Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

12/08/2021

Número: **0823999-54.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**
Última distribuição : **20/10/2020**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA (AUTOR)	**INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**
SANDRO MANGUEIRA BEZERRA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47003955	12/08/2021 10:32	Petição	Petição
47003956	12/08/2021 10:32	2778667_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
47003957	12/08/2021 10:32	2778667_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200295411 **Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**

Data do Acidente: 16/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01173/01174 - carta_01 - INVALIDEZ

00020587

Carta nº 16044976

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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200295411 **Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**

Data do Acidente: 16/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

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 tornozelo 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: **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000041**
Conta: **00000568227-0**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
023 17 17 - 21	048 27802904	Michael John de Souza Pereira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Michael John de Souza Pereira
6 - CPF: 048 27802904
7 - Profissão: motoboxista
8 - Endereço: Rua Zualdo Gonzaga de Albuquerque
9 - Número: 75
10 - Complemento:
11 - Bairro: Ouzeiro
12 - Cidade: Campina Grande
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58417 553
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 83 37241289

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

AGÊNCIA: 0041 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00568227 0 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 13/08/2020

Michael John de Souza Pereira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº02957.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 16/12/2019 **Hora:** 21:58:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Av Almirante Barroso, Cruzeiro, Campina Grande, PB.
Ponto de referência: Giradouro Que Dá Acesso a Av Pres Juscelino Kubitchek

VÍTIMA(S)

Michael John de Souza Pereira, filiação: Marilena de Souza Pereira e Juvenal da Silva Pereira, idade: 34, data de nascimento: 12/09/1985, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino médio completo, profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: CPF nº 048.278.029-04, endereço: Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande, PB, ponto de referência: Medfarma, telefone: (83) 99810-7441.

TESTEMUNHA(S)

Maria Eduarda Domingos de Oliveira, filiação: Maria Adriana Domingos e Eduardo Julio de Oliveira, idade: 19, data de nascimento: 11/04/2001, identidade de gênero: feminino, nome social: Maria Eduarda Domingos de Oliveira, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Itabaiana, estado civil: casado(a), profissão: Manicure, documentos(s) de identificação: CPF nº 111.590.804-96, endereço: Rua Prefeito Antônio Luiz Coutinho, 690, Liberdade, Campina Grande, PB, ponto de referência: Churrascaria Paulistano, telefone: (83) 98873-2223.

Jhoais Felipe Coutinho, filiação: Maria do Socorro Leal e Pedro Coutinho de Castro, idade: 27, data de nascimento: 06/10/1992, identidade de gênero: masculino, nome social: Jhoais Felipe Coutinho, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Moto Boy, documentos(s) de identificação: RG nº 3751178 SSP/PB, endereço: Av Pres Juscelino Kubitchek, 1648, Presidente Médice, Campina Grande, PB, ponto de referência: Casa/proximo a Medfarma, telefone: (83) 99600-3041.

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca HONDA/CG150 START, modelo HONDA/CG150 START, tipo de veiculo passeio, cor PRETA, ano 2014/2015, UF: PB, placa LMD-9437, chassi 9C2KC1670FR000777, renavam 01031521140, características gerais: Roubo/furto não município - Uf campina Grande - Pb marca/modelo honda/cg150 Start cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2014/2015 chassi 9c2kc1670fr000777 renavam 01031521140 câmbio n/i motor kc16e7f000777 combustível alcool/gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta nome Proprietário michael John de Souza Pereira

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Michael John de Souza Pereira (VITIMA) - **Exame de Lesão Corporal Nº 172.2020**

Procedimento Policial: 02957.01.2020.2.00.401

HISTÓRICO

Que a vitima na data hora e local descrito acima estava a transitar com sua moto descrita acima, momento que a vitima colidiu sua moto com um veiculo que estava a adentrar a garagem da casa porém o veiculo ficou tomando parte da via para adentrar a garagem;Que a vitima com impacto na lateral do veiculo que o mesmo nao sabe identificar qual seria o veiculo, foi lançado ao solo e posteriormente socorrido pelo samu para o hospital de trauma de campina grande pb, onde a vitima passou por procedimento cirúrgico em seu tornozelo direito onde foi colocado dois pinos.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 14 de agosto de 2020.

