13:38

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS  
CD AGUARDA TRANSFERENCIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa  
ORÇÃO DE TRATAMENTO  
Cirurgia da Coluna  
CRM/PB 5523

1/1

119-07-18600947234/DC=29834









GOVERNO  
DA PARAÍBA

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:17

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigu

8

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 19/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 20 30 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 24 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTAPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	AT

Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 47PB 5523



$\frac{20}{07}$  P. 1. 120 P. 77 T. 36,6  
19  
Yefraes



20/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 20/07/2019

Horas: 06:45:23

Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 20/07/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14, 20, 26
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12-18 20 01/6
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 20
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	(12) (20)
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 24h)	12
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	CT
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

Ywry de Paiva Câmara  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 10907

BEG. ext. si que xis.

ad. up-1

Ywry de Paiva Câmara  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 10907

Data: 21/07/2019

Horas: 13:22:12

Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

8

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 21/07/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

em	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ct
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1 FRASCO, 8h/8h	ct
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1 COMP. 12h/12h	(18) F 06 F.F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1 COMP. FAZER SE NECESSARIO	SR
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct

32054

336, estável. si queixas.

diurna (+) e noct (+)

ct: vpm

Aguarda unguie.

Ywry de Paiva Camara  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 10907





22/07/19 Consciente, orientado, afebril,  
aceto dieta. Admitido nesta unidade  
proveniente da Ola Imarela. Segue  
as cuidados. Ana Nery

Ana Nery de Lourdes Silva  
COREN-PB 250705-TE

22/07 201004 P.A: 130x80.

Paciente evolui com a tosse orientada, o mesmo

na referida situação. Lucas



22/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/07/2019

Horas: 10:04:39

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233      Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS      Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA      Data de Nascimento: 15/08/1999      Sexo: M

Clinica: AMARELA      Enfermaria: 8      Leito: 1      Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D      Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 22/07/2019      HORA: 10:04:18

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS  
CD AGUARDA TRANSFERENCIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa  
ORTOPEDIA - ORTOMANIPULADOR  
Cirurgião da Coluna  
CRM/PB 5523



22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 22/07/2019

Horas: 10:03:47

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	3ND
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	12 00 F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	14
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	5N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	5N

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



23/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DO PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/07/2019

Horas: 09:16:03

Médico(a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18100

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 23/07/2019 HORA: 09:14:21

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO. SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

### CONDUÇÃO:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

*Abriu tala para avaliar condições de pele*

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825



23-07-19

Paciente estável, consciente e  
sem queixas, foi aberta a  
tela, trocado o acesso venoso,  
medicado e segue aos cuidados  
da Enfermagem.

PA - 120 x 70

Ø

FC - 74

23-07-19

Paciente estável, sem queixas,  
medicado, segue aos cuidados  
da Enfermagem.

PA - 110 x 70

Ø

FC - 77





23/07/2019

nTCG-Painel Administrativo

Data: 23/07/2019

Horas: 09:16:25

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 23/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	<del>3</del> <del>18</del> <del>24</del> <del>9</del> <del>6</del>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>12</del> <del>24</del>
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h S/N	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	(12) (6) F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<del>24</del>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ciente

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7825



24/07/19 Paciente consciente, orientado, acuta de-  
ta. 19/07/2019 P.A. = 120x90; P = 68. Seguem os cui-  
dados. Mary.

Ana Nery de Lourdes Silva  
COREN-PB 250705-TE

24/07/2019

21:00

PA = 120/80 20



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 24/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12/18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24 14.22 06
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	SN
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Cient.
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	Cient.

## # Evolução #

Paciente segue em leito de enfermaria, em BEG, consciente e orientado, com queixa de dor em joelho @ (-/+), principalmente à noite.

Sono preservado, diurese (+), evacuações (+).

# Cd: - VPM.

- Aguarda cirurgia.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825



25-07-19

10h30 36,52 100x60

Paciente mantendo Jéco  
realizado volvi reu Queixas  
no momento, medicado conforme  
prescrição médica. O mesmo aguarda  
procedimento cirúrgico

Katia Silvana Mota de Figueiredo  
COREN-PA 05.017-TE

25-07-19 20h11 PA: Por 70 mmHg

Paciente em BEG, segue sem queixas  
até o momento. M.C.P. 11

Franco A.V.P.

