



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35675401	20/10/2020 11:29	Petição Inicial	Petição Inicial
35675431	20/10/2020 11:29	PETIÇÃO INICIAL	Outros Documentos
35675433	20/10/2020 11:29	PROCURAÇÃO	Procuração
35675435	20/10/2020 11:29	DOC. PESSOAIS E COMP. DE RESIDÊNCIA	Documento de Identificação
35675437	20/10/2020 11:29	BO E COMP. DE PAG. ADMINISTRATIVO	Outros Documentos
35675442	20/10/2020 11:29	DOC. MÉDICA 1	Outros Documentos
35675445	20/10/2020 11:29	DOC. MÉDICA 2	Outros Documentos
35676167	20/10/2020 11:29	DOC. MÉDICA 3	Outros Documentos

Petição Inicial em anexo.



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.

MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA, brasileiro, solteiro, moto boy, portador do CPF de nº 048.278.029-04, residente e domiciliado na Rua Evaldo Gonzaga de Albuquerque, nº 75, Bairro: Cruzeiro na cidade de Campina Grande/PB por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do



procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015.**

DOS FATOS E DOS DIREITOS

No dia **16/12/2019**, foi vítima de um acidente automobilístico pilotando sua motocicleta HONDA/CG 150 START, na cor preta, de placa LMD 9437, licenciada em seu nome, que ao trafegar com sua motocicleta um outro veículo ao adentrar em uma garagem tomou parte da via, fazendo com que a vítima não tivesse tempo de evitar, colidindo assim na lateral do veículo e vindo ao solo e sofrer lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como o como **FRATURA DE OSSOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO DIREITO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem duvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 1.687,50 (MIL, SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com



veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006.

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 -B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande - PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 13 de Outubro de 2020.

INACIO BRUNO SARMENTO
- Advogado - OAB/PB 21.472



QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:_____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

_____.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

_____.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

_____.

Sem mais, em ____/____/_____.

(Assinatura – carimbo – CRM)

Rua: João Sérgio de Almeida, nº800 –B, Severino Cabral,
Bodocongó, Campina Grande – PB. CEP: 58430-340.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Michael Sohn de Souza Pereira, brasileiro (a),
solteiro, motoboy portador da Cédula de Identidade nº:
50527509, inscrito no CPF nº: 048 / 278 / 029 / 04, residente e domiciliado
na Rua Eivaldo Gonzaga de Albuquerque Nº 75, Bairro, Purizinho,
na Cidade de Campina Grande /PB. 83-998107441

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Dinamarca Alves Correia,**
1020, loja 02, Dinamérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-
5048/98769-2274.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do
Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta
Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante,
defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar,
desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar
compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a
presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os
atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme
e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo
Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de
04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária
advocatória remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%,
calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei nº 1.060/50, declara que é pobre
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem
comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 17 de Agosto de 2020.

Michael Sohn de Souza Pereira
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamérica Alves Correia, nº 1020, loja 02,
Dinamérica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
50527509 SSP SC

CPF
048.278.029-04 DATA NASCIMENTO
12/09/1985

FILIAÇÃO
JUVENAL DA SILVA
PEREIRA
MARILENA DE SOUZA
PEREIRA

PERMISSÃO ACC CATAS
AB

Nº REGISTRO
05053227587 VALIDADE
01/08/2024 1ª HABILITAÇÃO
08/10/2010

OBSERVAÇÕES
EAR:

Assinatura do Portador

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO
07/08/2019

Assinatura do Emissor

50441294837
PBO38380551

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838505736

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838505736



MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
RUA EVALDIO FONSECA DE ALBUQUERQUE, 75 - CRUZEIRO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58417553 (AG 401)

CPF/CNPJ/RANI: 048.378.028-04

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES-MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICA
Roteiro: 14-401-792-21/5 Nº Medidor: 00008090890



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/262991-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002629913