Demétrius Patrício L.
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. 181 826-1/PB

EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO
Delegado(a) de Polícia Civil

Michael John de Souza Pereira
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
Noticiante

JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 02957.01.2020.2.00.401

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
023 17 17 - 21	048 27802904	Michael John de Souza Pereira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Michael John de Souza Pereira
6 - CPF: 048 27802904
7 - Profissão: motoboxista
8 - Endereço: Rua Zualdo Gonzaga de Albuquerque
9 - Número: 75
10 - Complemento:
11 - Bairro: Ouzeiro
12 - Cidade: Campina Grande
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58417 553
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 83 37241289

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

AGÊNCIA: 0041 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00568227 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 13/08/2020

Michael John de Souza Pereira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 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: 31/08/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00041
CONTA: 000000568227-0

Nr. da Autenticação ED6F6DBA05350C6E

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
RUA EVALDO FERNANDES DE ALBUQUERQUE, 75 - CRUZEIRO
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58417553 (Ac 401)

CPF/CNPJ/RANI 040 278 028-04

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RESIMTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 14 401 702 - 21/5 Nº Medidor 000000000

energisa

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/262991-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0000262991 3

VALOR DA FATURA **R$ 68,46**	VENCIMENTO **29/07/2020**
REFERÊNCIA **Jul / 2020**	CONSUMO **84kWh** 2,80 kWh MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa s/ Tributos	Valor Total (R$)	Base Calc. ICMS (R$)	Aliq ICMS	ICMS (R$)	Base Calc. PIS/Cofins (R$)	PIS(R$) 0,65%	Cofins(R$) 4,3965%
0601	Consumo em kWh	84	0,722070	60,65	60,65	25	15,16	60,65	0,65	3,02
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB ILUM PUBLICA			7,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA KZKXX			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 66/2020			1,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0609	BÔNUS TARIFA EM 04/08/2020 12,00%			-0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
			TOTAL	68,46	60,65		15,16	60,65	0,65	3,02

CCI Código de Classificação do item
Tarifa s/ Tributos 0,497680

RESERVADO AO FISCO 939b.bd4b.76b6.9a79.e2ad.1021.53bf.4124.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Julho	62
Agosto	50
Setembro	63
Outubro	81

LEITURAS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R$)	%
Serviços de Dist da Energia/BIO	14,72	21,23
Compra de Energia	21,17	30,54

GOVERNO DA PARAÍBA SEGUE *o trabalho*

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que o paciente atendido no dia 16/12/2019 nesta unidade hospitalar foi **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**, nascido em 12/09/1985, filho de Juvenal da Silva Pereira e Marilena de Souza Pereira, inscrito no RG 50527509 SSP SC e no CPF de n° 048.278.029-04, residente e domiciliado a Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, 75, Cruzeiro, Campina Grande - PB, onde lê-se **MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** leia-se **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA.**

Sem mais para o momento.

Campina Grande/PB, 13 de agosto de 2020

Hospital de Emergência e Trauma
Dr. Chanda Dantas Gonzaga Fernandes
Heloísa Fernanda Silva Aragão - OAB/PB 22.893
Mat. 638 4722 - Assessoria Jurídica

HELOÍSA FERNANDA SILVA ARAGÃO

Assessora Jurídica do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 6384722 – OAB/PB 22.893

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PB CEP: 58.432-809
Email: jurídico.traumacg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 19/12/2019
Horas: 08:05:15
Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 **Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH: - 3

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 19/12/2019
MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**JELCO HEPARINIZADO**	
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 6h/6h	
4	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	**MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO**	
7	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	
8	**CURATIVOS**	

EVOLUÇÃO

DATA:19/12/2019 HORA:08:04:21

ORTOPEDIA

3 DIH

PACIENTE SEGUE EM BEG,
ESTÁVEL CLINICAMENTE,
SEM INTERCORRÊNCIAS.

