



Número: **0801167-14.2019.8.15.0631**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Juazeirinho**

Última distribuição : **09/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                            | Procurador/Terceiro vinculado                    |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>AMADEU MANOEL (AUTOR)</b>                                      | <b>ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b> |                                                  |

**Documentos**

| Id.       | Data da Assinatura | Documento                                                                 | Tipo                                    |
|-----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 26911 403 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">Petição Inicial</a>                                           | Petição Inicial                         |
| 26911 404 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">Boletim de Ocorrência</a>                                     | Documento de Comprovação                |
| 26911 405 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">Carta Resposta ao Nº do Pedido do Seguro DPVAT 3190290408</a> | Documento de Comprovação                |
| 26911 406 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">Comprovante de residência (2)</a>                             | Documento de Identificação              |
| 26911 407 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">DECLARAÇÃO DE POBREZA</a>                                     | Documento de Comprovação                |
| 26911 409 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">GuiaCustas</a>                                                | Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas |
| 26911 410 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">OURTOGA DE PODERES</a>                                        | Procuração                              |
| 26911 411 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">RG</a>                                                        | Documento de Identificação              |
| 26911 432 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (1)</a>                                     | Documento de Comprovação                |
| 26911 433 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (2)</a>                                     | Documento de Comprovação                |
| 26911 441 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (3)</a>                                     | Documento de Comprovação                |
| 26911 434 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (4)</a>                                     | Documento de Comprovação                |
| 26911 436 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (5)</a>                                     | Documento de Comprovação                |
| 26911 437 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (6)</a>                                     | Documento de Comprovação                |
| 26911 440 | 09/12/2019 22:57   | <a href="#">PETIÇÃO INICIAL DPVAT AMADEU MANOEL</a>                       | Outros Documentos                       |

SEGUE ANEXA EM PDF.



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562510200000025980826>  
Número do documento: 19120922562510200000025980826

Num. 26911403 - Pág. 1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



**PRF**



**Acidente nº 18053207B02**

### INFORMAÇÕES GERAIS

**BR:** 230

**KM:** 234,8 - Crescente

**Município:** JUAZEIRINHO/PB

**Data:** 14/09/2018

**Hora:** 10:45

**Policial responsável pelo atendimento:** R. JORGE, matrícula 1504480

**Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899**

### ASPECTOS DO LOCAL

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Simples

**Condição da pista:** Seca

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:**

**Acostamento:**

**Canteiro central:**

**Condição meteorológica:** Céu Claro

**Fase do dia:** Pleno dia

### NARRATIVA

No dia 14/09/2018, por volta das 10h45min, no km 234 da BR-230, em Juazeirinho-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 01(uma) vítima lesionada. Os veículos envolvidos foram a motocicleta HONDA/ CG 125 TITAN (V1), e o veículo FIAT/PALIO WEEK ELX FLEX (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V2 trafegava na faixa de trânsito do sentido Soledade-PB / Juazeirinho-PB, quando V1 atravessou a pista de rolamento, no sentido da esquerda para a direita do sentido crescente. V1 foi atingido transversalmente na sua lateral direita por V2, sendo que os dois veículos pararam fora do leito carroçável. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a Falta de Atenção às Normas de Trânsito, por parte do condutor de V1. OBSERVAÇÕES: O local do acidente estava parcialmente preservada. O condutor de V1 foi socorrido por uma equipe do SAMU, e não mais se encontrava no local quando a equipe da PRF chegou ao acidente. Por isto, não foi realizado o teste de etilômetro com o condutor de V1, que foi conduzido para o Hospital de Trauma de Campina Grande, e submetido à cirurgia. Foram constatadas marcas de frenagem, do veículo V2, com 27 metros de comprimento. A via apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem. A localidade é conhecida como Sítio Ilha Grande. O veículo V1 não estava licenciado e o condutor não era habilitado.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504480, Policial Rodoviário Federal, em 28/09/2018, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76607FDD5339BD8FE884C7736818





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA



# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899



# PRF

Local parcialmente preservado

V1

V2



Palhoção da Ilha

SOLEDADE

JUAZEIRINHO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504480, Policial Rodoviário Federal, em 28/09/2018, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76607FDD5339BD8FE884C7736818





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18053207B02**

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899



**PRF**

**V1**



TRACIONADOR



**KIR2362**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504480, Policial Rodoviário Federal, em 28/09/2018, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76607FDD5339BD8FE884C7736818





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18053207B02**

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899



**PRF**

**V1**



**AMADEU MANOEL**

CONDUTOR

**Placa do veículo:** KIR2362

**Marca/modelo:** HONDA/CG 125 TITAN

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** AMADEU MANOEL

**CPF:** 790.291.324-34

**Data de nascimento:** 08/05/1950

**Estado civil:** Casado(a)

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Ignorado

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Não Habilitado

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Não

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não      **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** SÍTIO PEDRA DA AGUA, ZONA RURAL, JUAZEIRINHO/PB

**Telefone/email:** 99620 3159/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** Hospital de Trauma de Campina Grande



Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504480, Policial Rodoviário Federal, em 28/09/2018, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura  
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76607FDD5339BD8FE884C7736818





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18053207B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899



**PRF**

### RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

**Veículo:** V1 / HONDA/CG 125 TITAN

**Placa:** KIR2362

**Nome do agente:** R. JORGE

**Nº BOAT:** 18053207B02

**Matrícula do agente:** 1504480

**Data:** 14/09/2018

| Item | Descrição do Item                    | Item danificado no acidente |       |       |
|------|--------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|
|      |                                      | SIM*                        | NÃO** | NA*** |
| 1    | Garfo dianteiro                      |                             | X     |       |
| 2    | Mesa superior da suspensão dianteira |                             | X     |       |
| 3    | Mesa inferior da suspensão dianteira |                             | X     |       |
| 4    | Coluna de direção                    |                             | X     |       |
| 5    | Chassi                               |                             | X     |       |
| 6    | Garfo traseiro                       |                             | X     |       |
| 7    | Eixo traseiro (triciclos)            |                             | X     |       |

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504480, Policial Rodoviário Federal, em 28/09/2018, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76607FDD5339BD8FE884C7736818





## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18053207B02



**PRF**

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08663009302201899

MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

| Item | Descrição do Item               | SIM* | NÃO** | NA*** |
|------|---------------------------------|------|-------|-------|
| 20   | Assoalho central direito        |      | X     |       |
| 21   | Caixa de roda dianteira direita |      | X     |       |
| 22   | Longarina dianteira direita     |      | X     |       |

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da manta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por R. JORGE, matrícula 1504480, Policial Rodoviário Federal, em 28/09/2018, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18053207B02 e o número de controle CF76607FDD5339BD8FE884C7736818





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

---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190290408      Vítima: AMADEU MANOEL

Data do Acidente: 14/09/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMADEU MANOEL

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 7.087,50 |

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: AMADEU MANOEL

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 001

Agência: 000002224-1

Conta: 0000019671-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, AMADEU MANOEL,  
RG nº 1523.154, data de expedição 02/10/98, Órgão SSP/PB,  
CPF nº 790.291.324-34, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome  
de terceiro:

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>SÍTIO PEDRA D'ÁGUA</u> |
| Número                            | <u>S/Nº</u>               |
| Apto / Complemento                |                           |
| Bairro                            | <u>ÁREA RURAL</u>         |
| Cidade                            | <u>JUAZEIRINHO</u>        |
| Estado                            | <u>PARAÍBA</u>            |
| CEP                               | <u>58.</u>                |
| Telefone de Contato               |                           |
| E-mail                            |                           |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juaçazeirinho-PB, 16/05/2019

Assinatura do Declarante: Amadeu etmanoel



## DECLARAÇÃO

Eu, **AMADEU MANOEL**, brasileiro, casado, agricultor, 69 anos (nascido em 08.05.1950), CPF nº 790.291.324-34, **Cédula de Identidade RG nº 1.523.154-SSP/PB**, expedido em 08/05/2007, residente na Rua Fernando Barbosa de Melo, 496, Catolé, Campina Grande-PB, **DECLARO**, com fulcro no artigos 4º da lei 1.060/50 e 1º da Lei nº 7.115/83, que sou **POBRE NA FORMA DA LEI** e que não estou em condições de econômico-financeira de arcar com as custas do processo e nem honorários sem comprometer meu sustento e ou da minha família, ciente as penas civil, penal e/ou administrativas, assino a presente declaração.

Juazeirinho-PB, – PB, 11 de NOVEMBRO de 2019.

Amadeu Manoel

*Declarante*



|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br/> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br/> Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> |                 |                                      | (Via da parte)                                |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>Comarca:</b> | <b>Classe Processual:</b>            | <b>Número do boleto:</b><br>063.3.19.00480/01 |
| Juazeirinho                                                                                                                                                                                                                               |                 | PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de emissão:</b><br>09/12/2019         |
| <b>Número da guia:</b> 063.2019.600480 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                |                 |                                      | <b>Data de vencimento:</b><br>31/12/2019      |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.013,20 <b>Promovente:</b> AMADEU MANOEL<br>- Taxa Judiciária: R\$ 202,50<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35                                                                                 |                 |                                      | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,66              |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.217,05           |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
|  <p>866600000123 170509283181 520191231064 331900480012</p>                                                                                              |                 |                                      | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.217,05           |

|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br/> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br/> Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> |                 |                                      | (Via do processo)                             |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>Comarca:</b> | <b>Classe Processual:</b>            | <b>Número do boleto:</b><br>063.3.19.00480/01 |
| Juazeirinho                                                                                                                                                                                                                               |                 | PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de emissão:</b><br>09/12/2019         |
| <b>Número da guia:</b> 063.2019.600480 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                |                 |                                      | <b>Data de vencimento:</b><br>31/12/2019      |
| <b>Promovente:</b> AMADEU MANOEL <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT                                                                                                                                      |                 |                                      | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,66              |
| <b>Detalhamento:</b>                                                                                                                                                                                                                      |                 |                                      | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.217,05           |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                      | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.217,05           |

|                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                      |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br/> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br/> Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> |                 |                                      | (Via do banco)                                |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                      | <b>Comarca:</b> | <b>Classe Processual:</b>            | <b>Número do boleto:</b><br>063.3.19.00480/01 |
| Juazeirinho                                                                                                                                                                                                                                 |                 | PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de emissão:</b><br>09/12/2019         |
| <b>Número da guia:</b> 063.2019.600480 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                  |                 |                                      | <b>Data de vencimento:</b><br>31/12/2019      |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.013,20 <b>Promovente:</b> AMADEU MANOEL<br>- Taxa Judiciária: R\$ 202,50<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35                                                                                   |                 |                                      | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,66              |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                      | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                      | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                      | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.217,05           |
|                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                      | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
|  <p>866600000123 170509283181 520191231064 331900480012</p>                                                                                              |                 |                                      | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.217,05           |





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 063.2019.600480

**Data Vencimento:** 31/12/2019

**Data Emissão:** 09/12/2019

**Comarca:** Juazeirinho

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** AMADEU MANOEL

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 13.500,00

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.013,20

**Taxa:** R\$ 202,50

**Total da Guia:** R\$ 1.215,70

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562568100000025980832>  
Número do documento: 19120922562568100000025980832

Num. 26911409 - Pág. 2

**, PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL**

**OUTORGANTE\*:** **AMADEU MANOEL**, brasileiro, CASADO, AGRICULTOR, com 68 anos de idade, CPF N° **790.291.324-34**, RG N° **1.523.154** - **SESDS/PB**, residente no Sítio Pedra D'água, Zona Rural, Juazeirinho-PB.

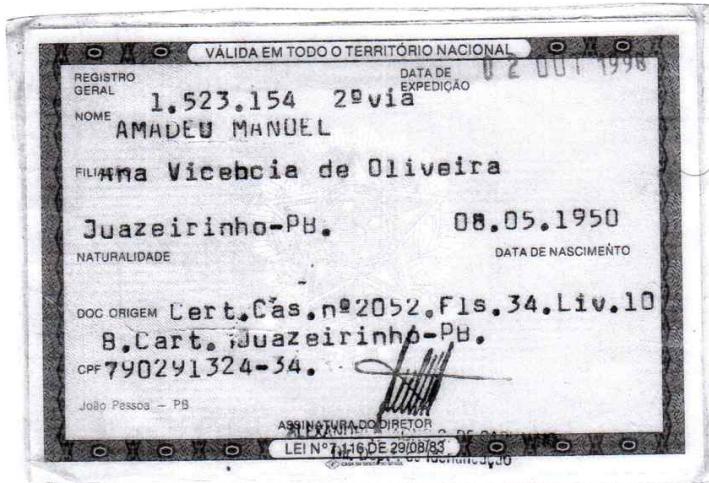
**OUTORGADO:** **Adolfo Veiller Souza Henriques**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o n° 25.682, com endereço na Rua Manoel Paulino, n°335, Catolé, Campina Grande/PB, CEP 58411-140, CPF 096.408.764-29

A presente procuração outorga ao(s) Advogado(s) acima descrito(s), os poderes para, em nome do outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15). Os poderes específicos outorgados poderão ser substabelecidos. **ESPECIALMENTE PARA O FIM DE AJUIZAR AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS, MATERIAIS E ESTÉTICO POR INVALIDEZ PERMANENTE EM FACE DA SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

JUAZEIRINHO/PB, 10 de outubro de 2019.

*Amadeu Manoel*





EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Parecer</b></p> <p><b>Pronto Atendimento</b></p> <p><b>Dr. [Redacted] - MDR</b></p> <p><b>End: [Redacted]</b></p> <p><b>Cel: [Redacted]</b></p> <p><b>CD: C - contato com o Nen. Delicite nova T.C.</b></p> <p><b>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</b></p> <p><b>Karina Alves Freitas</b></p>                                                                                                                                   |  | <p>14h PTY c/ ameaça +</p> <p>crie caminhos S. de ser Yo</p> <p>Neurologia da UCR.</p> |
| <p><b>DESTINO DO PACIENTE:</b></p> <p><b>Dr. Samuel Coutinho</b></p> <p><b>as: _____ hs.</b></p> <p><b>Serviços realizados:</b></p> <p><b>CÓDIGO/PROCEDIMENTO</b></p> <p><b>CBO</b></p> <p><b>IDADE</b></p> <p><b>( ) Centro cirúrgico</b></p> <p><b>( ) Internação (setor)</b></p> <p><b>( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL</b></p> <p><b>( ) Óbito</b></p> <p><b>( ) Alta hospitalar / ( ) A revélia</b></p> <p><b>( ) Decisão Médica</b></p> |  | <p><b>CD: C - contato com o Nen. Delicite nova T.C.</b></p>                            |
| <p><b>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                        |



## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

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

**PRONT (B.E) Nº:1733352**  
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: 14/09/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento

**PACIENTE: AMADEU MANOEL**  
Endereço:SITIO PEDRA DAGUA CEP:58660000 Nascimento:14/09/1950  
Cidade:juazeirinho Sexo:M  
Nome da Mãe:  
Responsável: KARINA FERREIRA RG:  
Estado Civil:Casado(a)  
Motivo: ACIDENTE DE MOTO CRM:  
Médico:  
Idade:068  
Bairro:ZONA RURAL  
Telefone: 93764557

**PATOLOGIAS:** *Nuga*  
**MEDICAMENTOS:** *Nuga*  
**EXAME FÍSICO**  
**PUPILAS**  Fotorreagentes  Isocônicas  Anisocônicas   
**Glasgow** *15* / **PA** *PA* **HGT:** *Sat02*  
**TCE** *pende de consciêcia*, *desconhece* **PA:** *140x80 mm Hg*  
**EC:** *338 bpm*  
**FR:** *22 imp Sat 98%*  
**SpO<sub>2</sub>:** *98%*  
**Glucose:** *191*

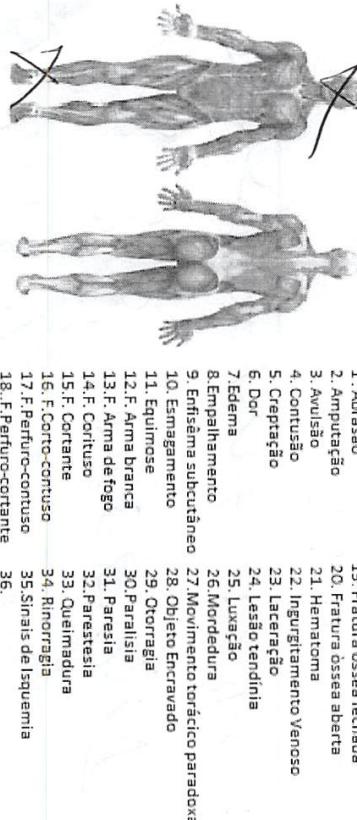
**TOMOGRAFIA REALIZADA:**  
**15/09/18**

## EXAMES SOLICITADOS:

- Laboratoriais
  - Isocônicas
  - Anisocônicas
  - Radiografias:
  - Ultrassonografia:
  - Tomografia Computadorizada
- SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**  
Especialista: *Onco* / às : / Dia / /  
Especialista: *NEGR* / às : / Dia / /
- MÉDICO SOLICITANTE**
- PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**
- | Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS    | HORÁRIO REALIZADO |
|----|---------------------------|-------------------|
| 1  | <i>SL 1000 ml EV</i>      | <i>REALIZADO</i>  |
| 2  | <i>Tubos de sangue EV</i> | <i>REALIZADO</i>  |
| 3  |                           | <i>REALIZADO</i>  |
| 4  |                           | <i>REALIZADO</i>  |
| 5  |                           | <i>REALIZADO</i>  |
| 6  |                           | <i>14/09/18</i>   |

OBS FICHA:  
MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA: % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

Superfície corporal lesada = *Fraudosa SKP PEP*

IGNÓSTICO / CID:

*Fraudosa*

ASSINATURA DO CIRURGIANO GERAL:

CRM-PB 7983



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562594900000025980854>  
Número do documento: 19120922562594900000025980854

Num. 26911432 - Pág. 3



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

Ficha de Acolhimento

|                       |                       |                             |          |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|----------|
| Nome:                 | Amadeu Júnior         | Bairro:                     |          |
| End:                  | Sítio Peotés Oiticica | Documento de Identificação: |          |
| Data de Nascimento:   | 67 09                 |                             |          |
| Queixa:               | ACS Júlio             | Data do Atend.:             | 14.09.19 |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim               | ( ) Não                     |          |

Classificação de Risco

|                          |           |                      |           |                      |                 |                   |             |
|--------------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom   | ( ) Regular          | ( ) Baixo | Aspecto:             | ( ) Calmo       | ( ) Fáceis de dor | ( ) Gemente |
| Frequência respiratória: |           |                      |           | Frequência cardíaca: |                 |                   |             |
| Pressão arterial:        |           |                      |           | Temperatura axilar:  |                 |                   |             |
| Dosagem de HGT:          |           |                      |           | Mucosas:             | ( ) Normocorada | ( ) Pálida        |             |
| Deambulação:             | ( ) Livre | ( ) Cadeira de rodas | ( ) Maca  |                      |                 |                   |             |

Estratificação

MOD. 110

*curva*  
() Vermelho - atendimento imediato  
() Verde - atendimento até 4 horas

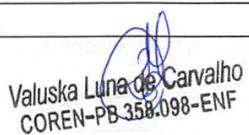
() Amarelo - atendimento até 1 hora  
() Azul - atendimento ambulatorial

*Herla Henrilda S. Cavalcanti*

*COREN-PB 440.575-ENF*

*Assinatura e carimbo do profissional*



|                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.                                                                                   |  |
| Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )                                                                       |  |
| Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )                                                                                                             |  |
| Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo                                                      |  |
| Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M. S. D. Data da punção 15/09/18                                                         |  |
| Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:                                                                                                      |  |
| <b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>                                                                                                          |  |
| Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.                                                                                                |  |
| Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.                                                                                                                |  |
| Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastroenterologia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____                                              |  |
| Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:                                                             |  |
| Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:                                                                                        |  |
| RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados                                                                                                   |  |
| Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:                                                                                  |  |
| Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;                                                            |  |
| Aspecto: ( ) Outros: Observações:                                                                                                                                 |  |
| <b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>                                                                                                                        |  |
| Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:                                                                |  |
| Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: ( ) Preservado                                                     |  |
| Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( ).                                                                                         |  |
| Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____                                                                                                 |  |
| Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____                                                                                                      |  |
| Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____                                                                                        |  |
| <b>CUIDADO CORPORAL</b>                                                                                                                                           |  |
| Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:                                                                       |  |
| Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.                                                    |  |
| Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:                                                                                                     |  |
| <b>SONO E REPOUSO</b>                                                                                                                                             |  |
| (X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:                                                                            |  |
| <b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>                                                                                                               |  |
| <b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>                                                                                                                |  |
| Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros: |  |
| <b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>                                                                                                                          |  |
| <b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>                                                                                                              |  |
| Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:                                                                                                             |  |
| <b>INTERCORRÊNCIAS</b>                                                                                                                                            |  |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 17/09/2018 HORA: ____ h             |  |
| COREN-PB 358.098-ENF                                                                                                                                              |  |

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Amadeu Manuel | Registro: | Leito: 09104 | Setor Atual: Ortopedia 1

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: \_\_\_

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



## ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

## ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

18:00h *Fiz Hidro aderente da ostomia de  
tecnico enfermagem, Platina se atrelaram  
to, veus escorvado, amputado do drenbro  
inferior aberto. Sem sifone vai gravado  
desse venoso, periferico, obstrui e oriente  
até aho. SVD. Chegou prevenida, segue  
de os eu deles da equipe*

## TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

*Mauro Souza Henriques  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
CORRENTE: 98-2000*

## SONDAS, CATETERES E DRENOS

| SVD                                                 | AVP | AVC | PIA | PAM | TOT | TQT | SNE | SNG | DRENOS |
|-----------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|
|                                                     |     |     |     |     |     |     |     |     |        |
| <b>BALANÇO HÍDRICO ATUAL:</b>                       |     |     |     |     |     |     |     |     |        |
| <b>BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:</b>                    |     |     |     |     |     |     |     |     |        |
| <b>CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS</b> |     |     |     |     |     |     |     |     |        |
| <b>FERIDAS / LESÕES</b>                             |     |     |     |     |     |     |     |     |        |
| <b>ENFERMEIRO:</b>                                  |     |     |     |     |     |     |     |     |        |





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

HD: POLITRAUMA/TCE

SETOR: UTI ROSA

LEITO: 12 DATA: 14/09/2018

|                                            |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--------------------------------------------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|------|-----|------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| HORÁRIO                                    | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 12H | 18   | 19  | 20   | 21  | 22    | 23  | 24  | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 12H |     |
| P. ARTERIAL                                |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 173  | 155 | 149  | 186 | 151   | 134 | 149 | 186 | 151 | 134 | 149 | 186 | 151 | 134 |
| PULSO/FC                                   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 94   |     | 83   |     | 90    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| TEMPERATURA                                |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 35,8 |     | 37,3 |     | 36,4° |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| RESPIRAÇÃO                                 |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 26   |     | 24   |     | 21    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SAT. O <sub>2</sub>                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | -    |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| PVC                                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| PIA                                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| HGT                                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SF 0,9%                                    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SRL                                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SG 5%                                      |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SORO EXTRA                                 |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SEDAÇÃO                                    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ANALGESIA                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| MEDICAÇÕES                                 |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| NORA                                       |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| DOPA                                       |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| HEMOMODERIVADOS                            |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| NPT                                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|                                            | I | N | F | U  | S  | O  | E  | S  | O  | R  | A  | I  | S   | I    | S   | N    | G   | I     | S   | N   | E   |     |     |     |     |     |     |
| DIETA                                      |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ÁGUA                                       |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| MEDICAÇÕES                                 | D | R | E | N  | A  | G  | E  | N  | S  |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SNG/VÓMITOS                                |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| FEZES                                      |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| DIURESE                                    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| HEMODIÁLISE                                |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| DRENO TORAX D                              |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| DRENO TORAX E                              |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| D.CAVITÁRIO                                |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| DRENO SUCCÃO                               |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| DVE                                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| GANHOS 12H DIA=                            |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| PÉRDAS 12H DIA=                            |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| BH DIA=                                    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| GANHOS 12H NOITE=                          |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2640                                       |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| PERDAS 12H NOITE=                          |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 800                                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| BH 24H=                                    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| GANHOS 24H=                                |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| PERDAS 24H + 1000ml =                      |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| BH 24H=                                    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ASSINATURA:                                |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Assinatura: Adolfo Veiller Souza Henriques |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CPF: 099.123.456-78                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Assinatura: Anaide Brito Freitas           |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CPF: 099.123.456-78                        |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |      |     |      |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |







**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

## Evolução Psicológica

Nome: Amadeu Manoel  
Setor: UTI Rosa Leito: 12



Assinado digitalmente  
Tribunal de Justiça do Paraná



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562622900000025980855>  
Número do documento: 19120922562622900000025980855

Num. 26911433 - Pág. 3



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## FICHA DE EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO

HORA: 11:50 FC 98 bpm FR 38 irpm PA 173 152 PAM 119 (mmHg) SpO2 — % T — °c

REAVALIAÇÃO: *Painel com O2 e coxim + almofada para dor, pulmões claros, pressão arterial 173/152 mmHg, saturação de oxigênio 98%, paciente consciente, orientado, pálida, respiração regular, sopro de descompressão auscultado.*

AP: **MU** (+) sem AHT, sem RIN

| VM:       | MODO-MODAL:                   | PC:                                     | VT:                                      | PEEP:                            | PI:                                | PS:   |
|-----------|-------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------|
| TI:       | —                             | IE:                                     | —                                        | FLUXO:                           | —                                  | SENS: |
| CD:       | <input type="checkbox"/> THB: | <input type="checkbox"/> TEP PASSIVA    | <input type="checkbox"/> TEP ATIVA       | <input type="checkbox"/> O2      | <input type="checkbox"/> VNI       |       |
|           |                               |                                         |                                          |                                  |                                    |       |
| Aspiração | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff | <input type="checkbox"/> Troca de Filtro | <input type="checkbox"/> Desmame | <input type="checkbox"/> Extubação |       |
| TRE       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> TMV            | <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT   | <input type="checkbox"/> RCP     | <input type="checkbox"/> MRA       |       |
|           |                               |                                         |                                          |                                  |                                    |       |

X Posicionamento: 30°

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: \_\_\_\_\_ Cdyn: \_\_\_\_\_ RVS: \_\_\_\_\_ IRSS: \_\_\_\_\_ PaO2/FIO2: \_\_\_\_\_

Transporte:

X Rotina/Intercorrências: *Maintendo*

Fisioterapeuta/CREFITO

HORA: 17:00 FC 88 bpm FR 20 irpm PA 188 110 PAM 129 (mmHg) SpO2 — % T — °c

REAVALIAÇÃO: *Painel com O2 e coxim + almofada para dor, pulmões claros, pressão arterial 188/110 mmHg, saturação de oxigênio 98%, paciente consciente, orientado, pálida, respiração regular, sopro de descompressão auscultado.*

AP: **MU** (+) sem AHT, sem RIN

| VM:       | MODO-MODAL:                   | PC:                                     | VT:                                      | PEEP:                            | PI:                                | PS:   |
|-----------|-------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------|
| TI:       | —                             | IE:                                     | —                                        | FLUXO:                           | —                                  | SENS: |
| CD:       | <input type="checkbox"/> THB: | <input type="checkbox"/> TEP PASSIVA    | <input type="checkbox"/> TEP ATIVA       | <input type="checkbox"/> O2      | <input type="checkbox"/> VNI       |       |
|           |                               |                                         |                                          |                                  |                                    |       |
| Aspiração | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff | <input type="checkbox"/> Troca de Filtro | <input type="checkbox"/> Desmame | <input type="checkbox"/> Extubação |       |
| TRE       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> TMV            | <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT   | <input type="checkbox"/> RCP     | <input type="checkbox"/> MRA       |       |
|           |                               |                                         |                                          |                                  |                                    |       |

X Posicionamento: 30°

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: \_\_\_\_\_ Cdyn: \_\_\_\_\_ RVS: \_\_\_\_\_ IRSS: \_\_\_\_\_ PaO2/FIO2: \_\_\_\_\_

Transporte:

X Rotina/Intercorrências: *Mantenho*

D. Melo  
CREFITO

NOME: **ANNA DEU MANOEL**

DATA: **25/10/2018** SETOR: **ROSA** LEITO: **12**

H.D: IDADE: **68 ANOS** ADMISSÃO:

HORA: \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ bpm FR \_\_\_\_\_ irpm PA \_\_\_\_\_ PAM \_\_\_\_\_ (mmHg) SpO2 \_\_\_\_\_ % T \_\_\_\_\_ °c

REAVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_

AP: **MU** (+) sem AHT, sem RIN

| VM:       | MODO-MODAL:                   | PC:                                     | VT:                                      | PEEP:                            | PI:                                | PS:   |
|-----------|-------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------|
| TI:       | —                             | IE:                                     | —                                        | FLUXO:                           | —                                  | SENS: |
| CD:       | <input type="checkbox"/> THB: | <input type="checkbox"/> TEP PASSIVA    | <input type="checkbox"/> TEP ATIVA       | <input type="checkbox"/> O2      | <input type="checkbox"/> VNI       |       |
|           |                               |                                         |                                          |                                  |                                    |       |
| Aspiração | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> Ajuste de Cuff | <input type="checkbox"/> Troca de Filtro | <input type="checkbox"/> Desmame | <input type="checkbox"/> Extubação |       |
| TRE       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> TMV            | <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT   | <input type="checkbox"/> RCP     | <input type="checkbox"/> MRA       |       |
|           |                               |                                         |                                          |                                  |                                    |       |

Posicionamento: \_\_\_\_\_

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: \_\_\_\_\_ Cdyn: \_\_\_\_\_ RVS: \_\_\_\_\_ IRSS: \_\_\_\_\_ PaO2/FIO2: \_\_\_\_\_

Transporte:

X Rotina/Intercorrências: \_\_\_\_\_

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAME DATA HORA RESULTADO

GASO.: PH: PaO2: PCO2: HCO3: BE:

GASO.: PH: PaO2: PCO2: HCO3: BE:

HEMOGRAMA: PH: PaO2: PCO2: HCO3: BE:

TOMOGRAFIA: RAIO X: \_\_\_\_\_

OUTROS.: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

| CD: | THB: | TEP PASSIVA | TEP ATIVA | O2 | VNI |
|-----|------|-------------|-----------|----|-----|
|     |      |             |           |    |     |
|     |      |             |           |    |     |
|     |      |             |           |    |     |

|           |                          |                |                                          |                                        |                                    |
|-----------|--------------------------|----------------|------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| Aspiração | <input type="checkbox"/> | Ajuste de Cuff | <input type="checkbox"/> Troca de Filtro | <input type="checkbox"/> Desmame       | <input type="checkbox"/> Extubação |
| TRE       | <input type="checkbox"/> | TMV            | <input type="checkbox"/> MRA             | <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT | <input type="checkbox"/> RCP       |
|           |                          |                |                                          |                                        |                                    |

X Posicionamento: 30°

Cinesioterapia:

Monit. Vent. Cest: \_\_\_\_\_ Cdyn: \_\_\_\_\_ RVS: \_\_\_\_\_ IRSS: \_\_\_\_\_ PaO2/FIO2: \_\_\_\_\_

Transporte:

X Rotina/Intercorrências: *Mantenho*



|                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> | <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> | <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> |
| <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           | <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           | <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           |
| <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> | <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> | <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> |
| <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           | <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           | <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           |
| <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> | <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> | <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> |
| <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           | <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           | <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           |
| <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> | <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> | <b>PEDIDO DE PRORROGAÇÃO DO CTI</b><br>DATA / /<br>Solicito Prorrogação da Internação Hospitalar<br>Por: UM ( 0 1 ) dia pelos seguintes Motivos:<br><br><br><br> |
| <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           | <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           | <b>Assinatura e Carimbo Médico (a)</b><br><br><br><br>                                                                                                           |



|                                                                                                                                              |            |                                                                                                           |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| SUS                                                                                                                                          |            | <b>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO</b><br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b> |       |
| Sistema                                                                                                                                      | Ministério | União de                                                                                                  | Saúde |
| <b>PROCEDIMENTO E DE MUDANÇA DE<br/>SOLICITAGÃO DE MUDANÇA DE<br/>CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b>                                       |            | <b>1/2</b>                                                                                                |       |
| <b>AMADEU MANOEL</b>                                                                                                                         |            |                                                                                                           |       |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                             |            |                                                                                                           |       |
| 1 - Nome do Estabelecimento de Saúde                                                                                                         |            |                                                                                                           |       |
| 2 - CNS                                                                                                                                      |            |                                                                                                           |       |
| 3 - Nome do Estabelecimento Executante                                                                                                       |            |                                                                                                           |       |
| 4 - CNS                                                                                                                                      |            |                                                                                                           |       |
| 5 - Nome do Paciente                                                                                                                         |            |                                                                                                           |       |
| 6 - Nº do Pronutário                                                                                                                         |            |                                                                                                           |       |
| 7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)                                                                                                           |            |                                                                                                           |       |
| 8 - Data de Nascimento                                                                                                                       |            |                                                                                                           |       |
| 9 - Sexo                                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 10 - Nome da Mae ou Responsável                                                                                                              |            |                                                                                                           |       |
| 11 - Telefone de Contato                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 12 - Endereço (Rua, N°, Bairro)                                                                                                              |            |                                                                                                           |       |
| 13 - Município de Residência                                                                                                                 |            |                                                                                                           |       |
| 14 - Cód. IBGE Município                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 15 - UF                                                                                                                                      |            |                                                                                                           |       |
| 16 - CEP                                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 17 - Número da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)                                                                                    |            |                                                                                                           |       |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                                                                               |            |                                                                                                           |       |
| 18 - Descrição do procedimento solicitado anterior                                                                                           |            |                                                                                                           |       |
| 19 - Cód. do procedimento anterior                                                                                                           |            |                                                                                                           |       |
| 20 - Descrição do procedimento mudança                                                                                                       |            |                                                                                                           |       |
| 21 - Cód. do procedimento mudança                                                                                                            |            |                                                                                                           |       |
| 22 - Diagnóstico inicial                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 23 - CID 10 Principal                                                                                                                        |            |                                                                                                           |       |
| 24 - CID 10 Secundário                                                                                                                       |            |                                                                                                           |       |
| 25 - CID 10 causas associadas                                                                                                                |            |                                                                                                           |       |
| <b>POLTRAUМАTISMO</b>                                                                                                                        |            |                                                                                                           |       |
| 26 - Descrição do procedimento principal                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 27 - Cód. do procedimento principal                                                                                                          |            |                                                                                                           |       |
| 28 - Solicitado de Diária de UTI ou Diária de acompanhante                                                                                   |            |                                                                                                           |       |
| <input type="checkbox"/> Diária de UTI tipo I <input type="checkbox"/> Diária de UTI tipo II <input type="checkbox"/> Diária de UTI tipo III |            |                                                                                                           |       |
| <b>SOLICITAGÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                                                                                          |            |                                                                                                           |       |
| 29 - Descrição do procedimento especial                                                                                                      |            |                                                                                                           |       |
| 30 - Cód. do procedimento especial                                                                                                           |            |                                                                                                           |       |
| 31 - ADE                                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 32 - Descrição do procedimento especial                                                                                                      |            |                                                                                                           |       |
| 33 - Cód. do procedimento especial                                                                                                           |            |                                                                                                           |       |
| 34 - ADE                                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 35 - Descrição do procedimento especial                                                                                                      |            |                                                                                                           |       |
| 36 - Cód. do procedimento especial                                                                                                           |            |                                                                                                           |       |
| 37 - ADE                                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                                                              |            |                                                                                                           |       |
| 38 - Justificativa da solicitação                                                                                                            |            |                                                                                                           |       |
| <b>* PACIENTE COM NECESSIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 39 - Nome do profissional solicitante                                                                                                        |            |                                                                                                           |       |
| <b>ARTURO FERNANDO PEREZ NOGALES</b>                                                                                                         |            |                                                                                                           |       |
| 40 - Data de solicitação                                                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 14/09/2018                                                                                                                                   |            |                                                                                                           |       |
| <i>Arturo Fernández Pérez Nogales</i>                                                                                                        |            |                                                                                                           |       |
| <i>CNPB 6520</i>                                                                                                                             |            |                                                                                                           |       |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                           |            |                                                                                                           |       |
| <b>41 - DOCUMENTO</b>                                                                                                                        |            |                                                                                                           |       |
| 42 - N.º documento (CNS/CPF) do profissional solicitante                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 43 - Assinatura e carimbo (N.º do registro do conselho)                                                                                      |            |                                                                                                           |       |
| 44 - Nome do profissional autorizado                                                                                                         |            |                                                                                                           |       |
| <b>45 - CÓD. ORGÃO EMISOR</b>                                                                                                                |            |                                                                                                           |       |
| 46 - DATA DE SUCITAÇÃO                                                                                                                       |            |                                                                                                           |       |
| 47 - DOCUMENTO                                                                                                                               |            |                                                                                                           |       |
| 48 - N.º documento (CNS/CPF) do profissional solicitante                                                                                     |            |                                                                                                           |       |
| 49 - Assinatura e carimbo (N.º do registro do conselho)                                                                                      |            |                                                                                                           |       |





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):: AMADEU MANOEL  
Dr(a): ARTURO F. PEREZ  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000425789 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 16-09-2018 05:52 Origem: UTI ROSA  
Idade: 68 anos Destino: Leito - 12

**SÓDIO..... 150 mmol/l**

Resultados anteriores: 15/09/18: 146 | 14/09/18: 150 |

[DATA DA COLETA: 16/09/2018 05:52 ]

Valores de Referência:

Adulto.....: 132 a 148 mmol/l

Crianças.....: 134 a 148 mmol/l

Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

**POTASSIO..... 3.7 mmol/l**

Resultados anteriores: 15/09/18: 4.3 | 14/09/18: 4.7 |

[DATA DA COLETA: 16/09/2018 05:52 ]

Valores de Referência:

Material: Soro

Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou

maior que 6.5 mmol/l

Valor crítico (recém-nascido): menor que 2.5 mmol/l

maior que 8.0 mmol/l

Geraldo Rámalho da Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM - 5010

Emissão : 16/09/2018 07:19 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 49CF-6D85-7971-D2BB-E653-B05B-E9BC-14EB



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562622900000025980855>  
Número do documento: 19120922562622900000025980855

Num. 26911433 - Pág. 7



**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).: AMADEU MANOEL  
Dr(a): ARTURO F. PEREZ  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000425789  
Data: 16-09-2018 05:52  
Idade: 68 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: UTI ROSA  
Destino: Leito - 12

**GLICOSE (JEJUM)..... 76 mg/dl**

Resultados anteriores: 15/09/18: 131 |

[DATA DA COLETA: 16/09/2018 05:52 ]

Material: Plasma

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Valores de Referência:  
Pré-termo...: 20 a 60 mg/dL - Crianças....: 60 a 100 mg/dL  
Termo.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 109 mg/dL  
1 a 5 dias...: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL  
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum....:110 a 125 mg/dL  
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.  
NOTA: Estes criterios seguem a nova classificao para Diabetes Mellitus da Associaçao Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

**URÉIA**

[DATA DA COLETA: 16/09/2018 05:52 ]

Resultado..... 22 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores: 15/09/18: 28 | 14/09/18: 22 |

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

**CREATININA**

[DATA DA COLETA: 16/09/2018 05:52 ]

Resultado..... 1,0 mg/dl

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl  
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuracao da Creatinina  
e Sumario de urina.  
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores: 15/09/18: 1,0 | 14/09/18: 1,2 |

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B00E-4CE9-A768-C0EA-DA43-D425-1E73-3DE6



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade

Emissão : 16/09/2018 07:19 - Página 1 de 3



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562622900000025980855  
Número do documento: 19120922562622900000025980855

Num. 26911433 - Pág. 8



**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): AMADEU MANOEL  
Dr(a): ARTURO F. PEREZ  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000425789  
Data: 16-09-2018 05:52  
Idade: 68 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: UTI ROSA  
Destino: Leito - 12

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 16/09/2018 05:51 ]

**Resultados**

Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

|                  |                             |                                   |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 2.8 milhões/mm <sup>3</sup> | 4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina..... | 8,6 g/dL                    | 13,5 à 16,0 g/dL                  |
| Hematócrito..... | 25,8 %                      | 40,0 à 52,5 %                     |
| V.C.M.....       | 92 fL                       | 82,0 à 92,0 fL                    |
| H.C.M.....       | 31 pg                       | 27,0 à 31,0 pg                    |
| C.H.C.M.....     | 33 g/dL                     | 32,9 à 36,0 g/dL                  |

**SÉRIE BRANCA**

|                            |                               |                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Leucócitos.....            | 5.400 /mm <sup>3</sup><br>(%) | 5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup><br>(/mm <sup>3</sup> )                        |
| Neutrofílos                |                               |                                                                               |
| Promielócitos.....         | 0                             | 0                                                                             |
| Mielócitos.....            | 0                             | 0                                                                             |
| Metamielócitos.....        | 0                             | 0                                                                             |
| Bastonetes.....            | 3,0                           | 162                                                                           |
| Segmentados.....           | 71,0                          | 3.834                                                                         |
| Eosinófilos.....           | 0                             | 0                                                                             |
| Basófilos.....             | 0                             | 0                                                                             |
| Linfocitos                 |                               |                                                                               |
| Típicos.....               | 25,0                          | 1.350                                                                         |
| Atípicos.....              | 0                             | 0                                                                             |
| Monocitos.....             | 1,0                           | 54                                                                            |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 75.000 mm <sup>3</sup>        | 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup><br>140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup> |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

**Geraldo Ramalho da Fonseca Neto**  
Biomédico  
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8154-7CC5-8166-AFBA-C532-0635-613F-A0F1

**Newlab**



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562645700000025980863  
Número do documento: 19120922562645700000025980863

Num. 26911441 - Pág. 1

Emissão : 16/09/2018 07:19 - Página 2 de 3

## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Amadeu Moncef IDADE: 68 SEXO: m

IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: 27/09/18

### 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática  Sintomática  Oligossintomática

#### SINTOMAS:

- |                                               |                                                                |                                       |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaláia             | <input type="checkbox"/> Tontura                               | <input type="checkbox"/> Síncope      |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço  | <input type="checkbox"/> Grande                                | <input type="checkbox"/> Pequena      |
|                                               | <input type="checkbox"/> Média                                 | <input type="checkbox"/> Ortopnéia    |
| <input type="checkbox"/> Palpitações          | <input type="checkbox"/> Tosse Seca                            | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial       | <input type="checkbox"/> Típica                                | <input type="checkbox"/> Atípica      |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: \_\_\_\_\_

### 2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- Hipertensão Arterial Sistêmica ?  Hipertensão Pulmonar  DPOC  Outros  
 Diabetes Mellitus N  Insuf. Cardíaca Congestiva N  Insuficiência Coronariana  
 Arritmias  Insuf. Renal  Aguda  Crônica

### 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- Alergia a Medicamentos: mege  Tabagismo  
 Etilismo  Sedentarismo  
 Dislipidemia  Cirúrgico embutido MIB  Outros

Medicamentos em uso  Não  Sim \_\_\_\_\_

### 4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral  Bom  Regular  Comprometido  Precário  Altura  Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCA SSGOT + 16+

FC.: 75 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: \_\_\_\_\_

Abdômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros Inferiores - Comentários: \_\_\_\_\_

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

### 6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)  
 Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)  
 Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)  
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

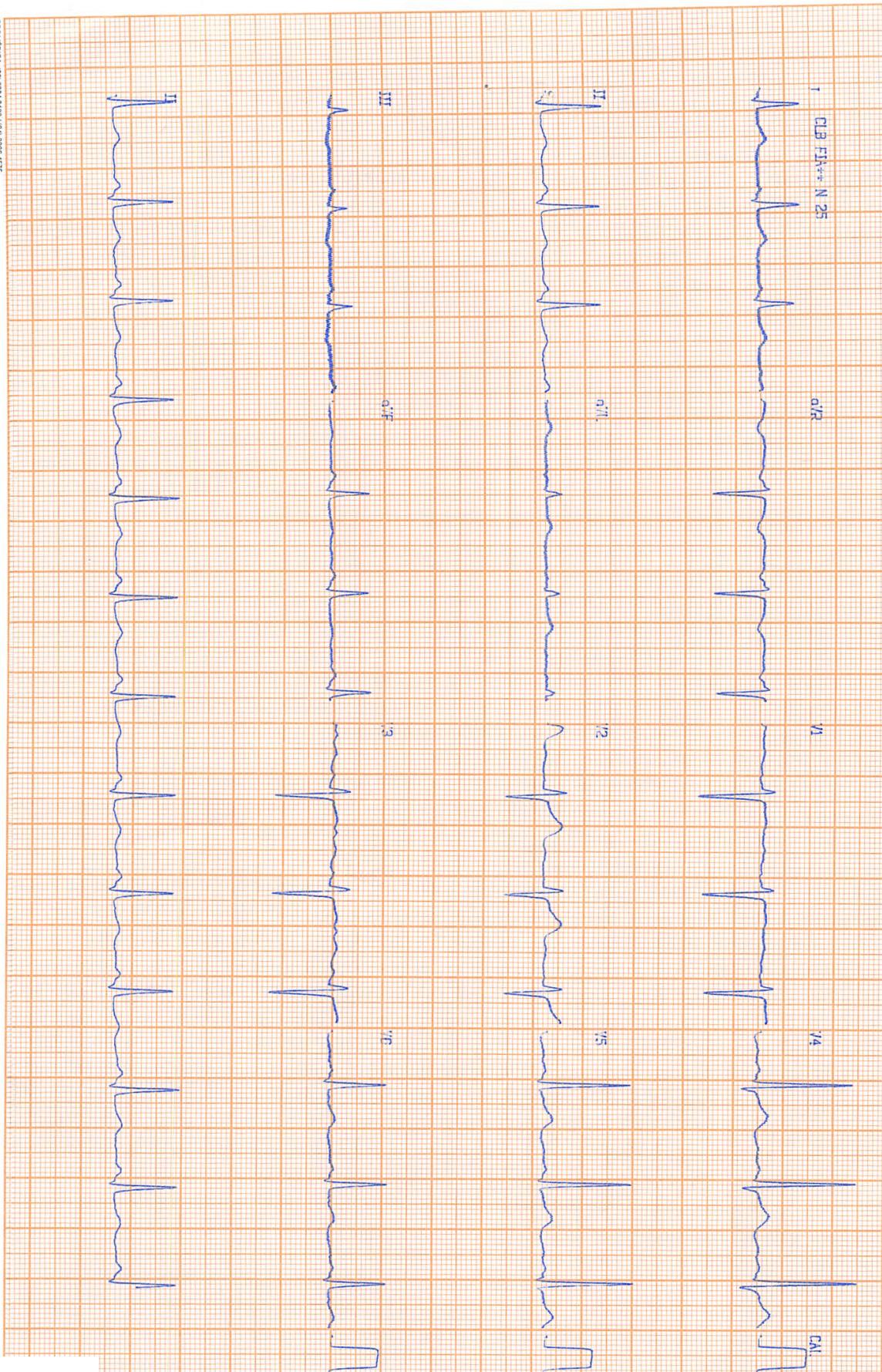
Obs.: \_\_\_\_\_

Dra. Adolfo Veiller Souza  
Cardiologista  
CRM 003

Ass. do Médico



Amia clm meano p  
68 cmo 141 091 2018 9-12





9

Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562645700000025980863>  
Número do documento: 19120922562645700000025980863

Num. 26911441 - Pág. 4



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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

|                            |                                                                        |                                                                                       |       |         |                        |                |                 |             |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|------------------------|----------------|-----------------|-------------|
| NOME: <i>Budden Daniel</i> |                                                                        |                                                                                       |       |         |                        |                |                 | PRONTUÁRIO: |
| IDADE: <i>68</i>           | SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: <i>Onco 1</i> | ENF.: <i>9</i> | LEITO: <i>4</i> |             |

### DADOS CLÍNICOS:

*Prer - OP*

### MATERIAL A EXAMINAR:

### EXAMES SOLICITADOS:

*BCE + RUSCO*

*Dr. Euler Fabrício A. Cruz*

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9907

|                                               |                                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> |
| DATA: <i>17.09.18</i>                         | HORA DA SOLICITAÇÃO:             |

*(Assinatura)*

Carimbo e Assinatura do Médico



Mr. & Mrs. M. J.





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): AMADEU MANOEL  
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000425484 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 14-09-2018 21:13 Origem: UTI ROSA  
Idade: 68 anos Destino: NEWLAB

POTASSIO..... 4.7 mmol/l

[DATA DA COLETA: 14/09/2018 21:12 ]  
Material: Soro  
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:  
Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l  
Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l  
Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou maior que 6.5 mmol/l  
Valor crítico (recém-nascido): menor que 2.5 mmol/l maior que 8.0 mmol/l

SÓDIO..... 150 mmol/l

[DATA DA COLETA: 14/09/2018 21:12 ]  
Material: Soro  
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:  
Adulto.....: 132 a 148 mmol/l  
Crianças.....: 134 a 148 mmol/l  
Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão  
Biomédico  
CRBM 5409

Emissão : 14/09/2018 20:59 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 164D-B205-DEB8-EFB7-9C63-26BA-A87D-DA1E



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562645700000025980863>  
Número do documento: 19120922562645700000025980863

Num. 26911441 - Pág. 7



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):: AMADEU MANOEL Protocolo: 0000425484 RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 14-09-2018 21:13 Origem: UTI ROSA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 68 anos Destino: NEWLAB

**URÉIA**

[DATA DA COLETA: 14/09/2018 21:12 ]

Resultado..... 22 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

**CREATININA**

[DATA DA COLETA: 14/09/2018 21:12 ]

Resultado..... 1,2 mg/dl

Recém-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl  
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração  
da Creatinina  
e Sumário de  
urina.  
NOTA: O uso de medicamentos contendo  
dipirona e  
vitamina C podem alterar o  
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão  
Biomédico  
CRBM 5409

Emissão : 14/09/2018 20:59 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2488-420F-6980-D062-A1A7-DD8D-AB6E-3E19



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562645700000025980863>  
Número do documento: 19120922562645700000025980863

Num. 26911441 - Pág. 8



**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): AMADEU MANOEL  
 Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000425484 RG: NÃO INFORMADO  
 Data: 14-09-2018 21:13 Origem: UTI ROSA  
 Idade: 68 anos Destino: NEWLAB

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 14/09/2018 21:11 ]

**Resultados**

Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

|                  |                              |                                   |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 3.94 milhões/mm <sup>3</sup> | 4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina..... | 12,0 g/dL                    | 13,5 à 16,0 g/dL                  |
| Hematócrito..... | 36,0 %                       | 40,0 à 52,5 %                     |
| V.C.M.....       | 91 fL                        | 82,0 à 92,0 fL                    |
| H.C.M.....       | 30 pg                        | 27,0 à 31,0 pg                    |
| C.H.C.M.....     | 33 g/dL                      | 32,9 à 36,0 g/dL                  |

**SÉRIE BRANCA**

|                            |                               |                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Leucócitos.....            | 8.400 /mm <sup>3</sup><br>(%) | 5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup><br>(/mm <sup>3</sup> )                        |
| Neutrofilos                |                               |                                                                               |
| Promielócitos.....         | 0                             | 0                                                                             |
| Mielócitos.....            | 0                             | 0                                                                             |
| Metamielócitos.....        | 0                             | 0                                                                             |
| Bastonetes.....            | 4,0                           | 336                                                                           |
| Segmentados.....           | 86,0                          | 7.224                                                                         |
| Eosinófilos.....           | 1,0                           | 84                                                                            |
| Basófilos.....             | 0                             | 0                                                                             |
| Linfocitos                 |                               |                                                                               |
| Típicos.....               | 6,0                           | 504                                                                           |
| Atípicos.....              | 0                             | 0                                                                             |
| Monocitos.....             | 3,0                           | 252                                                                           |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 97.000 mm <sup>3</sup>        | 2.0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup><br>140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup> |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão  
 Biomédico  
 CRBM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 00B1-51BF-8BDD-1EF7-5237-BBF5-E327-6328



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade

Emissão : 14/09/2018 20:59 - Página 2 de 3



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562645700000025980863>  
 Número do documento: 19120922562645700000025980863

Num. 26911441 - Pág. 9



**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).: AMADEU MANOEL  
Dr(a): VERONICA CESARINO DE SOUZA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000425706 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 15-09-2018 05:50 Origem: UTI ROSA  
Idade: 68 anos Destino: Leito - 12

**SÓDIO..... 146 mmol/l**

Resultados anteriores: 14/09/18: 150 |

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:50 ]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:

Adulto.....: 132 a 148 mmol/l

Crianças.....: 134 a 148 mmol/l

Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

**POTASSIO..... 4.3 mmol/l**

Resultados anteriores: 14/09/18: 4.7 |

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:50 ]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l

Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou

maior que 6.5 mmol/l

Valor crítico (recém-nascido): menor que 2.5 mmol/l

maior que 8.0 mmol/l

Emissão : 15/09/2018 07:43 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3861-29A0-049E-B378-DD28-BFF0-2728-A1E1



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562669900000025980856>  
Número do documento: 19120922562669900000025980856

Num. 26911434 - Pág. 1



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): AMADEU MANOEL Protocolo: 0000425706 RG: 02448 NÃO INFORMADO  
Dr(a): VERONICA CESARINO DE SOUZA Data: 15-09-2018 05:50 Origem: UTI ROSA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 68 anos Destino: Leito - 12

GLICOSE (JEJUM)..... 131 mg/dl

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:50 ]

Material: Plasma

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Valores de Referência:  
Pré-termo....: 20 a 60 mg/dL - Crianças.....: 60 a 100 mg/dL  
Terço.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 109 mg/dL  
1 a 5 dias.: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL  
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum....: 110 a 125 mg/dL  
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.  
NOTA: Estes criterios seguem a nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

#### URÉIA

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:50 ]

Resultado..... 28 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores: 14/09/18: 22 |

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

#### CREATININA

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:50 ]

Resultado..... 1,0 mg/dl

Recém-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl  
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração da Creatinina  
e Sumário de urina.  
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores: 14/09/18: 1,2 |

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Emissão : 15/09/2018 07:43 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 74CE-FF1A-2DCC-854A-6E0B-8518-71A0-2858



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562669900000025980856>  
Número do documento: 19120922562669900000025980856

Num. 26911434 - Pág. 2



**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): **AMADEU MANOEL** Protocolo: **0000425706** RG: **NÃO INFORMADO**  
Dr(a): **VERONICA CESARINO DE SOUZA** Data: **15-09-2018 05:50** Origem: **UTI ROSA**  
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **68 anos** Destino: **Leito - 12**

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 15/09/2018 05:49 ]

**Resultados**

Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

|                  |                                    |                                   |
|------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | <b>3.62 milhões/mm<sup>3</sup></b> | 4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina..... | <b>11,0 g/dL</b>                   | 13,5 à 16,0 g/dL                  |
| Hematócrito..... | <b>33,0 %</b>                      | 40,0 à 52,5 %                     |
| V.C.M.....       | <b>91 fL</b>                       | 82,0 à 92,0 fL                    |
| H.C.M.....       | <b>30 pg</b>                       | 27,0 à 31,0 pg                    |
| C.H.C.M.....     | <b>33 g/dL</b>                     | 32,9 à 36,0 g/dL                  |

**SÉRIE BRANCA**

|                            |                                     |                                                          |
|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Leucócitos.....            | <b>8.500 /mm<sup>3</sup></b><br>(%) | 5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup><br>(/mm <sup>3</sup> )   |
| Neutrofílos                |                                     |                                                          |
| Promielócitos.....         | <b>0</b>                            | <b>0</b>                                                 |
| Mielócitos.....            | <b>0</b>                            | <b>0</b>                                                 |
| Metamielócitos.....        | <b>0</b>                            | <b>0</b>                                                 |
| Bastonetes.....            | <b>3,0</b>                          | <b>255</b>                                               |
| Segmentados.....           | <b>82,0</b>                         | <b>6.970</b> 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup> |
| Eosinófilos.....           | <b>2,0</b>                          | <b>170</b> 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>       |
| Basófilos.....             | <b>0</b>                            | <b>0</b> 0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>           |
| Linfocitos                 |                                     |                                                          |
| Típicos.....               | <b>10,0</b>                         | <b>850</b> 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>   |
| Atípicos.....              | <b>0</b>                            | <b>0</b>                                                 |
| Monocitos.....             | <b>3,0</b>                          | <b>255</b> 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>      |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | <b>95.000 mm<sup>3</sup></b>        | <b>140.000 a 400.000 mm<sup>3</sup></b>                  |

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Ludimila de Araújo Costa  
Biomédica  
CRBM 2ª Região 6439

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4F78-0214-E870-60B3-6A29-EDEA-9494-6CD0



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562669900000025980856  
Número do documento: 19120922562669900000025980856

Num. 26911434 - Pág. 3



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## REQUISIÇÃO DE EXAME

|        |                                                       |                                                                                  |       |         |          |       |       |            |
|--------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|----------|-------|-------|------------|
| NOME:  | Amedee Monteiro                                       |                                                                                  |       |         |          |       |       | PRONTUÁRIO |
| IDADE: | SEXO                                                  | COR:                                                                             | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.: | LEITO |            |
|        | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |       |         |          |       |       |            |

## DADOS CLÍNICOS:

LSS P.F

## MATERIAL A EXAMINAR:

## EXAMES SOLICITADOS:

hx fernz D AP

|                                    |                                  |                                                                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| URGÊNCIA: <input type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> | Dr. Julio Cesar Castro<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM/PB-9965 / CRM/RN-8320 |
| DATA: 14/9/18                      | HORA DA SOLICITAÇÃO:             |                                                                                  |

Carimbo e Assinatura do Médico





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

|                |               |
|----------------|---------------|
| PACIENTE:      | Amadeu Manoel |
| DATA DO EXAME: | 14/09/2018    |

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

**METODOLOGIA:**

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

**ANÁLISE:**

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

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

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

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

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

Hérica Guedes Nobre  
MÉDICA RADIOLOGISTA  
CRM/PB 5430  
Médica Radiologista – Membro Titular do CBR  
CRM/PB 5430





GOVERNO  
DA PARAÍBA

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

### “DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES”

#### UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS (UTI)

NOME: AMADEU MANOEL

SEXO: M

IDADE: 68 ANOS

DATA NASCIMENTO: 14/09/50

PRONTUÁRIO: 1733352

ADMISSÃO UTI: 14/09/18

LEITO: 12

ADMISSÃO HOSPITAL: 14/09/2018

#### HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| 1. POLITARUMA → ACIDENTE DE MOTO                               |
| 2. TCE                                                         |
| 3. FRATURA EXPOSTA DE PÉ E TORNOZELO DIREITOS                  |
| 4. PO CIR ORTOPÉDICA → AMPUTAÇÃO EM 1/3 MÉDIO DE Perna DIREITA |
| 5. PÓS PCR                                                     |
| 6.                                                             |
| 7.                                                             |
| 8.                                                             |
| 9.                                                             |
| 10.                                                            |
| 11.                                                            |
| 12.                                                            |

#### CONTROLE MEDICAÇÕES

| Medicação   | Via Administração | Dose  | Inicio   | Término |
|-------------|-------------------|-------|----------|---------|
| GENTAMICINA | EV                | 240MG | 14/09/18 |         |
| OXACILINA   | EV                | 2G    | 14/09/18 |         |
|             |                   |       |          |         |
|             |                   |       |          |         |
|             |                   |       |          |         |
|             |                   |       |          |         |
|             |                   |       |          |         |
|             |                   |       |          |         |
|             |                   |       |          |         |





## **REGISTRO TRANSFUSIONAL**

NOME DO PACIENTE Amadeu manoel

PRONTUÁRIO 1733392

DATA DE NASC. 14 / 09 / 50 G.S/Rh 0+

SETOR: 0to I ENF: 9 LEITO: 4

**LEGENDA: CH- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS**

## OBSERVACÃO:

/ PF- PLASMA FRESCO/

CP- CONCENTRADO DE PLAQUETAS/

## CR-CRIOPRECIPITADO

## /PC- PROVA CRUZADA/PAI- PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES/

## CD-COOOMBS DIRETO

**RESPONSÁVEL:** Nayra Alexandre





Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:26  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562669900000025980856  
Número do documento: 19120922562669900000025980856





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Campina Grande, 19 de Setembro de 2018

À

ADMINISTRAÇÃO DO CEMITÉRIO

ATT. SR.

Solicitamos o sepultamento deste Membro pertencente a

(M I D)

Residente na

MOD. 080

PACIENTE (OU FAMILIAR RESPONSÁVEL)

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB-9965 / CRM/RN-8112

MÉDICO RESPONSÁVEL



**FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI ADULTO**

|                                       |                                                                                                                                                             |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|---|---|----|--|--|
| PROCEDÊNCIA:                          | _____                                                                                                                                                       |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| DIAG. SINDRÔMICO:                     | _____                                                                                                                                                       |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| MOTIVO INTERNAÇÃO:                    | _____                                                                                                                                                       |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| ANTECEDENTES:                         | <input type="checkbox"/> DPOC                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> AVC                  | <input type="checkbox"/> HAS           | <input type="checkbox"/> DM              | <input type="checkbox"/> RM                       | <input type="checkbox"/> IOC           | Cirurgia                             |   |   |    |  |  |
| HDA:                                  | PA = 120x80<br>Pulmões edemaciados. Edema.                                                                                                                  |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| HDP:                                  | Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Acordo <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| SV: FC                                | bpm                                                                                                                                                         | FR                                            | ipm                                    | PA                                       | PAM                                               | (mmHg)                                 | SpO2                                 | % | T | °C |  |  |
| ESTADO GERAL:                         | <input type="checkbox"/> Bom                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Regular              | <input type="checkbox"/> Grave         | <input type="checkbox"/> Gravíssimo      | Apache II                                         | SMR                                    |                                      |   |   |    |  |  |
| NÍVEL DE CONCIÊNCIA:                  | Nível de Sedação: Escala de Ramsay                                                                                                                          |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| NÍVEL DE SEDAÇÃO:                     | SISTEMA NEUROMUSCULAR E OSTEOARTICULAR (Tônus, trefismos, reflexos, ADM, força muscular):<br><br>PA = 92 : 00<br>100x70                                     |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR |                                                                                                                                                             |                                               |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| SUporte VENTILATÓRIO:                 | <input type="checkbox"/> Espontâneo                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> VNI                  | <input type="checkbox"/> VMI / Dias    |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| CÁNULA:                               | Tipo: _____                                                                                                                                                 |                                               | Numeração: _____                       | Rima: _____                              | Pressão Cuff: _____                               |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| O2 SUPLEMENTAR:                       | <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> CEN                  | <input type="checkbox"/> Aerosol       | <input type="checkbox"/> Másc. Simples   | <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| DESCONFORTO VENTILATÓRIO:             | <input type="checkbox"/> Násc. Reinalação parc.                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação | Fluxo _____                            | l/min FiO2 estimativa _____              | <input type="checkbox"/> Tiragens intercostais    | <input type="checkbox"/> Tiragens      |                                      |   |   |    |  |  |
| OBSTRUÇÃO DE VAS:                     | <input type="checkbox"/> Use de musc. acessóriosInsp./Exp.                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Cianose              | <input type="checkbox"/> Taquipneia    | <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal | <input type="checkbox"/> Estridor                 | <input checked="" type="checkbox"/> 4+ |                                      |   |   |    |  |  |
| PADRÃO VENTILATÓRIO:                  | <input type="checkbox"/> Regular                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Irregular            |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| RITMO VENTILATÓRIO:                   | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Não                  |                                        |                                          |                                                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| EXPANSIBILIDADE TORÁCICA:             | <input type="checkbox"/> Costal                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Diafragmático        | <input type="checkbox"/> Mistº         | <input type="checkbox"/> Paradoxal       | <input type="checkbox"/> Superficial              |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| TOSSÉ:                                | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Não                  | <input type="checkbox"/> Produtiva     | <input type="checkbox"/> Não produtiva   | <input type="checkbox"/> Diminuída                | <input type="checkbox"/> Simétrica     | <input type="checkbox"/> Assimétrica |   |   |    |  |  |
| SECREÇÃO:                             | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Não                  | <input type="checkbox"/> Pequena       | <input type="checkbox"/> Média           | <input type="checkbox"/> Grande                   |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| COMPOSIÇÃO:                           | <input type="checkbox"/> Hialina                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Mucóide              | <input type="checkbox"/> Mucopurulenta | <input type="checkbox"/> Purulenta       | <input type="checkbox"/> Sanguinolenta            |                                        |                                      |   |   |    |  |  |
| COR SECREÇÃO:                         | <input type="checkbox"/> Incolor                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Branca               | <input type="checkbox"/> Amarela       | <input type="checkbox"/> Verde           | <input type="checkbox"/> Marrom                   | <input type="checkbox"/> Rosada        | <input type="checkbox"/> Vermelha    |   |   |    |  |  |

|                                                          |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME:                                                    | UTI:                                                                                                                                                                         | LEITO:                                                                                                                                                       |
| IDADE:                                                   | H.D.                                                                                                                                                                         | ADMISSÃO                                                                                                                                                     |
| PALPAÇÃO:                                                | _____                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
| PERCUSSÃO:                                               | _____                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
| DIAG. SINDRÔMICO:                                        | _____                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
| MOTIVO INTERNAÇÃO:                                       | _____                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
| ANTECEDENTES:                                            | <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> IOC |                                                                                                                                                              |
| HDA:                                                     | PA = 120x80                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                              |
| DRENOS:                                                  | <input type="checkbox"/> Pleural D                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Pleural E                                                                                                                           |
| HORA:                                                    | 2018                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                              |
| GASOMETRIA:                                              | PH: _____                                                                                                                                                                    | PaO2: _____                                                                                                                                                  |
| HEMOGRAMA:                                               | _____                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
| TOMOGRAFIA:                                              | _____                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
| RAIO X:                                                  | _____                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
| EXAMES COMPLEMENTARES                                    |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| VM:                                                      | MODO-MODAL: _____                                                                                                                                                            | PC: di M/V                                                                                                                                                   |
| Ti:                                                      | IE: _____                                                                                                                                                                    | Vt: _____                                                                                                                                                    |
| FR:                                                      | FILO: _____                                                                                                                                                                  | PEEP: _____                                                                                                                                                  |
| PS:                                                      | IRSS: _____                                                                                                                                                                  | PaO2/FiO2: _____                                                                                                                                             |
| AJUSTES APÓS GASOMETRIA:                                 |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| CD:                                                      | <input type="checkbox"/> THB: _____                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> TEP: <input type="checkbox"/> PASSIVA <input type="checkbox"/> TEP: <input type="checkbox"/> ANM <input type="checkbox"/> O2: _____ |
| CONDUITA INICIAL FISIOTERAPÉUTICA                        |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| SUporte VENTILATÓRIO:                                    | <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Fixação TOT <input type="checkbox"/> Desmane                                                                     | <input type="checkbox"/> Auxílio à IOT <input type="checkbox"/> Exuberação <input type="checkbox"/> Transporte                                               |
| CÁNULA:                                                  | <input type="checkbox"/> RCP                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> TRE                                                                                                                                 |
| O2 SUPLEMENTAR:                                          | <input type="checkbox"/> Posicionamento: _____                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Outros: _____                                                                                                                       |
| DECONFORTO VENTILATÓRIO:                                 | Observações: _____                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                              |
| OBSTRUÇÃO DE VAS:                                        | <input type="checkbox"/> Transferência para outro Hospital                                                                                                                   |                                                                                                                                                              |
| PADRÃO VENTILATÓRIO:                                     | <input type="checkbox"/> Alta do CTI <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Setor destino                                                                   |                                                                                                                                                              |
| RITMO VENTILATÓRIO:                                      | <input type="checkbox"/> Alteração Tonus <input type="checkbox"/> Contratura                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| EXPANSIBILIDADE TORÁCICA:                                | <input type="checkbox"/> Déficit motor <input type="checkbox"/> Deformidade                                                                                                  |                                                                                                                                                              |
| TOSSÉ:                                                   | <input type="checkbox"/> Elata da Mobilização <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/CREFITO                                                                                |                                                                                                                                                              |
| SECREÇÃO:                                                | <input type="checkbox"/> Resumo de ALTA                                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |
| COR SECREÇÃO:                                            | DATA: _____                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                              |
| HORA: _____                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| DP ÁREA VERMELHA: TEMPO VMI                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| TEMPO TOT                                                |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| TEMPO QT                                                 |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| Diferença motor <input type="checkbox"/> Alteração Tonus |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| Contratura <input type="checkbox"/>                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| Deformidade <input type="checkbox"/>                     |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| Elata da Mobilização <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |

05  
05

Fix exp tne e no D

RESIDÊNCIA DE ORTOPEDIA

ORTOPEDIA 1  
LEITO 9-4  
Nº PRONTUÁRIO: 12466 1733392  
PACIENTE: JOSE FRANCISCO, 60

modem mansel

1 DIETA LIVRE

2 JELCO SALINIZADO, SAI 500 ml IV 8/8h SN

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN

4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN

6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN

7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ

8 FISIO MOTORIA

9 SSIVN+CCGG

10 Cetona 40 mg SC 200g

11 Gestao 200g IV 1/2 dia

12 Vomos 1g IV 12/12h 24

13 Contraido de micos 600ml IV

6

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

Bto, estenose, sem intolerâncias  
CS: VPA

LEITO 9-4

| UNIDADES | HEMOG      | DATA P/ PNT | ABORH |
|----------|------------|-------------|-------|
| DOAÇÕES  | 14/25/180g | 17/08/17085 | 0+    |

| UNIDADES | HEMOG        | DATA P/ PNT   | ABORH         |
|----------|--------------|---------------|---------------|
| DOAÇÃO   | 14/25/180g   | 17/08/17085   | 0+            |
| INÍCIO   | 14/30        | VOLUME: 384ml | VOLUME: 978,9 |
| PA:      | PULSO:       | TEMP:         | TEMP: 3       |
| TÉRMINO: | RESPONSÁVEL: |               |               |
| PA:      | PULSO:       | TEMP:         |               |
| PA:      | PULSO:       | TEMP:         |               |

16/09/18  
20:00H  
 $PA = 130 \times 80$

Pacientes hospitalizados no mês de setembro em seu 3º dia de  
internação e/ou com diagnóstico sem vínculo com o membro.

(2)





Data: 16/09/2018  
Horas: 00:04:08  
Médico (a) Diarista : Arturo Fernando Perez Nogales

9-4

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1733392 Paciente: AMADEU MANOEL Idade: 068

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 14/09/1950 Sexo: M

Clinica: TERAPIA INTENSIVA Enfermaria: UTI ROSA Leito: 12 Diagnóstico:

DIA 16/09/2018

MÉDICO(A): Arturo Fernando Perez Nogales /

| Item | Prescrição                                                                                                  | Aprazamento       |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1    | DIETA LIVRE ORAL HIPOSSÓDICA                                                                                |                   |
| 2    | SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h                                                             | 10 16 22 09       |
| 3    | GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, USO IMEDIATO , 240mg + SF0,9% 200ml EV 1x/DIA em 3h (D0= 14/09/18) | 22                |
| 4    | VANCOMICINA CLORIDRATO 500 MG E.V, OUTRA 1g + SF0,9% 100ml EV 12/12h em 1h (D0= 14/09/18)                   | 18 06             |
| 5    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, OUTRA 1amp. + ABD EV 4/4h                                               | 10 14 18 22 05 06 |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 4mg + ABD EV 8/8h ACM                                             |                   |
| 7    | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)<br>Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO                        | 06                |
| 8    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V,<br>100mg + SF0,9% 100ml 8/8h                                       | 14 22 06          |
| 9    | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP<br>1comp. VO 12/12h                                                          | 16 04             |
| 10   | OXIMETRIA + CARDIOMONITORIZACAO + PA CONTINUO                                                               |                   |
| 11   | CURATIVOS                                                                                                   |                   |
| 12   | REALIZAR HGT 12h/12h                                                                                        | 14 17 23 05       |
| 13   | ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO FAZER SE NECESSARIO<br>12h/12h                                            |                   |
| 14   | ADMINISTRAR 5 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70 FAZER SE NECESSARIO 12h/12h                                |                   |

HGT DE (141)  
18 (151)

Arturo Fernando Perez Nogales  
Medicina Intensiva  
CRM-PB 6526

15- Atenção p/PA EV se  $PA \geq 180$  mmHg  
 $PAO \geq 100$  mmHg +

16- Ambidipiro 10 mg VO 12/12h. ST 22

Dr. Antonio Bidó  
MÉDICO  
CRM-PB: 8108





Data: 15/09/2018  
Horas: 00:33:49  
Médico (a) Diarista : Ana Livia Dantas Balduino Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1733392    Paciente: AMADEU MANOEL    Idade: 068

Nome da Mãe:    Data de Nascimento: 14/09/1950    Sexo: M

Clinica: TERAPIA INTENSIVA    Enfermaria: UTI ROSA    Leito: 12    Diagnóstico:

**DIA 15/09/2018**

**MÉDICO(A): Ana Livia Dantas Balduino Silva /**

| Item | Prescrição                                                                                                                                                             | Aprazamento                   |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1    | DIETA VIA ORAL LÍQUIDA DE PROVA; PROGREDIR CONFORME ACEITAÇÃO                                                                                                          | (10) (16) (22) (04)           |
| 2    | SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 6h/6h                                                                                                                        |                               |
| 3    | GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 03AMPOLA, USO IMEDIATO , 0D/10D<br>Diluir em 50 ML SF<br>GENTAMICINA 240MG + SF0,9%100ML - 1XAO DIA (D0 14/09/18)             | 22                            |
| 4    | VANCOMICINA CLORIDRATO 500 MG E.V, 02FRA AMP, 12h/12h 0D/10D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF<br>VANCOMICINA 1G + SF0,9%100ML - 12/12H, IV (D0 14/09/18) |                               |
| 5    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 4h/4h                                                                                                                     | (10) (16) (18) (22) (02) (06) |
| 6    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA,<br>ATE DE 8/8H                                                                                                      | (10) (18) (22)                |
| 7    | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)<br>Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO                                                                                   |                               |
| 8    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA,<br>TRAMAL 100MG + SF0,9%100ML, ATE DE 8/8H, IV                                                                       | (14) (22) (06)                |
| 9    | OXIMETRIA + CARDIOMONITORIZACAO + PA CONTINUO                                                                                                                          |                               |
| 10   | CURATIVOS                                                                                                                                                              |                               |
| 11   | ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO FAZER SE NECESSARIO<br>12h/12h                                                                                                       |                               |
| 12   | ADMINISTRAR 5 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70 FAZER SE NECESSARIO 12h/12h                                                                                           |                               |
| 13   | REALIZAR HGT 12h/12h                                                                                                                                                   | (05)                          |

Ana Livia D. Balduino Silva  
MÉDICA  
CRM-PB 7606



|                     |       |                     |      |    |           |
|---------------------|-------|---------------------|------|----|-----------|
| NOME: AMADEU MANOEL |       | PRONTUÁRIO: 1733392 |      |    |           |
| UTI - ROSA          | IDADE | 68                  | DUTI | 3º | LEITO: 12 |

| DATA            | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |    |    |      |      |     |     |                     |  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |     |    |    |    |      |    |     |                     |      |     |    |    |    |    |      |    |     |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|------|------|-----|-----|---------------------|--|--|-----|-----|----|----|------|----|-----|-----|---------|------|-----|-----|----|----|----|------|----|-----|---------------------|------|-----|----|----|----|----|------|----|-----|
| 16/09/2018      | <ul style="list-style-type: none"> <li>POLITRAUMATISMO → ACIDENTE DE MOTO</li> <li>TCE LEVE</li> <li>ALTERAÇÃO LEVE DA COMPLACÊNCIA ENCEFÁLICA</li> <li>FRATURA EXPOSTA PÉ DIREITO e TORNOZELO IPSILATERAL</li> <li>PO AMPUTAÇÃO 1/3 DISTAL MEMBRO INFERIOR DIREITO (14/09/18)</li> <li>PÓS – PCR (NA INDUÇÃO ANESTÉSICA → 1 CICLO) em 14/09/18</li> </ul> <p>* GENTAMICINA (14/09/18) + VANCOMICINA (14/09/18)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |    |    |      |      |     |     |                     |  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |     |    |    |    |      |    |     |                     |      |     |    |    |    |    |      |    |     |
| DISPOSITIVOS    | <input checked="" type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA<br><input checked="" type="checkbox"/> AVC<br><input checked="" type="checkbox"/> DRENO<br><input checked="" type="checkbox"/> SOG / SNE<br><input checked="" type="checkbox"/> SVD<br><input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |    |    |      |      |     |     |                     |  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |     |    |    |    |      |    |     |                     |      |     |    |    |    |    |      |    |     |
| CONTROLES 24h   | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PAS</th> <th>PAD</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>SPO2</th> <th>T°</th> <th>PIC</th> <th>HGT</th> <th>DIURESE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAX.</td> <td>188</td> <td>100</td> <td>85</td> <td>20</td> <td>97</td> <td>36,4</td> <td>**</td> <td>140</td> <td rowspan="2">2600ml<br/>BH -120ML</td> </tr> <tr> <td>MIN.</td> <td>166</td> <td>91</td> <td>75</td> <td>14</td> <td>94</td> <td>35,8</td> <td>**</td> <td>103</td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                 |     |    |    |      |      |     |     |                     |  |  | PAS | PAD | FC | FR | SPO2 | T° | PIC | HGT | DIURESE | MAX. | 188 | 100 | 85 | 20 | 97 | 36,4 | ** | 140 | 2600ml<br>BH -120ML | MIN. | 166 | 91 | 75 | 14 | 94 | 35,8 | ** | 103 |
|                 | PAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PAD | FC | FR | SPO2 | T°   | PIC | HGT | DIURESE             |  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |     |    |    |    |      |    |     |                     |      |     |    |    |    |    |      |    |     |
| MAX.            | 188                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 100 | 85 | 20 | 97   | 36,4 | **  | 140 | 2600ml<br>BH -120ML |  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |     |    |    |    |      |    |     |                     |      |     |    |    |    |    |      |    |     |
| MIN.            | 166                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 91  | 75 | 14 | 94   | 35,8 | **  | 103 |                     |  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |     |    |    |    |      |    |     |                     |      |     |    |    |    |    |      |    |     |
| EVOLUÇÃO DIÁRIA | <p>PACIENTE SEGUE EM LEITO COMUM DE UTI, SEM SEDOANALGESIA, COM RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SEM AUXILIO DE O2, BEM ADAPTADO, MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, SEM DESSATURAÇÕES, SEM DISTERMIAS, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. EVOLUINDO RESPONSIVO AOS ESTIMULOS VERBAIS E/OU DOLOROSOS, ACORDADO, COM NIVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS NORMAIS, DIURESE PRESENTE COM VOLUME SATISFATÓRIO, BALANÇO HIDRICO NEGATIVO. LEUCOGRAMA NORMAL E FUNÇÃO RENAL PRESERVADA.</p> <p>BC: RITMicos, REGULARES, HIPOFONETICOS, SEM SOPROS</p> <p>MV: CONSERVADO AHT.</p> <p>ABDOMEM: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO.</p> <p>MMSS e II: SEM EDEMAS.</p> <p>NEURO: GLASGOW 15. PUPILAS ANISOCÓRICAS E RFM +/-.</p> |     |    |    |      |      |     |     |                     |  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |     |    |    |    |      |    |     |                     |      |     |    |    |    |    |      |    |     |
| CONDUTA         | <ol style="list-style-type: none"> <li>CUIDADOS INTENSIVOS</li> <li>OTIMIZAR HIDRATAÇÃO / DIURESE</li> <li>INTENSIFICAR FISIOTERAPIA</li> <li>ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA</li> <li>ALTA DA UTI</li> <li>AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA</li> <li>VPM</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |    |    |      |      |     |     |                     |  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |     |    |    |    |      |    |     |                     |      |     |    |    |    |    |      |    |     |

Dr. Antonio Bidô  
MÉDICO  
CRM/PB: 8108

ANTONIO BIDÔ NETO

CRM – PB 8108



|                     |       |    |                     |    |           |
|---------------------|-------|----|---------------------|----|-----------|
| NOME: AMADEU MANOEL |       |    | PRONTUÁRIO: 1733392 |    |           |
| UTI - ROSA          | IDADE | 68 | DUTI                | 2º | LEITO: 12 |

| DATA       | EVOLUÇÃO MÉDICA – NOTURNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15/09/2018 | <ul style="list-style-type: none"> <li>POLITRAUMATISMO → ACIDENTE DE MOTO</li> <li>TCE LEVE → SEM LESÕES AGUDAS NA ADMISSÃO</li> <li>ALTERAÇÃO LEVE DA COMPLACÊNCIA ENCEFÁLICA</li> <li>FRATURA EXPOSTA PÉ DIREITO e TORNOZELO IPSILATERAL.</li> <li>PO AMPUTAÇÃO 1/3 DISTAL MEMBRO INFERIOR DIREITO (14/09/18)</li> <li>PÓS – PCR (NA INDUÇÃO ANESTÉSICA → 1 CICLO) em 14/09/18</li> </ul> <p>* GENTAMICINA (14/09/18) + VANCOMICINA (14/09/18)</p> |
| EVOLUÇÃO   | <p>PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15pts, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM O<sub>2</sub> SUPLEMENTAR, EUPNEICO, AFEBRIL NO MOMENTO, CORADO, HIDRATADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM USO DE DVA. PUPILAS ANISOCÓRICAS (2/3), RFM (+/-) → CIRURGIA OFTALMOLÓGICA PRÉVIA.</p> <p>SEM INTERCORRÊNCIAS NO PERÍODO DIURNO.</p>                                                                                           |
| CONDUTA    | <ol style="list-style-type: none"> <li>MANTIDA</li> <li>SOLICITO EXAMES DE ROTINA LABORATORIAL + RX DE TÓRAX</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Arturo Fernando Perez Nogales  
Medicina Intensiva  
CRM-PB 6520

ARTURO F. P. NOGALES.:

CRM – PB 6520

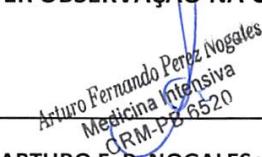


|                     |       |    |                     |    |           |
|---------------------|-------|----|---------------------|----|-----------|
| NOME: AMADEU MANOEL |       |    | PRONTUÁRIO: 1733392 |    |           |
| UTI - ROSA          | IDADE | 68 | DUTI                | 2º | LEITO: 12 |

| DATA                                        | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |    |    |      |      |     |     |         |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |    |    |    |    |      |     |     |        |      |     |    |    |    |    |      |     |     |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|------|------|-----|-----|---------|--|-----|-----|----|----|------|----|-----|-----|---------|------|-----|----|----|----|----|------|-----|-----|--------|------|-----|----|----|----|----|------|-----|-----|
| 15/09/2018                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>POLITRAUMATISMO → ACIDENTE DE MOTO</li> <li>TCE LEVE</li> <li>ALTERAÇÃO LEVE DA COMPLACÊNCIA ENCEFÁLICA</li> <li>FRATURA EXPOSTA PÉ DIREITO e TORNOZELO IPSILATERAL</li> <li>PO AMPUTAÇÃO 1/3 DISTAL MEMBRO INFERIOR DIREITO (14/09/18)</li> <li>PÓS – PCR (NA INDUÇÃO ANESTÉSICA → 1 CICLO) em 14/09/18</li> </ul> <p>* GENTAMICINA (14/09/18) + VANCOMICINA (14/09/18)</p>                                                                               |     |    |    |      |      |     |     |         |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |    |    |    |    |      |     |     |        |      |     |    |    |    |    |      |     |     |
| DISPOSITIVOS                                | <input type="checkbox"/> TOT<br><input checked="" type="checkbox"/> AVC<br><input type="checkbox"/> DRENO<br><input type="checkbox"/> SOG / SNE<br><input checked="" type="checkbox"/> SVD<br><input type="checkbox"/> OUTROS:                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |    |      |      |     |     |         |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |    |    |    |    |      |     |     |        |      |     |    |    |    |    |      |     |     |
| CONTROLES 24h<br>(ADMISSÃO ONTEM ÀS 18:24h) | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PAS</th> <th>PAD</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>SPO2</th> <th>T°</th> <th>PIC</th> <th>HGT</th> <th>DIURESE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAX.</td> <td>173</td> <td>95</td> <td>94</td> <td>26</td> <td>99</td> <td>37,3</td> <td>***</td> <td>151</td> <td rowspan="2">800 ml</td> </tr> <tr> <td>MIN.</td> <td>131</td> <td>86</td> <td>88</td> <td>20</td> <td>96</td> <td>35,8</td> <td>***</td> <td>142</td> </tr> </tbody> </table> |     |    |    |      |      |     |     |         |  | PAS | PAD | FC | FR | SPO2 | T° | PIC | HGT | DIURESE | MAX. | 173 | 95 | 94 | 26 | 99 | 37,3 | *** | 151 | 800 ml | MIN. | 131 | 86 | 88 | 20 | 96 | 35,8 | *** | 142 |
|                                             | PAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PAD | FC | FR | SPO2 | T°   | PIC | HGT | DIURESE |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |    |    |    |    |      |     |     |        |      |     |    |    |    |    |      |     |     |
| MAX.                                        | 173                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 95  | 94 | 26 | 99   | 37,3 | *** | 151 | 800 ml  |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |    |    |    |    |      |     |     |        |      |     |    |    |    |    |      |     |     |
| MIN.                                        | 131                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 86  | 88 | 20 | 96   | 35,8 | *** | 142 |         |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |    |    |    |    |      |     |     |        |      |     |    |    |    |    |      |     |     |
| EVOLUÇÃO DIÁRIA                             | PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15/15pts, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM O <sub>2</sub> SUPLEMENTAR, EUPNEICO, AFEBRIL NO MOMENTO, CORADO, HIDRATADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM USO DE DVA. PUPILLAS ANISOCÓRICAS (2/3), RFM (+/-) → CIRURGIA OFTALMOLÓGICA PRÉVIA.<br>BC: RITMICOS, REGULARES, HIPOFONETICOS, SEM SOPROS<br>MV: CONSERVADO AHT.<br>ABDOMEM: RHA (+), DEPRESSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL À PALPAÇÃO.<br>MMSS e II: SEM EDEMAS.   |     |    |    |      |      |     |     |         |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |    |    |    |    |      |     |     |        |      |     |    |    |    |    |      |     |     |
| CONDUTA                                     | 1. OTIMIZAR HIDRATAÇÃO / DIURESE<br>2. INTENSIFICAR FISIOTERAPIA<br>3. ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |    |    |      |      |     |     |         |  |     |     |    |    |      |    |     |     |         |      |     |    |    |    |    |      |     |     |        |      |     |    |    |    |    |      |     |     |

EM TEMPO 8h

DEVIDO A PÓS – PCR DECIDO MANTER OBSERVAÇÃO NA UTI POR PELO MENOS MAIS 24h.

  
 Arturo Fernando Perez Nogales  
 Medicina Intensiva  
 CRM-PB 6520

ARTURO F. P. NOGALES.:

CRM – PB 6520



factur ..  
82 101

22 श्री गणेशाय

X - frx0 X  
X

OT

27 of 228 . . .

88

၁၀။

Chlorimide effect observed —  
" above the other cool

ଏହା କ୍ଷେତ୍ରମାତ୍ର ହୁଏ ।

04

OT

1

T.O. ....

908

91

Q-8

07

67

四

08

20

18 | Page (Digitized by srujanika@gmail.com)

green before dinner

11:00 12:15

mother + church

firmo que no se cumple y no

08-2003 1733825

2010/01/14-11



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Johmader Manoel IN-14/09/1950  
 QI 1 LEITE sala 04 CONVÉNIO 2us IDADE 68 - anos REGISTRO 1733352

CIRURGIA Mo. cirurgico amputacao traumática MJD CIRURGIÃO Drs. João Paulo + Dr. Julio Desad

ANESTESIA Dr. Raoni ANESTESIA raqui + geral

INSTRUMENTADORA Andre(Baiano) DATA 14/09/18 INÍCIO 14:00 FIM 15:42

 GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS       |         | Bolsa Colostoma                  | Qty. | FIOS                      | CÓDIGO |
|------|--------------------------------|---------|----------------------------------|------|---------------------------|--------|
| 01   | Adrenalina amp.                | 01      | Calel. p/ Óxg.                   |      | Calgut cromado Sertix     |        |
| 02   | Atropina amp. +4               | 08      | Catet. De Urinar Sist. Fech.     |      | Calgut cromado Sertix     |        |
|      | Diazepam amp.                  |         | Compressa Grande :::::           |      | Calgut cromado Sertix     |        |
| 01   | Dimorfamp.                     |         | Compressa Pequena                |      | Calgut Simples            |        |
| 01   | Delantina amp. nora            |         | Cotonoide                        |      | Calgut Simples Sertix     |        |
| 03   | Etilopina                      |         | Dreno                            |      | Calgut Simples Sertix     |        |
| 01   | Fenegam amp. sucrat            |         | Dreno Kerr nº                    |      | Cera p/ osso              |        |
| 01   | Fentanil ml Ciso               |         | Dreno Penrose nº                 |      |                           |        |
|      | Inova ml                       |         | Dreno Pezzer nº                  |      | Ethibond                  |        |
|      | Ketalar ml                     | 01      | Equipo de Macrogotas             |      | Ethibond                  |        |
| 01   | Metrizolam % ml                |         | Equipo de Macrogotas             |      | Ethibond                  |        |
|      | Nubatin amp.                   |         | Equipo de Sangue                 |      | Fio de Algodão Sertix     |        |
|      | Pavulon amp.                   |         | Equipo de PVC                    |      | Fio de Algodão Sertix     |        |
|      | Proligmine amp.                | Q5      | Espasadrapo Larco cm             |      | Fio de Algodão Sutupak    |        |
| 01   | Proloctef                      |         | Furacim ml                       |      | Fio de Algodão Sutupak    |        |
| 02   | Quelicin ml                    | Q5      | Gase Pacote c/ 10 unidades       | 04   | Fila cardíaca             |        |
|      | Rapifen amp.                   |         | H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml |      | Mononylon 2-0 ::::        |        |
|      | Thionembutal ml                |         | Intracath Adulto                 |      | Mononylon                 |        |
|      | Tracrium amp.                  |         | Intracath Infantil               |      | Prolene Serfix            |        |
| Qtd. | MEDICAÇÕES                     | 01      | Lâmina de Bisturi nº 24          |      | Prolene Serfix            |        |
| 04   | Agua Destilada amp.            |         | Lâmina de Bisturi nº 11          |      | Prolene Serfix            |        |
|      | Decadron amp.                  |         | Lâmina de Bisturi nº 15          |      | Prolene Serfix            |        |
|      | Dipirona amp.                  |         | Luvas 7.0                        | 05   | Vicryl Serfix 1-0 ::::    |        |
|      | Flaxidol amp.                  | 01      | Luvas 7.5                        |      | Vicryl Serfix             |        |
|      | Flebocortid amp.               | 04      | Luvas 8.0 ::::                   |      | Vicryl Serfix             |        |
|      | Geramicina amp.                | 01      | Luvas 8.5                        |      | 01 Fio de Kuchennet 2.5   |        |
|      | Glicose amp.                   |         | Oxigênio I/m                     |      |                           |        |
| 02   | Glucosolato de sódio           |         | Poliflix                         |      |                           |        |
| 02   | Haemacel ml. acido tranexamico | 03      | PVPI Degermante ml               |      |                           |        |
| 01   | Heparina ml                    |         | PVPI Tópico ml.                  |      |                           |        |
| 01   | Kanakin amp. flumazef          |         | Sabão Antiséptico                |      | SOROS                     |        |
| 01   | Lasix amp. bromopéida          | 05      | Saco coletor 11 exo              |      | SG Normotérmico fr 500 ml |        |
|      | Medrotinazol.                  | 03      | Seringa desc. 10 ml              |      | SG Gelado fr 500 ml       |        |
|      | Plasil amp.                    | 03      | Seringa desc. 20 ml              |      | SG Hipertérmico fr 500 ml |        |
|      | Prolamina                      | 01      | Seringa desc. 05 ml              |      | SG Ringr fr 500 ml        |        |
| 01   | Revivan amp.                   |         | Sonda                            | 04   | SG P/ mesa ::::           |        |
|      | Stupitanon amp.                |         | Sonda folley                     |      |                           |        |
| 02   | Cefalotina 1g                  |         | Sonda Nasogáтика                 |      |                           |        |
| 01   | dexametasona                   |         | Sonda Uretral nº                 |      |                           |        |
|      |                                |         | Sterydrem ml                     |      |                           |        |
|      |                                |         | Torneirinha                      |      |                           |        |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES           | 01      | Vaselina ml                      |      |                           |        |
|      | Agulha desc. 25 x 7            |         | Gelcon 18                        |      |                           |        |
|      | Agulha desc. 28 x 28           |         | Latese                           |      |                           |        |
|      | Agulha desc. 3 x 4,5           |         |                                  |      |                           |        |
| 01   | Agulha p/ raque nº 25          | 05      | eletrodos                        |      |                           |        |
| 05   | Álcool de Enfermagem           | 01      | gel condutor                     |      |                           |        |
|      | Álcool Iodado ml               |         |                                  |      |                           |        |
| 02   | Ataduras de Crepon             | 15cm .. |                                  |      |                           |        |
|      | Ataduras de Gessada            |         |                                  |      |                           |        |
|      | Azul metileno amp.             |         |                                  |      |                           |        |
|      | Benzina ml                     |         |                                  |      |                           |        |

## EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Serra (X) Eletrocautério
- ( ) Desfibrilador (X) Oxicapiôgrafo
- (X) Foco Frontal fxo (X) Cardiomonitor
- ( ) Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico *Electrostickers*

*Assintos*  
CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
Vania Silva Santos

TÉC. DE ENFERMAGEM  
COREN-PB 1213597

MOD 066

|                                                                                                            |                                       |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Nome do Paciente<br><i>Amadeu Manoel</i>                                                                   |                                       | Nº Prontuário  |
| Data da Operação<br><i>14/09/18</i>                                                                        | Enf.                                  | Leito          |
| Operador<br><i>Ds. João Léo</i>                                                                            | 1º Auxiliar<br><i>Ds. Júlio (esq)</i> | Instrumentador |
| 2º Auxiliar                                                                                                | 3º Auxiliar                           |                |
| Anestesia                                                                                                  | Tipo de Anestesia                     |                |
| Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta pélvica e tronco abdominal</i>                               |                                       |                |
| Tipo de Operação <i>Amputação trunfica</i>                                                                 |                                       |                |
| Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>                                                                  |                                       |                |
| Relatório Imediato da Patologia <i>∅</i>                                                                   |                                       |                |
| Exame Radiológico no Ato <i>Negativo</i>                                                                   |                                       |                |
| Acidente Durante a Operação <i>Prolongamento grave, possivel esmagamento e amputação traumática de MBD</i> |                                       |                |

### DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
| <i>1) Posicionamento do paciente e anestesia</i>                                                         |
| <i>2) Assepsia e antisepsia</i>                                                                          |
| <i>3) Campos esterilizados</i>                                                                           |
| <i>4) Realizar amputação à nível de torso médio de ferroza</i>                                           |
| <i>5) Isolamento de grandes vasos para hemostasia</i>                                                    |
| <i>6) Regulargizações de catos de amputação</i>                                                          |
| <i>7) Lavar FJ (1500 ml), exposito</i>                                                                   |
| <i>8) Suturar pés planos</i>                                                                             |
| <i>9) Contatos</i>                                                                                       |

Dr. Julio Cesar Castro  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/PB-9965 / CRM/RN-8320

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562717000000025980859>  
Número do documento: 19120922562717000000025980859

Num. 26911437 - Pág. 5



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fix exposure time





|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| NAME:<br><b>AMANDA M. ANDRAZ</b> | N.º PRONTUÁRIO<br><b>1733392</b> |
| <b>UTI</b>                       | ENR.<br>LEITO<br><b>12</b>       |

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

| Data     | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Rubrica |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 14/01/18 | ADMISSÃO AS 18:24H .<br>- Polifagia. IT ex.<br>- Fadiga e expectora seca e torosa. Voz D.<br>- Do CR oclopláxico →<br>Anamnese em 113 m -<br>fid de ferro D.<br><br>LosCR<br>Paciente admisso provente<br>de UPA em 20Z de atrauma-<br>do de 113 mês de idade<br>faz fadiga e expectora de pl C<br>faringezes D. Nfus de<br>corda ligeira de ruídos (colisão<br>ruído - carro) que cessa<br>Respiração em 20 de gás<br>expectora de 02 astig-<br>mofos, com extensão em<br>todo o corpo difuso menor<br>e pece. Sputo fino com costra.<br>dura na intalação em<br>corro coqueludo. Alergénios<br>excedentes secundaria desordens<br>superior ouvindo R Pu (A1-).<br>Relato de cianose oftálmico -<br>dislipidemia. Sputos<br>informações do estufido, |         |
|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |



**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO  
DA COMARCA DE JUAZEIRINHO/PB**

AMADEU MANOEL, brasileiro, casado, agricultor, portador da cédula de Identidade/RG nº **1.523.154-SSP/PB** e do CPF nº **790.291.423-34**, residente e domiciliado no Sítio Pedra D'água, zona rural do Município de juazeirinho/PB. Por intermédio de seu mandatário *in fine* assinado, com escritório profissional encravado no rodapé desta peça de ingresso, onde recebe intimações e correspondências de estilo, vem, RESPEITOSAMENTE, à presença de V. Exª., propor **AÇÃO DE COBRANÇA - DPVAT**, nos termos do artigo 3<sup>a</sup> e seguintes da Lei 6.194/74, e demais dispositivos legais aplicáveis à *espécie*, contra a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº. 09.248.608/0001-04, estabelecida à Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, CEP:20.031-205, Rio de Janeiro/RJ, pelas razões de fato e de direito que passar a expor:

**I - DA JUSTIÇA GRATUITA**

A parte autora que subsiste apeans da agricultura e no momento encontra-se impossibilitado de trabalhar devido amputação de membro inferior não possue condições financeiras para suportar s despesas do

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, Campina Grande/PB; **TELEFONES:** (83) 2153-9707 (83) 9963-9476; E-MAIL: adolfoveiller@gmail.com



**processo judicial**, sem prejuízo do seu sustento e de sua família. Por tais razões, pleiteiamse os benefícios da Justiça Gratuita, assegurados pela Constituição Federal, artigo 5º, LXXIV, que garante o acesso à justiça gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos, c/c com o artigo 98 e seguintes do Novo CPC, que rege todo o instituto da gratuidade da justiça.