VALOR DA FATURA

R\$ 68,46



VENCIMENTO

29/07/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

84kWh

2,80 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)	ICMS PIS/Cofins 1,0845% 4,9855%	
0801	Consumo em kWh	84	0,722070	60,65	60,65	25	15,16	60,65	0,65	3,02
	LANÇAMENTO E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB LUM PUBLICA			7,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORANGA2020			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA06/2020			1,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	BÔNUS ITAIPULEI104382002120019			-0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	88,46	60,65	15,16	60,65	0,65	3,02
Tarifa s/ Tributos	0,497680						

RESERVADO AO FISCO 939b.b44b.75b6.9a79.e2ad.1821.63bf.4124

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Jul/19	63
Ago/19	58
Set/19	63
Out/19	61

LEITURAS

Anterior 29/06/2020 3654

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist da Energisa/BO	14,72	21,23
Compra de Energia	21,17	30,64



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291863800000034075487>

Número do documento: 20102011291863800000034075487



**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 veículo 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



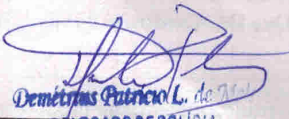


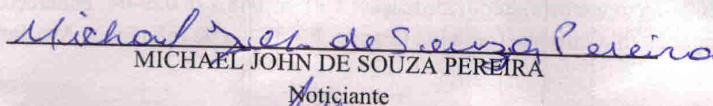
HISTÓRICO

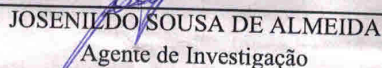
Que a vítima na data hora e local descrito acima estava a transitar com sua moto descrita acima, momento que a vítima colidiu sua moto com um veículo que estava a adentrar a garagem da casa porém o veículo ficou tomando parte da via para adentrar a garagem; Que a vítima com impacto na lateral do veículo que o mesmo não sabe identificar qual seria o veículo, foi lançado ao solo e posteriormente socorrido pelo samu para o hospital de trauma de Campina Grande PB, onde a vítima 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.


EDUARDO ALMEIDA RIBEIRO
MAT 181.826-17/PB
Delegado(a) de Polícia Civil


MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA
Noticiante


JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 02957.01.2020.2.00.401





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





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 nº 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
de Campina Grande
Dr. Heloísa Fernanda Silva Aragão - OAB/PB 22.893
End. 638.472-2 - 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: juridico.traumacg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60





GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/12/2019

Horas: 08:05:15

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

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: 8360
CPF: 043.075.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo



PA-140/90

P-71

T-35,9



18/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-12-18&contar=2063864&IDC=72943

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
Clínica: 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	
7	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 Falcao
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 ,	15 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	5 N
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 0562



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291929200000034075494>

Número do documento: 20102011291929200000034075494



16/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-12-16&contar=2063864&IDC=72560

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

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

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL

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 ,	
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	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H SE NECESSARIO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