ESCORIAÇÕES +
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES
NV OK

PRÉ OP: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6360
CPF: 043.076.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

PA- 140/90
P- 71
T- 35,9

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 18/12/2019
Horas: 09:17:26
Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 **Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 2

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 18/12/2019
MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** E.V, 03FRASCO ,	
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 6h/6h	
4	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	
7	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

EVOLUÇÃO

DATA:18/12/2019 HORA:09:17:15

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 17/12/2019
Horas: 05:48:35
Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 **Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 1

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 17/12/2019
MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** E.V, 03FRASCO ,	14 22 06
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 6h/6h	12 18 24 06
4	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	SN
7	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

EVOLUÇÃO

DATA:17/12/2019 HORA:05:47:23

ORTOPEDIA

PACIENTE SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DISTERMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ OP: AGUARDA EXAMES

NV: OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 5562

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 16/12/2019
Horas: 23:43:57
Médico (a) Diarista : Agnaldo Lima Pereira Junior

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 **Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** Idade: 034 Sexo: M 6-3

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 0

Clinica:AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D Direito

DIA 16/12/2019
MÉDICO(A): Agnaldo Lima Pereira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** E.V, 03FRASCO ,	1º 2º 3º
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 6h/6h	24 06
4	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	**ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML** S.C, 24h/24h (ADM AS 22h)	24
7	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	SN
8	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

EVOLUÇÃO

DATA:16/12/2019 HORA:23:42:12

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA IMPORTANTE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO ESQUERDO

RX COM FRATURA COM DESVIO NA INCIDENCIA AP COM ROTAÇÃO INTERNA
FRATURA INSTÁVEL
OPTADO PELO TTO CIRURGICO

CD = SOLICITO PRÉ OP

ASSINATURA + CARIMBO
Agnaldo Lima Pereira Junior

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT-15263

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Paciente:	MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA	Protocolo:	0000503584	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AGUINALDO L. P. JUNIOR	Data:	17-12-2019 08:29	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	34 anos	Destino:	ENF 06 - L 03

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 17/12/2019 08:25]

	Resultados		Valores de Referências
SERIE VERMELHA			
Eritrócitos.....	4.59 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina.....	13,1 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	87 fL		80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	29 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL		32,0 à 36,0 g/dL
SERIE BRANCA			
Leucócitos.....	9.900 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	0	0	
Segmentados.....	3,0	297	
Eosinófilos.....	72,0	7.128	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Basófilos.....	2,0	198	0 à 6,0 % - até 500 / mm³
Linfócitos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfócitos.....	20,0	1.980	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	297	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	239.000 mm³		140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

CONTAGEM TOTAL
Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: F6DE-600C-1071-D8F4-1AA8-F5AE-43CB-28D9

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Srta.:	MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA	Protocolo:	0000503584	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	AGUINALDO L. P. JUNIOR	Dia:	17-12-2019 08:29	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	34 anos	Destino:	ENF 06 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 1'30''

[illegible] 17/12/2019 08:09] Valores de Referência: DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO ..... 6'25''

[illegible] 17/12/2019 08:29] Valores de Referência: DE 5 A 10 MINUTOS

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7285-DB8E-64E0-D757-27BE-6883-1FA8-FB27

Laboratório Newlab — SELO DE QUALIDADE — PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Mickael John de Souza Pereira				DN: 12-09-85
QI	LEITE	CONVÊNIO SUS	IDADE 34 anos	REGISTRO HBE 2063852
CIRURGIA Trat. cirúrgico fratura tornozelo direito		CIRURGIÃO Dr: Melho, MR Everlan		
ANESTESIA raqui		ANESTESIA Dr: Valdelício		
INSTRUMENTADORA Tiago	DATA 20-12-19	INÍCIO 9h50	FIM 11h	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Cateter. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Cateter. De Urinar Slst. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	1	Compressa Grande Pacote		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	01 15	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	1	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	01	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	01	Vicryl Serfix 1	
	Flaxidól amp.	1	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	701	Oxigênio l/m 2L			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
02	~~Lasix amp.~~ Tenoxecam 20		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	1	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	1	SG Ringr fr 500 ml	
02	~~Prolamina~~ cefazolina	1	Seringa desc. 05 ml	1	SF fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	1	SF para cavidade	
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica	02	Parafusos esponjosos Cr. 3,5	
01	Neocaína 0,5		Sonda Uretral nº	01	Artículos.	
01	Demon 0,2		Sterydrem ml		MA2	
01	Dormonid		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
01	Agulha desc. ~~25x7~~ 40x12	01	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Eletrodos			
01	Agulha p/ raque nº 25G	03	Ossos de desc.			
	Álcool de Enfermagem	100ml	Clorexidine			
	Álcool iodado ml		Degermante			
1	Ataduras de Crepon 15cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