} Salvo



5/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/07/2019

Horas: 08:03:42

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 08:02:53

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).

SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

# CONDUÇÃO:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo  
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo  
MR. Ortopedia  
CRM-PB 7825



Dra. Ana Maria da Silva Anselmo  
MRL. Ortopedia/Traumatologia  
CRM 7825

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 MIL E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 36
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	12 18 24 36
4	Reconstituir 2ML ABD.	
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/MIL 1 MIL E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	12 18 24 36
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 MIL E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12 18 24 36
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/MIL 2 MIL E.V. 1AMPOLA, 12h/12h	12 18 24 36
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 MIL S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	12 18 24 36
9	MANTER COM JEI.CO HEPARINIZADO	

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

DIA 25/07/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRAATURA DE PATELA D

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

DADOS DO PACIENTE:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO  
DA PARAIBA

5/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 25/07/2019

Horas: 01:31:19

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo





25-07-19

10hs - 36,5° 100x60

Paciente mantendo jejum  
normalizado volui reter queixas  
no momento, medicado conforme  
prescrição médica o mesmo aguarda  
procedimento cirúrgico

Kátia Silvana Monteiro de Figueiredo  
COREN-PB 86.017-TE

25-07-19 20h PA: 120x70 mmHg

Paciente em BEG, segue sem queixas  
até o momento. M.C.P. 11

Tratado A.V.P. } Salina



5/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 25/07/2019

Horas: 01:31:19

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 25/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 22 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ciente

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR, Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PB 7825





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 09:37:12

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 26/07/2019 HORA: 08:42:40

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).


SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

### # CONDUTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA  CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dr. Ana Maria da S. Anselmo  
CRM-PB 7825  
Médico Ortopedia - Traumatologia



26-07-19

10h → 36,5° 120x80

Paciente mantendo Jato raluzado  
wobui sem Queixas no momento  
medicado conforme prescrição  
medica, e mereu aguarda procedimento  
cirurgico

Kátia Silvana M. de Figueiredo  
COREN-PR 486.017-TE

26/07 20:00h

PA 120x80

Débora



26/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 26/07/2019

Horas: 08:14:35

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12-18-24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12-24 06
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	14-22 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18-20 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	



27/07  
08:00h

P.A. 120x80

SAT.98

R. 77

Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue sob  
cuidados da enfermagem.

Debona

27/07

25:00

PA 160/80 De,



27/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 09:41:15

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 D1 - 18104

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 09:41:01

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).

SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

#### ≡ CONDUTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo





Data: 27/07/2019

Horas: 09:40:35

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00h)	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12.18.24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 24
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	14 22 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SV
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	Suspensa 20
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
MR. ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA  
ERM - PE 8928



28/07 -> Paciente em pós operatório imediato.  
PA: 100 x 70

Valéria nº

22 horas -> PA: 110 x 70 Valéria nº



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Admissão: 18/07/2019 DI - 10

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Otavio Ferreira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h OD/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 26
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	CURATIVOS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 11:19:27

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE FRATURA DE PATELA D SEM INTERCORRÊNCIAS.  
CONDUTA: 1. VPM. 2. VBO. SOLICITO RX POS-ÓPEASSINATURA + CARIMBO  
Otavio Ferreira JuniorCarimbo de Otavio Ferreira Junior  
CRM 1103

29/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 09:08:19

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18106

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 29/07/2019 HORA: 09:06:29

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM 1º DPO, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA (+/-4+). FO COM BOM ASPECTO.

#### # CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825



29/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (H.E) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 29/07/2019  
NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO  
DA PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Data da Internação: 18/07/2019

Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1947233

Tempo de Permanência: -18096

Diagnóstico Inicial: 0408050527

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA PATELA

Data: 29/07/2019

Equipe:

Cirurgião: OTAVIO FERREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: SIDDHARTA GUATANHA LACERDA

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL -  
CAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À  
FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS +  
RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

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

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo  
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Ana Maria Da  
Silva Anselmo



	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	CAIO FABIO NÓBREGA MEDEIROS
DATA DO EXAME:	18/07/2019

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

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

#### ANÁLISE:


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

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

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

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

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

  
 Dra Ina Rossana L. Amorim  
 CRM 4386





2021





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

Cezio Fabio Nobrega Medeiros

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

URGÊNCIA:

☒

ROTINA:

☐

DATA:

18.07.19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Gabriel Ribeiro  
Cirurgião do Trauma  
CRM-PB: 7.993

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO







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

**REQUISIÇÃO**

**PRONTUÁRIO:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

**LEITO:**

**ENF:**

**CLÍNICA:**

**ALTURA:**

**PESO:**

**COR:**

**SEXO:**

**IDADE:**

**NOME:** Fabio Nobrega Medeiros

**DADOS CLÍNICOS:** Poltrauma

**MATERIAL A EXAMINAR:**

**EXAME SOLICITADO:** USG FAST

**URGÊNCIA:** ☒

**ROTINA:** ☐

**HORA DA SOLICITAÇÃO:**

**DATA:** 18.07.19

**RESPOSÁVEL PELA S**

**Assinatura:**

Observação: A ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como a ultrassonografia não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseada no resultado da ultrassonografia.

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

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

Dra Ina Rossana L. Amorim  
CRM 4386









SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
GOVERNO DO PARÁ  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ARE

GOVERNO  
DA PARAIBA

[illegible]





NOME:

Caio Tasso

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Cor: 00  
Reg. 1021  
Reg. 1021

MATERIAL A EXAMINAR:

Deleto

EXAME SOLICITADO:

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

28/07/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Dr. Otávio Ferreira Jr.  
R. O. 1021  
CRM-PB 7103

Sr(a): CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS  
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDESProtocolo: 0000477397  
Data: 19-07-2019 11:19  
Idade: 19 anosRG: NÃO INFORMADO  
Origem: AREA AMARELA  
Destino: 1660-08

## HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 19/07/2019 11:18]

## Resultados

Valores de Referência

## SERIE VERMELHA

Eritrócitos.....  
Hemoglobina.....  
Hematócrito.....  
V.C.M.....  
H.C.M.....  
C.H.C.M.....5.0 milhões/mm<sup>3</sup>  
13.7 g/dL  
41.5 %  
83 fL  
27 pg  
33 g/dL4.2 a 6.0 mil/segmm<sup>3</sup>  
13.5 a 14.5 g/dL  
40.0 a 52.0 %  
80.0 a 100.0 fL  
27.0 a 31.0 pg  
32.0 a 36.0 g/dL

## SERIE BRANCA

Leucócitos.....

8.900 /mm<sup>3</sup>  
(%) (/mm<sup>3</sup>)4.500 a 10.000 /mm<sup>3</sup>Neutrófilos.....  
Promielócitos.....  
Mielócitos.....  
Metamielócitos.....  
Bastonetes.....  
Segmentados.....  
Eosinófilos.....  
Basófilos.....  
Linfócitos.....  
Típicos.....  
Atípicos ou Reativos.....  
Monócitos.....  
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....0  
0  
0  
0  
2,0 178  
69,0 6.141  
2,0 178  
0  
23,0 2.047  
0  
4,0 356  
198.000 mm<sup>3</sup>45 a 75 % = 1.800 a 4.500 /mm<sup>3</sup>  
1 a 5 % = até 500 /mm<sup>3</sup>  
1 a 3 % = até 100 /mm<sup>3</sup>  
20 a 40 % = 1.000 a 4.000 /mm<sup>3</sup>  
2 a 10 % = até 1.000 /mm<sup>3</sup>  
140.000 a 400.000 mm<sup>3</sup>

## OBSERVAÇÃO

Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Gelder Farias Cavalcanti  
Biomédico  
CRBM - 7454

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: PIAB-714F-710-8409-FDB1-EAB9-CE64-6CE8

Laboratório  
NewlabPNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade





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): CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Protocolo: 0000477397 RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR Data: 19-07-2019 11:19 Origem: AREA AMARELA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: Leito 08

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2'05"

DATA DA COLETA: 19/07/2019 11:19  
Tubo(s): SANGUE  
Método: Novo

Valores de Referência:  
DE 1 A 10 MINUTOS

TEMPO DE COAGULACAO ..... 8'30"