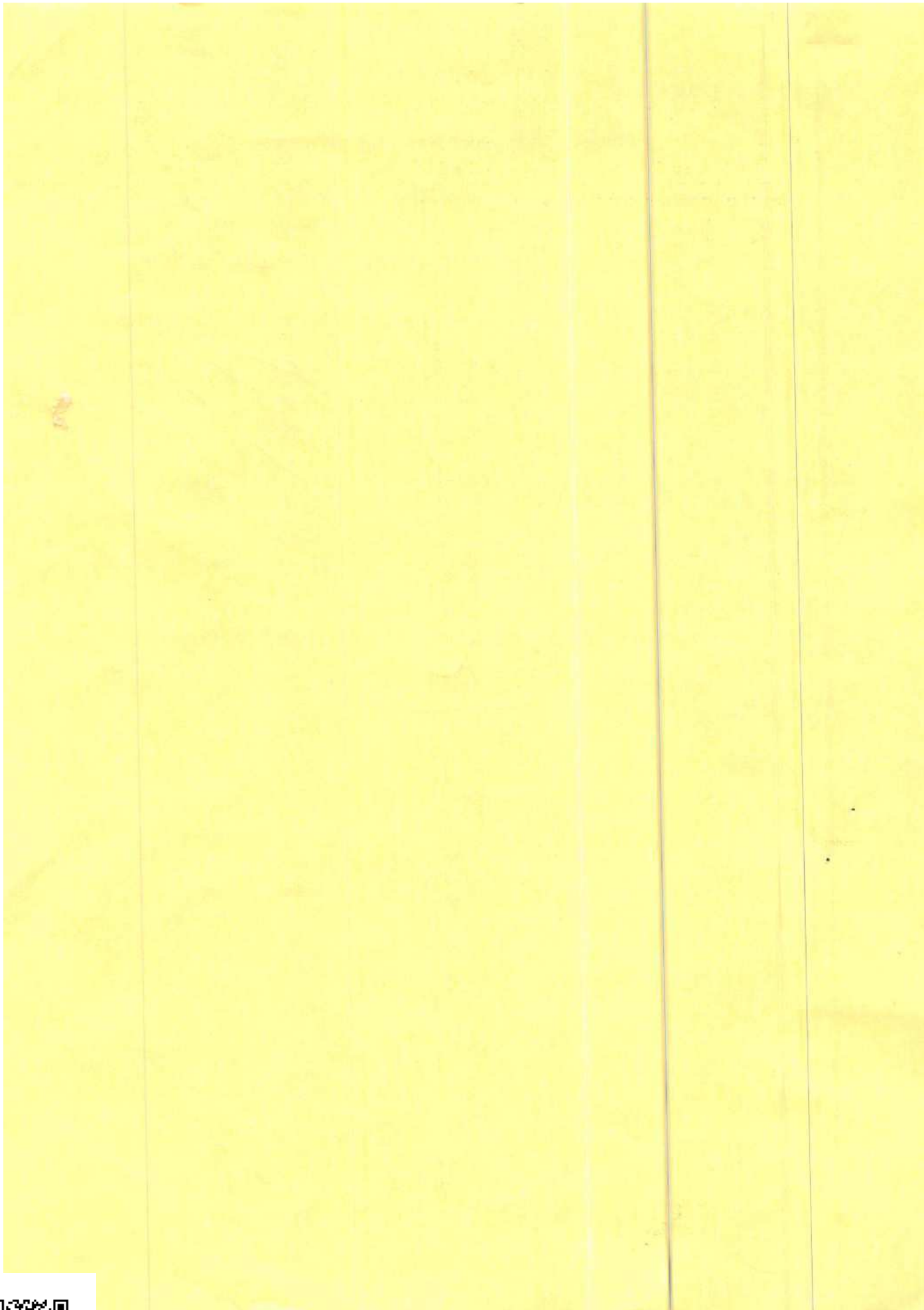
DATA: 16/12/2019 HORA: 23:42:12

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



GOVERNO
DA PARAIBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Protocolo: 0000503584 RG: NÃO INFORMADO
Prof: 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 Referência

SERIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.59 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40,0 %	40,0 à 52,5 %
Hemácrit.....	87 fL	80,0 à 100,0 fL
Hemoglobina.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
Hemoglobina.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SERIE BRANCA

Leucócitos.....	9.900 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Linfócitos.....	0	0
Monócitos.....	0	0
Eosinófilos.....	3,0	297
Basófilos.....	72,0	7.128
Plaquetas.....	2,0	198
Plaquetas.....	0	0
Plaquetas.....	20,0	1.980
Plaquetas ou Reativos.....	0	0
Plaquetas.....	3,0	297
Plaquetas.....	239.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

PREPARAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

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-26D9





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): MICHAEL JOHN DE SOUZA PEREIRA Protocolo: 0000503584 RG: NÃO INFORMADO
Dt(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

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30''

Data de coleta: 17/12/2019 08:29

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO 6'25''

Data de coleta: 17/12/2019 08:29

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS.