(x) Oximetro de Pulso	(x) Foco ~~Auxiliar~~ Cirúrgico
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
( ) Foco Frontal	(x) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	(x) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

01 algodão ortopédico

Técnico Enfermagem COREN Mascenalva

MOD-066

GOVERNO DA PARAÍBA — SEGUE o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM: Ortopedia II	
NOME: Mickael John de Souza	
PROCEDIMENTO:	
☒ AVP:LOCAL: MSD	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	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: Kaline Pontes dos S. Lima COREN-PB 528.295-ENF

AV. Marechal FlorianoPeixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60

CONTROLE CIRÚRGICO

Materiais Cirúrgicos
MA²

Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

№ 1213

Paciente: Mikael João de Souza Pereira

Hospital: Trauma de C. grande

Médico: Dr. Ekelan

Data da Cirurgia: 20 / 12 / 21 **Procedimento:** Tornozelo

Prontuário: 2063852 **Convênio:**

Instrumentador(a): Thalo **Circulante:**

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
02	Parafusos esponjosos 3.5	
	1 1 rosca parcial	
	45 50	
01	placa 3.5	

20 de 12 de 2019

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9665 / CRM-RN 8320

Circulante **Médico Responsável**

CONTROLE CIRÚRGICO

Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Cabo - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.298.089/0001-79

№ 1213

AM

Paciente: _____

Hospital: _____

Médico: _____

Data da Cirurgia: ___/___/___ Procedimento: _____

Prontuário: _____ Convênio: _____

Instrumentador(a): _____ Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote

Dr. Julio Cesar Cavalcanti
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 6920

de _____ de20____

Médico Responsável

Circulante

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG — HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA

ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO			
NOME: Mickael Leite de Souza	IDADE: 34 anos	SEXO: M	COR		
DATA: 20/12/19	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO / ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA / OUTROS
	URINA				
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Tornozelo direito				ESTADO FÍSICO	RISCO: ASA II E
ANESTESIAS ANTERIORES					
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICADA ÀS		EFEITO	

AGENTES ANESTÉSICOS: O'

LÍQUIDOS: SF OL SF

CÓDIGOS — VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Setor 1 2 3 4 5 6 7 8

INDUÇÃO

Satisf.: Excit.: Tosse:

Laringo esparmo: Lenta:

Náuseas: Vômitos:

Outros:

MANUTENÇÃO

1 Cefazolina 02
2 Dexdetomidina 01
3 Propofol 02
4 Tramadol 02
5 Dexmedetomidina 01

ANESTESIA SATISF.: Sim Não

Não, por quê?

DESPERTAR

Reflexos na SO:

Obstr.: Co_2: Excit:

Náuseas: Vômitos:

Outros:

Com cânula:

Paro o Leito Sim Não

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES: Nalocaine plexado 15mg + Dimed 60mg / Dormonid 0,5mg

TÉCNICA: Raquianestesia + Sedação

CÂNULAS

OPERAÇÃO: Tratamento cirúrgico de Fratura Tornozelo direito

CIRURGIÕES: Ricardo + Leite

ANESTESISTAS: Valdelúcio

Valdelúcio Cesar de Abreu Junior
Anestesiologista
CRM 9736
CPF: 034.413.044-46

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Michael John de Souza Pereira. IDADE: PRONTUÁRIO:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☐ **CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
- SÍTIO CIRÚRGICO ✓
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ✓
- CONSENTIMENTO ✓

✓ **VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

✓ **OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO**

☐ **O PACIENTE POSSUI:**

ALERGIA CONHECIDA?
NÃO ✓
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
NÃO ✓
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
NÃO ✓
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

obs: Paciente veio p/ o centro cirúrgico com prótese dentária.

ANTES DA INCISÃO ►►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☐ **CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE**
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
- SÍTIO CIRÚRGICO ✓
- PROCEDIMENTO ✓

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☐ **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS? Não, ± 60', não

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? não

☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (IN~~CLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR~~?) OK
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? Não

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
SIM ✓
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
SIM ✓
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO ✓

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM ✓

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE. Não houve peças p/ exame.