DATA DA COLETA: 19/07/2019 11:19  
Tubo(s): SANGUE  
Método: Novo

Valores de Referência:  
DE 5 A 10 MINUTOS

Gelder Farias Cavalcanti  
Biomédico  
CRM - 7494

19/07/2019 11:35 - Página 3 de 3

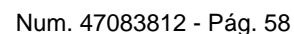
Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: CAP-3842-CID-PAIS-1267-7045-7045-7045



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Guia Fabio Registro:                      Leito: 0103 Setor Atual: ortop-1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):           

Drogas (Sedação/Analgesia):           

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: (X) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:           

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

Obs:           

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº            Comissura labial nº            FiO2            % PEEP            cmH2O

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



[illegible]





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLEIM DE ENFERMAGEM									
NOME:									
IDADE:	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	/	/	às	:	h
SETOR:				LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO		TAQUIPÊNICO		EUPNÉICO		BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		SVD		
	DUSÚRIA		CISTOSTOMIA		ANÚRIA				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA		DEÂMBULA C/APOIO		ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA		PARESIA		RESTRITO NO PEITO		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO		SNG		SNE				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		DESNUTRIDO		OBESO		CAQUÉTICO		
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:					
<input type="checkbox"/>				CD/FR:					
				CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
				FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM									
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.				APRAZAMENTO		ASSINATURA			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O <sub>2</sub> A D/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 DECUBITO 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.									

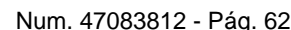
MCO 123



**NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

P. Ortopedia I E. Lima  
RPPC. Henrique

Maria José C. Claudino  
Téc. Enfermagem  
COHEN/PB 250741 MOD 68



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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
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 <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

Assinatura do anestesista

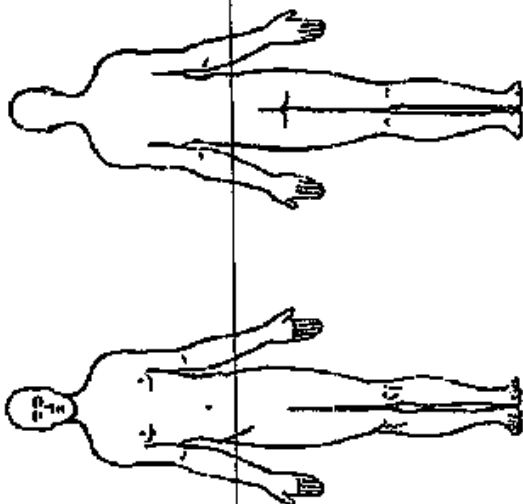


HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS			Data da Cirurgia 28/07/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. OTAVIO FERREIRA JUNIOR		1º Auxiliar :	
2º Auxiliar		Instrumentador JOSÉ	
Anestesista: DR. SINDHARTA		Anestesia : <i>NA GUARANTIA</i>	
Diagnóstico Pré-operatório : FRATURA DE PATELA D			
Tipo de Cirurgia : OSTEÓSSINTESE DE FRATURA DE PATELA D. BANDA DE TENSÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato:			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO MID + Pelve</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO ANTERIOR A PATELA D + DIVULSAO POR PLANOS</p> <p>05- IDENTIFICAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + REDUÇÃO CRUENTA + LMC</p> <p>06- OSTEÓSSINTESE EM BANDA DE TENSÃO. USO 2 FIOS DE K 2.0 + FIO DE CERCLAGEM</p> <p>07- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS</p> <p>08- CURATIVOS</p>			



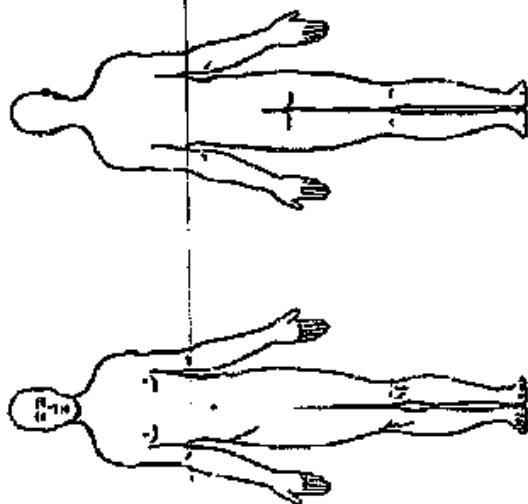






**POSICIONAMENTO DA  
PLACA DISPERSIVA**

**Demarcação cirúrgica:**



Local da cirurgia:

Assinatura:

Data:

Assinatura:





<b>HUECC</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	2º PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME				IDADE	SEXO	COR
		Cau Roberto Medeiros						
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCRITO	HEMOGLOBINA	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO					ESTADO FISICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>9.30</span> <span>(16)</span> <span>12</span> <span>(1)</span> </div>								
<b>AGENTES ANESTÉSICOS</b>	<div style="text-align: right;">INDUÇÃO</div> Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lentia: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ <div style="text-align: center;"><b>MANUTENÇÃO</b></div>							
<b>CÓDIGOS</b>	<div style="text-align: right;">ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____</div> Não, por quê? _____  <div style="text-align: right;"><b>DESPERTAR</b></div> Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____  Sem cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____ <div style="text-align: right;"><b>CONDIÇÕES:</b></div>							
<b>VP - ARTERIAL - O PULSO - O - RESPIRAÇÃO - AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO</b>								
<b>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</b>	Sentido em Ar + pncas / peso Urológico 13h 15 min 25 kg @ cloro: cy @ + (2)							
<b>POSICÃO</b>	ADH - per solo - OR 4							
<b>AGENTES</b>	(1) Nescio. ur 12 y (2) morfina / op.							
<b>TÉCNICA</b>	Per querecero							
<b>OPERAÇÃO</b>	Opção de fobla @							
<b>QUIRURGÕES</b>	Dr. Augusto							
<b>ANESTESISTAS</b>	Dr. Froilano							
<b>OBSERVAÇÕES</b>								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTÉSIA - SRPB





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

25/07

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Caio Falcão Nogueira Medeiros Registró: \_\_\_\_\_ Leito: 1-1 Setor Atual: ort 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Letárgico ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Outro

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_

Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ D>E ☐ E>D ☐ Fotorreagentes ☐ Mióticas ☐ Midríaticas

Mobilidade Física: ☐ Preservada ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local: periférica MD

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

Obs: \_\_\_\_\_

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ☐ Cateter Nasal ☐ Venturi % l/min ☐ Traqueostomia ☐ Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FIO2 21 % PEEP \_\_\_\_\_ cmH2O

☒ Eupnéia; ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Outros:

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

Ruídos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estridor ☐ Outros:

Tosse: ☐ Improdutiva ☐ Produtiva Expectoração: ☐ Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: ☐ D ☐ E ☐ Selo d'água;

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Agressivo. ☐ Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Filiforme ☐ Cheio.







Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $>3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )
Ausulta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da punção: 22/07/19
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: Lx Jelco
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;
Aspecto: ( ) Outros: Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>
Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas: ( ) Umidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: / /
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
<b>CUIDADO CORPORAL</b>
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:
<b>SONO E REPOUSO</b>
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>
Aguarda procedimento cirúrgico.
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Janelia S. Cruz Gondim ENFERMEIRA COREN PR 508.850 DATA: 24/07/19 HORA: 7:00 h

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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Dono Fabia*

Registro: \_\_\_\_\_

Leito: *2.1*

Sector Atual: *Orto*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_

°C: P: \_\_\_\_\_

bpm: FR: \_\_\_\_\_

lpm: PA: \_\_\_\_\_

mmHg: FC: \_\_\_\_\_

bpm: SPO2: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Bilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Distonia ( ) Afasia ( ) Distasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_

Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FIO2 % PEEP cmH2O

( ) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros:

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	João Eolito Nalunga Medeiros		Idade:	19 anos
Convênio:	SUS		Data:	28/07/19
Procedimento:	Trat cirurgico e/ paraf de poturo de patelo M30			
Cirurgião:	Dr Otavio	Auxiliar:	Anestesista: Dr Siddartho	
Início:	09:30	Término:	11:20	Anestesia Raqui.

[illegible][illegible]

<p><b>Observações:</b></p>	
<p><i>[Handwritten signature]</i></p>	
Assinatura Anestesista	Circulante

### Relatório de Operação

MOD. 103







**GOVERNO DA PARAIBA** **SEGUIE**  
*o trabalho* **LIST PRÉ-OPERATÓRIO - ALAS**

SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia I		
NOME:	Crisio Fabio Sobrinho Medeiros		
PROCEDIMENTO:	Fx de Patela D		
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	<input checked="" type="checkbox"/> GELCO Nº: 22	<input type="checkbox"/> AVC	<input checked="" type="checkbox"/> JEJU
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:		<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA		
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Educi Maria da Silva		
COREN:	58.551-ENF		







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO JUIZ DE PAZ C. ZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: *Raio Fabio Romega*

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

*Politrauma = por queda moto.*

**RAIO X**  
RECEBIDO EM:  
*18/04/19*

MATERIAL A EXAMINAR:

*osso*

EXAME SOLICITADO: *Rx de Tórax AP*  
*Rx de perna D AP e perfil*  
*Rx de joelho @ AP e perfil* | *Rx de bacia AP*  
*Rx de ombro AP e*  
*perfil de escápula.*

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: *18/04/19*

HORA DA SOLICITAÇÃO:

*Dr. Gabriel Lúcio*  
*Clínica do Trauma*  
*CRM-PB: 7.983*

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





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

PACIENTE: OSIO IDADE: 1º DATA: 1º

AMBULATÓRIO ( ) EMERGÊNCIA ( ) ALA ( )

IMOBILIZAÇÃO GESSADA		TALAS TIPO		IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA	
D	E	D	E	D	E
Áxilo Palmar		Pinça de Confeiteiro		Colar Cervical	
Velpeau		Áxilo Palmar		Velpeau	
Luva		Luva		M.J	
Péivico Podálico		Spica		Tipola	
Coxo Podálico		Coxo Podálico		Jones	
Tubo		Tubo		Enfaixamento	
P.T.B		Joelheira		Esparadrapagem	
Bota		Bota		Splint	
Ante Pé		Ante Pé		Oito	
Observações:		Observações:		Observações:	

18/10/19

Dr. Carlos Henrique  
CRM-PB 7103

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA



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

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

Assinatura do anestesiologista







SETOR DE ORIGEM: Odontologia I  
 NOME: Caio Fabio Wöhner Uedeiras  
 PROCEDIMENTO: Fr. de Pat. D  
☒ AVP: LOCAL: Antônio F. Gelco Nº: 22 AVC ☐ JEJU ☒  
 BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☐ NÃO SE APLICA  
 RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☐ ADORNOS ☐ PERTENCES  
 ENCAMINHADO: ☒ HEMOG ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA  
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO ☐ NÃO SE APLICA  
☒ RESERVA DE HEMODERIVADO ☐ NÃO SE APLICA  
 ENF MEIRO RESPONSÁVEL: Edilene Maria da Silva COREN: 551-ENF



**Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestesia		Idade: 19 anos
Paciente: João Falcão Nogueira Medeiros		Data: 28/07/19
Convênio: SUS		
Procedimento: Trat cirurgico e / proca de poturo de potelo M30		
Cirurgião: Dr Ottonio	Auxiliar:	Anestesista: Dr Siddarth
Início: 09:30	Término: 11:20	Anestesia Raquel

[illegible][illegible]

Observações:





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO JIZ C ZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO E EXAME

NOME: *Caio Fábio Romega*

PRONTUÁRIO:  
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

*Politrauma = pós queda moto.*

**RAIO X**  
**RECEBIDO EM:**  
*18/04/19*

MATERIAL A EXAMINAR:

*osso*

EXAME SOLICITADO: *Rx de Tórax AP  
Rx de penna D AP e perfil  
Rx de joelho D AP e perfil*

*Rx de Bacia AP  
Rx de ombro AP e  
perfil de escápula.*

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: *18/04/19*

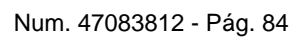
HORA DA SOLICITAÇÃO:

*Dr. Gabriel Ribeiro*  
Surgião do Trauma  
CRM-PB: 7.983

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





HTCG-Painol Administrativo



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº: 1947158 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-909 Data: 18/07/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Alliana Gusmao Uchoa

PACIENTE: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS CEP: 58400002 Nascimento: 15/08/1999

Endereço: JOSE DO PRECIPICIO Sexo: M Telefone: 988741920

Cidade: Campina Grande Idade: 019 Bairro: BODOCONGO

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA RG: 3551857 Nº: 261

Responsável: CPF: 12156848432 Profissão:

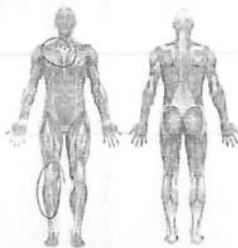
Estado Civil: Data de Atend: 18/07/2019 CNS: 203241750990003

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X POSTE Hora: 18:13:40 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria por veneno
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Quelimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto, não pode de permanecer em pé, queixa-se de dor no tornozelo e membro inferior direito.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: SatO2 99

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Após avaliação do Cirurgião

Especialista: Ortopedia 1 às : Dia / /

Especialista: 1 às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tilatil 40mg, EV, 250r2	18:30
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gabriel Ribeiro  
Gerais do Trauma  
CRM-PB: 7.993

RAIO X  
REALIZADO EM:  
18 / 07 / 19

**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

### HTCG-Panel Administrativo

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

	CBD	IDAGE
I		

lophcg/impresclass.php?confer=1947158&dataend=2019-07-18&horaend=18:15:04

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>  
 Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 87

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

101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200



<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		<b>SUS</b> Sistema Municipal de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1947233</b>	
7 - CARTÃO DE SUS <b>203247150990003</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>15/08/1999</b>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIZETE NOBREGA SILVA</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO <b>9887741920</b>	
12 - ENDEREÇO (AV., N.º, BAIRRO) <b>JOSE DO PRECÍPIO, 261, BODOCONGO</b>		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>	
14 - CIDADES ANTERIORES - 15 - UF <b>250400 PB</b>		16 - CEP <b>5840002</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - MENCIONE SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-size: 2em; text-align: center;">             Data de início da doença: 15/08/2019              Diagnóstico: Síndrome de Guillain-Barré           </div>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-size: 1.5em; text-align: center;">             1 - Paralisia flaccida dos membros inferiores              2 - Perda de sensibilidade           </div>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <div style="font-size: 1.5em; text-align: center;">             1 - Exame físico: Paralisia flaccida dos membros inferiores              2 - Exame de sangue: Normal           </div>			
20 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL <div style="font-size: 1.5em; text-align: center;">             1 - Síndrome de Guillain-Barré              2 - Poliomielite           </div>			
21 - PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="font-size: 1.5em; text-align: center;">             1 - Internação hospitalar           </div>			
22 - PESQUISA DO PROCELIBRADO <b>203834480710000</b>		23 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 24 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>18/07/2019</b>	
25 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
26 - DOCUMENTO <b>203834480710000</b>			
27 - CLÍNICA <b>02</b>			
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>RALTON MARINHO DA COSTA</b>			
29 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>18/07/2019</b>			
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>RALTON MARINHO DA COSTA</b>			
32 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
33 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
34 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
35 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
36 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
37 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
38 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
39 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
40 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
41 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
42 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
43 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
44 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
45 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
46 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
47 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
48 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
49 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
50 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
51 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
52 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
53 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
54 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
55 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
56 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
57 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
58 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
59 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
60 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
61 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
62 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
63 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
64 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
65 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
66 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
67 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
68 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
69 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
70 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
71 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
72 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
73 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
74 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
75 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
76 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
77 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
78 - CIDADA DO PROCEDIMENTO <b>203834480710000</b>			
79			

HTC-G-Painal Administrativo

810211091

**Data da intermção: 18/07/2019 Hora: 20:04:26**



6102/2081

PROIBIDO PLASTIFICAR

1660896849

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1660896849

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

NOME CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 3551857 SSPPB PB

CPF 121.568.484-32 DATA NASCIMENTO 15/08/1999

FILIAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SILVA MEDEIROS  
MARIZETE NOBREGA SILVA

PERMISSÃO PERMISSÃO

ACC CAT. HAB. AB

1ª HABILITAÇÃO 27/11/2018

VALIDADE 27/11/2019

Nº REGISTRO 07169878370



OBSERVAÇÕES

CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO 27/11/2018

51129402678  
PB037402021

PARAÍBA

ASSINATURA DO EMISSOR





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375649/19

**Vítima:** CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

**CPF:** 121.568.484-32

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/07/2019

**Titular do CPF:** CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS : 121.568.484-32**

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: 28/10/2019  
Nome: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS  
CPF: 121.568.484-32

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.º 08260893520208150001

**BRADESCO SEGUROS S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 11 de agosto de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440726800000044717509>  
Número do documento: 21081314440726800000044717509