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7295-DE8E-64E0-D757-27BE-6883-1FA8-PB27



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Michael John de Souza Pereira DN: 12-09-85					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
		SUS	34 anos	2063852	
CIRURGIA Trauma - Cirurgia para fratura torácica direita		CIRURGIÃO Dr. Welton, MR Boverlan		ANESTESIA Dr. Valdeciro	
ANESTESIA raquer		INSTRUMENTADORA Teago		DATA 20-12-19	
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
			9:50	11h	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande Pacote		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Merceína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sulupak
	Proloxido l/m		Furacin ml		Fio de Algodão Sulupak
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2-0
	Thionembital ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
02	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	02	Vieryl Sertix 1
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vieryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vieryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		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	Lactan amp. Tenoxen 20		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotrinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	1	SG Ringr fr 500 ml
02	Prelimina clazodone		Seringa desc. 05 ml	1	SE fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda	L	SE para cavidade
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	02	Proteções esponjosas cr 3.5
02	Neocaina 0.5		Sonda Uretral nº	02	Arteses MA 2
02	Damon 0.2		Sterydrem ml		
02	Dormonid		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
02	Agulha desc. 26x7 40412		Gelcoon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Lafese		
	Agulha desc. 3 x 4,5		8 betas das		
02	Agulha p/ raque nº 256		02 8x10 desc		
	Álcool de Enfermagem		002 cloroexidante		
	Álcool Iodado ml		degermante		
L	Ataduras de Crepon 15cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

na glogodo ortopedia

MA 2

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

- EQUIPAMENTOS
- (x) Oxímetro de Pulso
 - () Serra
 - () Desfibrilador
 - () Foco Frontal
 - () Fonte de Luz
 - (x) Foco Auxiliar Central
 - () Eletrocautério
 - () Oxímetro
 - (x) Cardiomonitor
 - (x) Perfurador Elétrico





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE

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: Kátine Pontes dos S. Lima COREN-PB 528.295-ENF		

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011291929200000034075494>

Número do documento: 20102011291929200000034075494

[Faint, illegible text and markings, possibly a signature or stamp, spanning the middle of the page.]

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA		LEITO		Nº PRONTUÁRIO					
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Michael John de Souza				IDADE 34 anos		SEXO M		COR			
DATA 20/12/19		PRESSÃO ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		URÉIA		OUTROS	
		URINA											
AP. RESPIRATÓRIO										ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO										ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO		AP. URINÁRIO					
ESTADO MENTAL				ATARÁXICOS		CORTICÓIDES		ALERGIA		HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura torácica direita										ESTADO FÍSICO		RISCO ASA II	
ANESTESIAS ANTERIORES													
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA		AS		EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS		O ₂											
LÍQUIDOS		SF ₆ @ SF ₆											
CÓDIGOS		Setor 100/100/100											
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO		260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20											
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		Satisf. Indução: Excit.: Tosse: Laringo esparmo: Lenta: Náuseas: Vômitos: Outros: MANUTENÇÃO: Balança de O ₂ Balança de O ₂ Balança de O ₂ Balança de O ₂ Balança de O ₂											
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		ANESTESIA SATISF. Sim Não Não, por quê?											
POSIÇÃO		DESPERTAR											
AGENTES		Reflexos na SO: Obstr.: Co ₂ : Excit.: Náuseas: Vômitos: Outros:											
TÉCNICA		Com cânula: Paro o Leito Sim Não CONDIÇÕES:											
OPERAÇÃO		CÂNULAS											
CIRURGIÕES													
ANESTESISTAS		Valdelúcio Cesar de Abreu Junior Anestesiologista CRM 9736 CPF: 034.413.044-46											
OBSERVAÇÕES		Perda sanguínea											



20102011291929200000034075494
SISTEMA DE JUSTIÇA
20102011291929200000034075494



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

ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

PAUSA CIRÚRGICA

- ☐ CIRURGIAO, 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 SANGÜÍNEAS? *nao, 10', nao*
☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? *nao*
☐ **REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS. COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) *OK*
 HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES? *nao*

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 ✓
- ☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE. *Não houve perigo p/ exame.*
- ☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

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

Marek Duda

Assinatura

M. Linsalva C. da S.
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PR 2262



D-19/12/19
V-19/03/20 X. Básica Ortográfica

Wabete



20/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Everlan Da Silva Meira

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 20/12/2019



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: OSTEOSINTESE

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 + ANTISSEPSE 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





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Michael John de Souza Pereira	Idade:	34a
Convênio:		Data:	20/12/19
Procedimento:	TTO em fx TNZ (D)		
Cirurgião:	Dr. Julio	Auxiliar:	Dr. Furlan
		Anestesista:	Dr. Valdeir
Início:	09:50	Término:	11h
		Anestesia:	Rap

[illegible][illegible]

Observações: 13.00
Acto SEPA
S 117/3831

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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 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		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista





FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (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 NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSOMOBILIDADE FÍSICA: ☒ PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS:ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ 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: ☒ INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

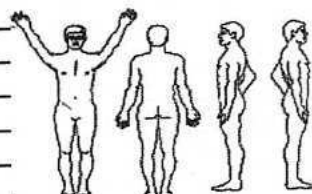
COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADASENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(0a10)	(Kg)					
8:30	120/70	35	55	70	-	-	-	-	-	Adriano	SOG/SNG/SNE	
										520/25	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	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () 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		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:





FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (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 NECESSIDADES 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

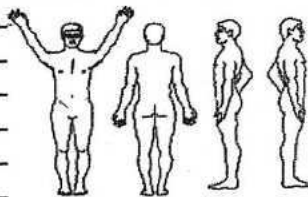
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)		SOG/SNG/SNE	INSERÇÃO
8:00	130/80	36,3	76	98	-	-	-	-	-	Adriana	SVE	
										520125	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	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (X) OUTRO	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO (X) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO 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) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Inácio Bruno Sarmiento
122484



HTCG-Paine! Administrativo

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

Joselia Danelli S. Andrade
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
11111111111111111111	111111111111111111	11111111
11111111111111111111	111111111111111111	11111111
11111111111111111111	111111111111111111	11111111
11111111111111111111	111111111111111111	11111111

tohtcg/impreclassi.php?contar=2063852&datacontar=20 9-12-16&horaatend=22:34:38

2/3



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201020111292014500000034076108>
 Número do documento: 201020111292014500000034076108

Num. 35676167 - Pág. 3

16/12/2019

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES GNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mdl. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
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: 102/80 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 () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBIOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor					média dor		pior dor			

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

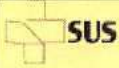
OBS:
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

[Handwritten signature]





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

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				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 ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARILENA DE SOUZA PEREIRA				11 - TELEFONE DE CONTATO DD(83) Nº DE TELEFONE 986095336	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) AV PRESIDENTE JUCELINO KUBISCH, 1646, PRESIDENTE MEDICE					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	
		15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DA ADM EM TORNOZELO DIREITO					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRÚRGICO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANAMNESE + EX FÍSICO					
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 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016296772642	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR				32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/12/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		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)					





21/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

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



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:

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 8360
CPF: 043.079.784-20

Data: 21/12/2019

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo

RESPONSÁVEL : Eldiman Soares De Araujo



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 20/10/2020 11:29:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102011292014500000034076108>
 Número do documento: 20102011292014500000034076108

21/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-12-21&contar=2063864&IDC=73727

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Horas: 07:38:54

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

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

Clínica: 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 OK

FO SANGUE

CURATIVOS

ALTA HOSPITALAR

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumatismo-Ortopedia
CRM: 65860
CPF: 043.079.784-20

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

DIA 20/12/2019

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA LIVRE	cr
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	JP / 06
3	JELCO HEPARINIZADO	cr
4	CURATIVO	cr
5	RX DE CONTROLE	cr
6	TALA BOTA D	cr
7	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	JP / 24 / 06
8	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	JP / 06
9	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cr
11	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	cr
12	CURATIVOS	cr

EVOLUÇÃO

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

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM+RX DE CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO
 Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9900



20.12.19

12h5

PA: 120180

P: 72

T: 36.9