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO
Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Mauricio.
Assinatura

Mauricio Cruz
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB

D. 19/12/19
A. 19/03/2020
X. Básica Ortopédica

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB Data: 20/12/2019
NOME : Everlan Da Silva Meira

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 173745 DATA DA CIRURGIA: 20/12/2019

Número do Atendimento: 2063864 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019

Atendimento:2063864

Diagnostico Pré-Operatório:fx maleolo medial d

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:OSTEOSSINTESE **Data da Cirurgia:20/12/2019**

Equipe:
Cirurgião:RICARDO AMORIM FILHO
Aux 1:EVERLAN DA SILVA MEIRA
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:THIAGO
Anestesista:VALDELUCIO CESAR DE ABREU JUNIOR
Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:1.PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA
2.ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS
3.INCISÃO SOB MALEOLO MEDIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4.REDUÇÃO CRUENTA DE FX + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS + 1 ARROELA E 1 FIO L 1,5(SÍNTESE PERDIDA), SOB ESCOPIA
5.LAVADO DE FO COM SF
6.SUTURA

Data 20/12/2019 **Assinatura/Carimbo**
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRMPB 9900

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Michael John de Souza Pereira Idade: 3 a
Convênio: Data: 20/12/19
Procedimento: Tto em fx TNZ (D)

Cirurgião: Dr Julio Auxiliar: Dr Gustavo Anestesista: Dr Valdelúcio

Início: 09:50 Término: 11 h Anestesia Raq

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
11:30	111x61	69	100%	Aed/Sheila		Lucida
12:35	121x73	82	98%	Stilo/Aldeni	—	"
13:00	128x74	103	95%	Stilo/Aldeni	+	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações: 13:00
Alta SEPA
5 mg/5830

Assinatura Anestesista Circulante

MOD. 103

Relatório de Operação

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	***Hora entrada***	***Hora saída***
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

17/12/19

GOVERNO DA PARAÍBA

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilson da Silva | **Idade:** 32 | **Sexo** M | **Enf/Leito** 7 - 3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: ___ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:_____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (X) **PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL:** _____

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( )TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.:_____

SEGURANÇA FÍSICA: (X) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.:_____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: _____

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( )INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS:_____

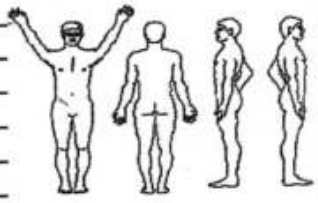
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____

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

localização anaTômica da ferida;



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( )INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO ( ) OUTROS:_____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (ºc)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
8:30	120/70	35,5	55	70	-	-	-	-	-	Adriana 520125	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( )OBESIDADE ( ) OUTRO	( )ALTERAÇOES NA PROFUNDIDAE RESPIRATÓRIA ( )DISPNÉIA ( )BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNPÉIA ( )OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( )INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( )EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FISICA ( ) OUTRO	( )DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( )OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILIBRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X)AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X)PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( )MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( )PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( )OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO ( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		( )AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( )EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR ( ) AVALIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR ( )AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ( )ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		( ) CONTROLE DA DOR(MELHORADA OU AUSENTE)
( )APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS ( )INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS		( ) MANUTENÇAO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COMA A NECESSIDADE		( )MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( )VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE(MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( )RISCO DE DESEQUILIBRIO DIMINUIDO
(X)OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X)TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS (X)REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		(X)DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

17/12/19

GOVERNO DA PARAÍBA

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Michael John | Idade: 34 | Sexo M | Enf/Leito 6-3

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: ___ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:_____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (X) **PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL:** _____

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( )TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.:_____

SEGURANÇA FÍSICA: (X) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.:_____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: _____

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS:_____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADEN):_____ Local:_____

localização anaTômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO ( ) OUTROS:_____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (ºc)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
8:00	130/80	36,3	76	98	–	–	–	–	–	Adriana 520125	SOG/SNG/SNE	
											SVE	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( )OBESIDADE ( ) OUTRO	( )ALTERAÇOES NA PROFUNDIDAE RESPIRATÓRIA ( )DISPNÉIA ( )BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNPÉIA ( )OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR (X)OUTRO	(X)INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO (X) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( )EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FISICA ( ) OUTRO	( )DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( )OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILIBRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X)AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X)PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( )MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( )PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( )OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO (X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		(X)AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( )EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR ( ) AVALIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR ( )AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ( )ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		( ) CONTROLE DA DOR(MELHORADA OU AUSENTE)
( )APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS ( )INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS		( ) MANUTENÇAO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COMA A NECESSIDADE		( )MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( )VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE(MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( )RISCO DE DESEQUILIBRIO DIMINUIDO
(X)OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS (X)REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		(X)DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Tamara N. Vitorino
Enfermeira
COREN-PE 122484