## **II – DO INTERESSE DE AGIR - DA PROVOCAÇÃO PRÉVIA POR VIA ADMINISTRATIVA - Irregularidades no pagamento leva ao ajuizamento para cobrança de diferenças**

Administrativamente a seguradora não paga a correção monetária cujo o termo inicial, deve ser a partir da data em que entrou em vigor a medida provisória nº 340/2006 que alterou o valor da indenização e fixou em R\$ 13.500,00, ou seja, dia 29/12/2006 (a partir daqui esse valor ficou fixo e não houve correção).

A Seguradora Líder não paga os valores contratados, sempre pagando valores menores ou simplesmente, como é o caso, de forma incorreta – efetuando o pagamento de apenas 50% do valor correspondente a que os herdeiros (beneficiários) devem receber a título idenizatório, obstaculizando dessa forma, o recebimento do valor do sinsitro (Comprovante em anexo).

Por esses motivos, TODOS os processos administrativos referentes à invalidez permanente e morte, são objetos de lide no judiciário, tendo em vista que a seguradora nunca faz o pagamento correto, ou seja, a seguradora apenas usa o procedimento do pagamento administrativo para atrasar a vítima (ou herdeiros), e até desmotivá-los.

Portanto, exigir que o beneficiário tenha o trabalho duplo para receber, principalmnete em um momento de profunda dor o luto pela parda da filha, é no mínimo ultrajante, pois só beneficia a seguradora na sua gana em enriquecer-se em detrimento da vítima.

Dianete de todos esses motivos, não há que se falar também em princípio

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, Campina Grande/PB; **TELEFONES:** (83) 2153-9707 (83) 9963-9476; **E-MAIL:** adolfoveiller@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562744200000025980862>  
Número do documento: 19120922562744200000025980862

Num. 26911440 - Pág. 2

da causalidade e sucumbência autoral, pois como visto, a seguradora historicamente sempre deu muitos motivos para o ajuizamento de ações de cobranças de seguros.

Como visto, a obrigação de esgotamento prévio da via administrativa para a propositura da ação judicial tem-se como irrelevante e incompatível com o princípio colacionado no inc. XXXV do art. 5º da Constituição da República, que não estabeleceu como condição de acesso à Justiça que a parte acione ou esgote as vias administrativas. No presente caso, o autor já esgotou todas as vias administrativas possíveis, conforme comprovantes em anexo, sendo assim plenamente possível a presente ação.

### **III – DO RESUMO PRÉVIO DOS FATOS**

Consoante restará demonstrado no decorso da demanda, a parte Promovente e beneficiário foi **VÍTIMA DE TRÁGICO ACIDENTE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**, ocorrido na data de 14 de setembro de 2019, por volta das **10h45mim**, na BR 230, KM 234,8 próximo a Cidade de JUAZEIRINHO/PB, onde foi derrubada por outro veículo, em virtude de abaloamento de veículos, vindo ao solo e sendo conduzida ao Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde logo que deu entrada veio a sofrer perda de sua perna direita (amputação).

Ressalte-se, ainda, que a parte promovente buscou a via administrativa para obter o seguro, mas não logrou êxito, pois não recebeu a quantia correspondente ao valor da apólice, ou seja, recebendo A MENOR, o correspondente a apenas **50%** desta, mesmo comprovando documentalmente a perda total de uma perna, ficando com **INVALIDEZ PERMANENTE**.

Evidentes, dessa forma, o acidente, **e diante de todo o ocorrido**, recorre a parte autora às barras da justiça, nos termos da lei.

Impende salientar, conforme verifica-se no boletim de ocorrência fora vítima de acidente automobilístico, e que, em razão das sequelas resultou INVALIDEZ PERMANENTE, sendo que recebeu apenas a quantia A MENOR

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, **Campina Grande/PB**; **TELEFONES:** (83) 2153-9707 (83) 9963-9476; **E-MAIL:** adolfoveiller@gmail.com



de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) o valor total de R\$ 13.500,00, (**TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS**), dificultando, portanto, o *quantum* que faz jus.

## **IV – DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

### **IV.I. DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA**

Trata-se de ação de cobrança referente à indenização securitária – DPVAT - por INVALIDEZ PERMANENTE.

A **Lei 6.194/74** dispõe sobre o **seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre** nos seguintes termos:

- 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: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

a) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

b) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

c) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

**II- até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)**

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. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

[...]

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante **simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente**

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, Campina Grande/PB; **TELEFONES:** (83) 2153-9707 (83) 9963-9476; **E-MAIL:** adolfoveiller@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562744200000025980862>  
Número do documento: 19120922562744200000025980862

Num. 26911440 - Pág. 4

**da existência de culpa**, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte; (Redação dada pela Lei nº 8.441, de 1992)

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

Art. 10. Os danos pessoais cobertos pelo Seguro DPVAT compreendem **as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares**, que serão pagas diretamente ao beneficiário, observados os valores previstos nas normas vigentes, por pessoa vitimada.

A jurisprudência é uníssona nesse sentido:

**AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPAVT. MORTE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO. PAGAMENTO PARCIAL. ILEGITIMIDADE PASSIVA. VALIDADE DA QUITAÇÃO. SALÁRIO MÍNIMO. CNSP. VALOR DA INDENIZAÇÃO. JUROS.** I. É legítima passiva a seguradora ré para saldar eventual diferença relativa a seguro DPVAT, mesmo que não tenha sido ela a realizar o pagamento inicialmente disponibilizado à parte, na via administrativa, pois integrante do grupo de seguradoras que respondem por tais indenizações. II. Quitação dada pelo beneficiário, em valor inferior ao devido, não afasta o direito do interessado de obter a diferença de valor fundada em Lei. A renúncia a direitos deve sempre ser interpretada restritivamente. III. Conforme

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, **Campina Grande/PB**; TELEFONES: (83) 2153-9707 (83) 9963-9476; **E-MAIL**: adolfoveiller@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562744200000025980862>  
Número do documento: 19120922562744200000025980862

Num. 26911440 - Pág. 5

Súmula 14 das Turmas Recursais, é legítima a vinculação do valor da indenização do seguro DPVAT ao valor do salário mínimo. A aplicação do salário mínimo não ocorre como fator de reajuste, mas como mero referencial, não existindo ofensa ao disposto no art. 7º, inc. IV, da CF. IV. A Lei nº 6.194/74 é o único texto legal que confere competência para fixação dos valores das indenizações do seguro obrigatório, não havendo autorização legal que legitime as Resoluções do CNSP ou de qualquer outro órgão do Sistema Nacional de Seguros Privados para fixar ou alterar os valores indenizatórios cobertos pelo seguro obrigatório sobre danos pessoais causados por veículos automotores. V. O valor de cobertura do seguro obrigatório ao evento morte por acidente de trânsito é de quarenta salários mínimos. O pagamento da indenização está condicionado apenas à prova do acidente e dos danos decorrentes. VI. Incorreto o valor corrigido apresentado pela recorrente. O índice para a correção monetária é o IGP-M. VII. Conforme a Súmula 14 das Turmas Recursais, os juros moratórios incidem sempre a partir da citação, mesmo tendo havido pagamento parcial ou pedido administrativo desatendido.

**SENTENÇA REFORMADA. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.** (Recurso Cível Nº 71001680719, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Maria José Schmitt Sant Anna, Julgado em 25/06/2008)

**(TJ-RS - Recurso Cível: 71001680719 RS, Relator: Maria José Schmitt Sant Anna, Data de Julgamento: 25/06/2008, Segunda Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 01/07/2008)**

**CIVIL E PROCESSUAL CIVIL** Â-  
**APELAÇÃO CÍVEL** Â- **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO**  
**DPAVT** Â- **MORTE** Â- **INDENIZAÇÃO**  
**DEVIDA** Â- **OUTROS HERDEIROS** Â-  
**OBSERVÂNCIA DA COTA-PARTE** Â-  
**JUROS DE MORA** Â- **CITAÇÃO** Â-  
**RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.** I Â- É sabido que o sistema protetivo do Seguro DPVAT, regulado essencialmente pela Lei nº 6.194/74, com suas

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, Campina Grande/PB; **TELEFONES:** (83) 2153-9707 (83) 9963-9476; **E-MAIL:** adolfoveiller@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562744200000025980862>  
Número do documento: 19120922562744200000025980862

Num. 26911440 - Pág. 6

alterações, assegura que o pagamento da indenização securitária poderá ser pleiteado a qualquer seguradora integrante do consórcio (art. 7º da Lei). Esse é o entendimento do STJ. Portanto, é legítima a parte apelada. II - As apelantes juntaram cartas da seguradora, quando da abertura de procedimento Administrativo informando sobre o pagamento do Seguro DPVAT. Assim, restando demonstrado que as apelantes são herdeiras do falecido, há que ser rechaçada a preliminar de ilegitimidade ativa. III - O seguro DPVAT tem por objetivo indenizar as vítimas de acidentes quanto aos danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, em razão de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares. Seu pagamento é obrigatório, pois criado pela Lei nº 6.194/74, e incumbe às empresas seguradoras conveniadas, que respondem objetivamente, **cabendo ao segurado/vítima tão somente a prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, conforme dispõe art. 5º do referido normativo.** IV - Das considerações precedentes e reportando-se à análise dos autos, extrai-se que o acidente automobilístico, que vitimou o falecido, ocorreu em 17/07/2009. Portanto, indiscutível que neste período encontrava-se em vigor a Lei 11.487/07 que fixa a verba indenizatória decorrente do seguro DPVAT no montante de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para as hipóteses de morte e invalidez permanente. Por tal razão, a sentença deve ser mantida. V - Recursos conhecido e improvido à unanimidade.

**(TJ-PI - AC: 201000010073677 PI  
201000010073677, Relator: Des. Haroldo Oliveira Rehem, Data de Julgamento:  
09/12/2015, 3ª Câmara Especializada Cível,  
Data de Publicação: 17/12/2015)**

Assim, faz jus a **concessão do seguro pleiteado**, nos termos da legislação acima descrita.

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, Campina Grande/PB; **TELEFONES:**  
(83) 2153-9707 (83) 9963-9476; **E-MAIL:** adolfoveiller@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562744200000025980862>  
Número do documento: 19120922562744200000025980862

Num. 26911440 - Pág. 7

#### **IV – DOS PEDIDOS**

**Posto isso, requer:**

1. A concessão do **benefício da justiça gratuita**, em virtude de não possuir condições de arcar com as despesas processuais, nos termos da Constituição Federal, artigo 5º, LXXIV, e, também, o art. 98 do CPC;
2. Seja recebido o presente, bem como todas as peças que a instruem, **julgando-a PROCEDENTE** em todos os seus termos;
3. A citação do requerido, no endereço indicado, para que conteste a presente peça de ingresso, sob pena de revelia e de confissão quanto à matéria de fato;
4. A total **PROCEDÊNCIA DA AÇÃO** com a condenação da promovida ao pagamento da importância de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, corrigidos e com juros moratórios desde o evento, nos termos da **SÚMULA 54 DO STJ**, referentes ao seguro DPVAT, **descontado o valor pago**;
5. Por se tratar de matéria de direito, **REQUER o julgamento antecipado do mérito**;
6. Seja condenado o réu em **custas processuais e honorários advocatícios** sobre o valor da causa.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidas em direito, de modo específico o depoimento pessoal da ré, testemunhas e juntada de documentos, sem prejuízo de outras provas eventualmente cabíveis.

Em consonância aos artigos 319, inciso VII, e 334, § 5º, do Código de Processo Civil, informa a parte demandante que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou de mediação.

Atribui-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede deferimento.

JUAZEIRINHO, 09 de Dezembro de 2019.

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, **Campina Grande/PB**; **TELEFONES**: (83) 2153-9707 (83) 9963-9476; **E-MAIL**: adolfoveiller@gmail.com



**ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES  
ADVOGADO  
OAB-PB  
25.682**

**DOCUMENTOS EM ANEXO:**

- ✓ Outorga de poderes e declaração de pobreza;
- ✓ Documentos pessoais e comprovante de residência;
- ✓ Boletim de Ocorrência;
- ✓ Prontuário Médico;
- ✓ Carta Resposta ao Nº do Pedido do Seguro DPVAT:  
3190290408;
- ✓ Outros documentos.

Rua Manoel Paulino, Nº. 335, Catolé, Campina Grande/PB; **TELEFONES:**  
(83) 2153-9707 (83) 9963-9476; **E-MAIL:** adolfoveiller@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ADOLFO VEILLER SOUZA HENRIQUES - 09/12/2019 22:56:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120922562744200000025980862>  
Número do documento: 19120922562744200000025980862

Num. 26911440 - Pág. 9