16/12/2019 HTCG-Painel Administrativo

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2063852 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

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: 58432-809 Data: 16/12/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : acolhimento

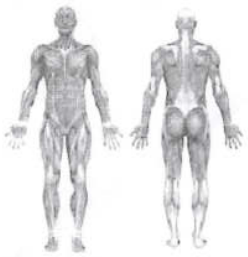
PACIENTE: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
Endereço:AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA
Responsável:
Estado Civil:Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

CEP:58400002 Nascimento:12/09/1985
Sexo:M Telefone: 986095336
Idade:034 Bairro:PRESIDENTE MEDICE
RG: 50527509 Nº:1646
CPF: Profissão:MOTO TAXI
Data de Atend:16/12/2019 CNS:8975842587
Hora: 22:33:52 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. Creptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
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. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parexia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____% **Grau** **( ) 1º Grau** **( ) 2º Grau** **( ) 3º Grau**
DIGNOSTICO / CID:

Fratura modelo mesa

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Queixa de dor, c/ ortopedia
dor e edema
(TNT)

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS **( ) Fotorreagentes** **( ) Isocóricas** **( ) Anisocóricas** **( )** _____

Glasgow _____ **PA**_____ **HGT:**_____ **Sat02**_____

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais **( )Ultrassonografia:**_____
( )Gasometria arterial **( )Radiografias:**_____
( )Tomografia Computadorizada **( )**_____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____/_____ **às**____:____ **Dia**____/____/____

Especialista: _____/_____ **às**____:____ **Dia**____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Solicito Raio-X	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8116 - TEOT 15

RAIO X REALIZADO EM: 16/12/19

htohtcg/impreclassi.php?contar=2063852&dataatend=2019-12-16&horaatend=22:34:38 1/3

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE _____/_____/______ às ______: ______ hs.

( )Centro cirúrgico ______________________________
( )Internação (setor) ______________________________
( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL ______________________________

( )Alta hospitalar / ( )A revelia
\ ( )Decisão Médica
( )Óbito

Joselia Danielle S. Andrade
Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|	|__||__||__||__||__||__|	|__||__||__|
|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|	|__||__||__||__||__||__|	|__||__||__|
|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|	|__||__||__||__||__||__|	|__||__||__|
|__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|	|__||__||__||__||__||__|	|__||__||__|

GOVERNO DA PARAÍBA

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: 58432-809 Data: 16/12/2019
Data: 16/12/2019

Paciente: **MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Idade: 034 Nº ATEND: 2063852**

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/12/2019 HORA : 22:34:38

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: 160x85 TEMP: FC: FR: PESO:

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA
( ) PRURIDO ( ) DISPNÉIA (X) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO/COREN

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Data da internação: 16/12/2019 Hora: 23:39:48

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2063864
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 12/09/1985
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARILENA DE SOUZA PEREIRA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 986095336
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº,BAIRRO): AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH , 1646 , PRESIDENTE MEDICE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: DOR, DEFORMIDADE E LIMITACAO DA ADM EM TORNOZELO DIREITO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: TRATAMENTO CIRURGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EX FISICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016296777642
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/12/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Agnaldo Lima P. Junior Ortopedista Traumatologista Cirurgião do Joelho CRM-PB 9116 - TEOT-15263

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

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: 58432-809 Data: 21/12/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03 NOME : Eldiman Soares De Araujo

GOVERNO DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data da Internação: 16/12/2019 **Data da Alta:21/12/2019**

Registro:2063864

Tempo de Permanência:-18247

Diagnóstico Inicial:FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Final:

Data:20/12/2019

Equipe:
Cirurgião:JULIO CESAR RIBEIRO DE CA
Aux 1:
Aux 2:
Aux 3:
Aux 4:
Anestesista:
Medicamentos:

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 043.079.784-20

Condições de Alta::Melhorado

Data21/12/2019 **Assinatura/Carimbo**
Eldiman Soares De Araujo

RESPONSÁVEL : Eldiman Soares De Araujo

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 21/12/2019
Horas: 07:38:54
Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 **Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 5

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 21/12/2019
MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira / MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR** E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	**JELCO HEPARINIZADO**	
4	**CURATIVO**	
5	**TALA BOTA D**	
6	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 6h/6h	
7	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	
10	**MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO**	
11	**CURATIVOS**	

EVOLUÇÃO

DATA:21/12/2019 HORA:07:36:41

ORTOPEDIA

1 DPO

ESTAVEL
DOR+
FEBRE -
NV GK
FO SANGUE

CURATIVOS
ALTA HOSPITALAR

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 6960
CPF: 043.079.764-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 20/12/2019
Horas: 11:16:44
Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2063864 **Paciente: MICKAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA** Idade: 034 Sexo: M

Nome da Mãe: MARILENA DE SOUZA PEREIRA Data de Nascimento: 12/09/1985 Admissão: 16/12/2019 DIH - 4

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIR

DIA 20/12/2019
MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	CT
2	**CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR** E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	**JELCO HEPARINIZADO**	CT
4	**CURATIVO**	CT
5	**RX DE CONTROLE**	CT
6	**TALA BOTA D**	CT
7	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 6h/6h	
8	**TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE** E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
9	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
10	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	CT
11	**MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO**	CT
12	**CURATIVOS**	CT

EVOLUÇÃO

DATA:20/12/2019 HORA:11:16:07

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

CD:VPM+RX DE CONTROLE

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9900

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

20.12.19
12hs
PA: 120/80
P: 72
T: 36.9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 50527509 SSP BC

CPF: 048.278.029-04

DATA NASCIMENTO: 12/09/1985

FILIAÇÃO: JUVENAL DA SILVA PEREIRA
MARILENA DE SOUZA PEREIRA

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CATEGORIA: AB

Nº REGISTRO: 05053227587

VALIDADE: 01/08/2024

1ª HABILITAÇÃO: 08/10/2010

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

183850573 6

OBSERVAÇÕES: EAR;

PROIBIDO PLASTIFICAR

183850573 6

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO: 07/08/2018

50441294837
PB038390851

[redacted] PARAÍBA [redacted]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 015455954460

DENATRAN

LACRE 0045353509

RENAVAM 01031521140 EXERCÍCIO 2019

NOME: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

CPF / CNPJ: 04827802904
PLACA: LMD9437/PB
PLACA ANT / UF: LMD9437 RJ
CHASSI: 9C2KC1670FR000777
ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL
MARCA / MODELO: HONDA/CG150 START
ANO FAB: 2014
ANO MOD: 2015
CAP / POT / CIL: 2 P/149 /CI
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA
COTA ÚNICA
VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000
VENC / COTAS: 1ª 2ª 3ª
FAIXA IPVA: *******
PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ********
IOF (R$): SEGURO
PRÊMIO TOTAL (R$): PAGO
DATA DE PAGAMENTO: 15/10/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
0

CONTRAN

LOCAL: CAMPINA GRANDE-PB
DATA: 15/10/2019

42609 33880

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015455954460 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

EXERCÍCIO: 2019
DATA EMISSÃO: 15/10/2019
VIA: 1
CPF / CNPJ: 04827802904
PLACA: LMD9437/PB
RENAVAM: 01031521140
MARCA / MODELO: HONDA/CG150 START
ANO FAB: 2014
CIL CAP: 9
CHASSI: 9C2KC1670FR000777

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNI (R$): ******
DPVAT (R$): ******
CUSTO DO SEGURO (R$): ******
CUSTO DO BILHETE (R$): ******
IOF (R$): SEGURO
TOTAL REPASSE SEGURADOR (R$): PAGO
PAGAMENTO: 2 COTA ÚNICA PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO: 15/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

33880-1629148-20191015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200295411 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA **Data do acidente:** 16/12/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM TORNOZELO DIREITO COM FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 14/18/20/24 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 EM GRAU MODERADO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231717/20

Vítima: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Data do acidente: 16/12/2019

CPF: 048.278.029-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA : 048.278.029-04

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 18/08/2020 Nome: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA CPF: 048.278.029-04	Data do cadastramento: 18/08/2020 Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA CPF: 614.058.096-04
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA	SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo n.º 08239995420208150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, 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, 10 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB