



Número: **0802529-30.2021.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **02/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.750,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA (AUTOR)		PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38994 420	02/02/2021 13:11	Petição Inicial	Petição Inicial
38994 439	02/02/2021 13:11	Petição - DPVAT	Outros Documentos
38994 440	02/02/2021 13:11	Documentos	Procuração
38994 442	02/02/2021 13:11	Declarações	Outros Documentos
38994 443	02/02/2021 13:11	Identidade 1	Documento de Identificação
38994 445	02/02/2021 13:11	Identidade 2	Documento de Identificação
38994 446	02/02/2021 13:11	DOC 1 - Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
38994 447	02/02/2021 13:11	DOC 2 - Fisioterapia	Documento de Comprovação
38994 949	02/02/2021 13:11	DOC 3 - RADIOGRAFIA	Documento de Comprovação
38994 950	02/02/2021 13:11	Protuário Hospitalar-otimizado_1	Outros Documentos
38994 974	02/02/2021 13:11	Protuário Hospitalar-otimizado_2	Outros Documentos
38994 953	02/02/2021 13:11	Protuário Hospitalar-otimizado_3	Outros Documentos
38994 954	02/02/2021 13:11	Protuário Hospitalar-otimizado_4	Outros Documentos
38994 956	02/02/2021 13:11	Protuário Hospitalar-otimizado_5	Outros Documentos
39057 171	03/02/2021 16:53	Despacho	Despacho

Anexo!





EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DA __ VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE.

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA,
brasileira, solteira, operadora de telemarketing, RG:
4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e
domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro
Bodocongó, CEP 58430-275, Campina Grande-pb, vem por meio
de seu advogado **PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, OAB/PB
26.701,** conforme procuração anexa, com escritório
profissional localizado na Av. Dom Pedro II, 987 - sala
307, Centro, João Pessoa, CEP 58013-420 e endereço
eletrônico: pablorhuanadv@gmail.com , vem respeitosamente,
perante vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANCA SEGURO DPVAT

Em face de **SEGURADORA LÍDER
DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.,** pessoa jurídica de
Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua
Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares,



Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

• **DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA**

A autora declara, sob as penas da lei que, que não está em condições de pagar as custas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família, haja vista momento de crise vivido, nos termos do artigo 4º da Lei nº 1.060/50, conforme declaração que instruirá esta petição.

I. DOS FATOS

A parte autora no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas transitava na garupa da moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO 1) sofreu acidente de trânsito após ter a preferencial bloqueada por outro veículo ciclomotor.

Do evento restou a demandante acentuadas lesões corporais, na qual foi diagnosticada com uma fratura do úmero proximal esquerdo, de acordo com o prontuário 1693307, assinado pelo médico Dr. Evelon Meira CRM-PB 9900.

Da lesão ocasionada a demandante passou por sessões de fisioterapia (DOC. ANEXO 2) no qual totalizou 20 sessões, toda via a mesma restou com sequelas na qual a impossibilita de erguer o braço acima do ombro, haja vista a própria possuir agora uma placa de úmero proximal, limitando o movimento completo do braço, conforme radiografia em anexo (DOC. ANEXO 3).

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima



expostos, restou a requerente acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o braço ou praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

Por esses fatos a autora requereu administrativamente a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, o reembolso por Despesas médicas e suplementares (DAMS) e indenização por invalidez parcial haja vista a diminuição de mobilidade do membro afetado da vítima, toda via a **seguradora mencionada vem dificultando a concessão, haja vista frequentemente requer documentos que já foram enviados por diversas vezes.**

É importante frisar que em documento apresentado e juntado aos autos (DOC. ANEXO 2), o Fisioterapeuta DR. ALISSON ALMEIDA SILVA CREFITO 117454-F emite parecer sobre as limitações físicas da autora, mencionando claramente o caráter permanente destas, bem como, sendo incisivo no tocante a constatação da dificuldade de abdução do ombro, perda da força e trofismo no braço cirurgiado da requerente, mesmo após a realização de 20 sessões de fisioterapia.

Em sede de ação impetrada no juizado especial a ré levantou importantes questionamentos no qual a autora passa a esclarecer por força de celeridade.

**1- DA VALIDADE DO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA;**

Em processo nº 0808010-08.2020.8.15.0001 a respeito deste mesmo fato a ré



questiona o motivo do boletim de ocorrência ter sido registrado apenas 16(meses) após o acidente requerendo a improcedência da ação haja vista a demora da autora em registrar o boletim. Esclarece de pronto que a autora, por desconhecimento legal acreditava não ter direito ao seguro requerido, pois a moto em que transitava não era de sua titularidade e, além disto, pelo fato do autor do acidente ter se evadido a mesma decidiu por não registrar boletim de ocorrência, só registrando meses após, quando decidiu por requerer o seguro, haja vista que o próprio site da seguradora exige o registro de ocorrência para a análise do seguro.

**2- DA AUSÊNCIA DO LAUDO
IML;**

Conforme é de notório conhecimento geral o Instituto Médico Legal da Paraíba não realiza perícia médica para fins de requerimento do seguro DPVAT o que foi devidamente informado pela autora a ré em seu requerimento administrativo, nessa esteira, a luz do princípio da inversão do ônus da prova, caso a ré julgue necessário que requeira às suas custas à realização da respectiva perícia judicial.

II. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

ADVOCACIA & ASSESSORIA

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório cumpre importante função



social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez



Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

*Sendo assim, Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.*

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

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

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

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

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.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à demandante:



APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT. Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível Nº 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária. 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado.



4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474: "**A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.**"

Tendo em vista que a requerente necessitou de 20 sessões de fisioterapia e ainda sim restou uma limitação física no movimento do braço, na mobilidade e na perca da força na mão e do braço, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento da indenização por invalidez parcial, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica e faz jus também ao reembolso por despesas médicas suplementares (20 sessões de fisioterapia).

- **DA PROVA PERICIAL** -
dinamização do ônus da
prova



Conforme é possível verificar O §1º do art. 373 do CPC consagrou a teoria da distribuição dinâmica do ônus da prova ao permitir que o juiz altere a distribuição do encargo se verificar, diante da peculiaridade do caso ou acaso previsto em lei, a impossibilidade ou excessiva dificuldade de produção pela parte, desde que o faça por decisão fundamentada, concedendo à parte contrária a oportunidade do seu cumprimento.

A respeito do tema, Luiz Guilherme Marinoni, Sérgio Cruz Arenhart e Daniel Mitidiero anotam:

"Não há nenhum óbice constitucional ou infraconstitucional à dinamização do ônus da prova no processo civil brasileiro. Muito pelo contrário. À vista de determinados casos concretos, pode se afigurar insuficiente, para promover o direito fundamental à tutela jurisdicional adequada e efetiva, uma relação fixa do ônus da prova, em que se reparte prévia, abstrata e aprioristicamente o encargo de provar. Em semelhantes situações, vem o órgão jurisdicional, atento à circunstância de o direito fundamental ao processo justo implicar direito fundamental à prova, dinamizar o ônus da prova, atribuindo-o a quem se encontre em melhores condições de provar. Assim, cumprirá o órgão judicial com o seu dever de auxílio, inerente à colaboração. Providência desse corte visa superar a 'probatio diabólica', possibilitando um efetivo acesso à justiça. Nesse sentido, dentro de um processo civil organizado a partir da ideia de colaboração, deve o juiz, no cumprimento de seu dever de auxílio para com as partes, dinamizar o ônus da prova sempre que as suas condicionantes materiais e processuais se façam presentes, a fim de outorgar tutela jurisdicional adequada e efetiva mediante um processo justo. Não pode o juiz, em hipótese alguma, contudo, dinamizar o ônus da prova na ausência de quaisquer de suas condicionantes. A dinamização importa na atribuição do ônus de provar àquela parte que tem a maior facilidade probatória." (Novo Código de Processo Civil Comentado, RT, 1.ª ed., p. 395/396)



Devidamente acostado nos autos documentos referente a renda da autora e despesas de sua responsabilidade, como por exemplo a criação de sua filha sozinha, a mesma não dispõe de condições financeiras para arcar com os custos processuais e periciais por esse motivo, com base na premissa apresentada, com o fim de chegar-se a uma justiça processual e, pautada na orientação doutrinária e legal acima delineada, requer, desde já, a aplicação da distribuição dinâmica do ônus da prova, com a inversão do ônus de suportar o adiantamento das despesas com a produção da prova pericial, tomando por base, o princípio da razoabilidade, pois a seguradora Requerida detém melhores condições de patrocinar esta, a fim de apurar a verdade real, alcançando assim a almejada justiça.

III. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica dos pedidos e preenchidos todos os requisitos da petição inicial previstos no artigo 319 do código de processo civil, **requer:**

1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, os **benefícios da assistência judiciária gratuita;**
2. Seja recebido o presente e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu



representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

3. **Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que NÃO possui interesse na realização de audiência de conciliação;**

4. Requer a aplicação da teoria da distribuição dinâmica do ônus da prova, com a inversão do ônus de suportar o adiantamento das despesas com a produção da prova pericial, tomando por base, o princípio da razoabilidade, pois a seguradora Requerida detém melhores condições de patrocinar esta, a fim de apurar a verdade real e alcançando assim, a almejada justiça;

5. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

5.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da indenização correspondente ao seguro DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de R\$ 6.750,00 (seis mil setecentos e cinquenta reais), ou seja, 50% do valor integral, tendo em vista as sequelas advindas do sinistro;

5.2. Que se declare devida a parte autora o pagamento referente às 20 (vinte) sessões de fisioterapia realizadas pela requerente a título de reembolso por despesas médicas suplementares, no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) tendo em vista o valor médio de R\$ 100,00 (cem reais) por sessão;

6. A condenação da Requerida no pagamento das custas e demais despesas processuais, bem como no pagamento dos honorários advocatícios;



7. Quanto aos honorários advocatícios, requer seja condenada a seguradora, de acordo com o art. 20, §3º, ou seja, no importe de 20% (vinte por cento);

8. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

- Dá se a causa o valor de **R\$ 8.750,00** (oito mil setecentos e cinquenta reais)

Termos em que
Pede deferimento.

Campina Grande. 01 de maio de 2020.

PABLO RHUAN DO N. ANGELIM

OAB/PB 26.701

➤ **ROL DE TESTEMUNHAS** será apresentado posteriormente.

PABLO ANGELIM
ADVOCACIA & ASSESSORIA





PABLO ANGELIM
ADVOCACIA & ASSESSORIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA, brasileiro, solteira, operadora de telemarketing, RG: 4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro Bodocongó, CEP 58430-275, CAMPINA GRANDE-PB.

OUTORGADO: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB n° 26.701, com escritório profissional na Av. Dom Pedro II, 685, sala 307, Centro.

PODERES: Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

Bruna Lusía da Silva Sousa
ocorrido na data em 15 / 07 / 2018.

CAMPINA GRANDE - PB, 18 de NOVEMBRO de 2019.


Bruna Lusía da Silva Sousa
OUTORGANTE



Solicitação

Prescrevo fisioterapia motora para a paciente
Bauma Leusa Sousa, submetida ao tratamento
cirúrgico de fratura de úmero proximal
esquerdo.

25/07/18


Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9927





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

007630

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.555.233.1

Número do Benefício: 624.152.552.6

Espécie: 31

Ao(A) Sr.(a): BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285 , BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido.

Motivo: Constatação da incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 08/10/2018, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 11/10/2018

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Dessa decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet, no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N

- SANTA ROSA

CEP: 58416.680

MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:22

Impresso pela Dataprev

Digitalizado com CamScanner



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT. 1.487.555.233.1

Número do Benefício: 624.152.552.6

Espécie: 31

Ao Sr(a): BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285 , BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 30/07/2018, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito ao benefício, em razão de o exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio - Doença foi concedido até 11/10/2018, Data da Cessação do Benefício - DCB.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o (a) Senhor(a) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15(quinze) dias antes da cessação do benefício 11/10/2018, observado o disposto no art. 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o (a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 11/10/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e /ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10(dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, 5/N - SANTA ROSA

CEP: 58416.680

MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:16

Impresso pela Dataprev

FORM ATU34X

Digitalizado com CamScanner





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA,
brasileira, solteira, operadora de telemarketing, RG:
4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e
domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro
Bodocongó, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as
penas da lei, que não tenho condições de arcar com as
despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do
meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da
Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da
Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro,
ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

CAMPINA GRANDE - PB, 20 de Dezembro, 2021.

Bruna Lusía da Silva Sousa



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA, RG/CNH nº 4.384.062

órgão expedidor: SSP, UF: PB, CPF 135.887.404-22, endereço

Cecy Ramos Belo, CEP 58430-275,

cidade de Campina Grande - PB, telefone(s) (83) 987443911, **DECLARO** ser

isento(a) da apresentação do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s)

exercício(s) 2019;2020;2021 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de

obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

_____, _____ de _____ de 2021.

Assinatura

Bruna Lusía da Silva Sousa

*Especificamos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(a) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico: <http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, honraria ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.





Simone Louisa da Silva Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

135.887.404-22

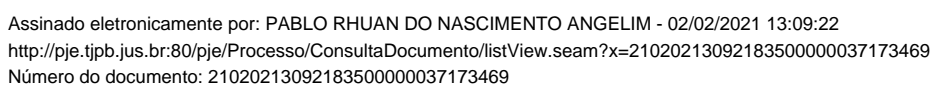
Nome

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Nascimento

05/09/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.384.062

DATA DE
EXPEDIÇÃO

02/02/2016

NOME

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

FILIAÇÃO

JOSEMAR BARBOSA DE SOUSA
AURICELIA MARIA DA SILVA SOUSA

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO

05/09/1998

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº75.249 - LIV.A/67 - FLS.193V - CARTORIO 2º
CAMPINA GRANDE-PB

135.887.404-22

O+

Handwritten signature
MARCUS A. B. LACERDA JR.
L. 29/08/83

29/08/83

Ident. Civil. B. Oficial. 19442





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 13908.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13908.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:30 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Bruna Luísa da Silva Sousa**, CPF nº 135.887.404-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Atendente de Call Center, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 05/09/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cecy Belo, Nº 285, bairro Bodocongó, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Campina Grande/PB, telefone (s) para contato (83) 98776-8542.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Dinamerica Alves Correia, Cruzamento Com a Rua do Sol., Campina Grande/PB, bairro Santa Rosa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas quando transitava na garupa de moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI ano/mod. 2016/2017, de cor preta de placa: QFQ1186/PB CHASSI: 9C2KC2200HR503363 pertencente ao Sra. TAYWSKA DANNIELY COSTA DA SILVA portadora CPF: 098.482.944-06 e conduzida pelo Sr. Luciano Rodrigues da Silva Júnior. Que segundo a mesma vinha na garupa da referida moto quando trafegava pela Av. Dinamerica, Santa Rosa, Campina Grande-PB, quando foi surpreendida por uma motocicleta (não identificada/que evadiu-se do local) que saiu de uma estradinha de barro e atravessou indevidamente o cruzamento da Av. Dinamerica com a Rua do Sol vindo a chocar-se com a moto em que a declarante vinha na garupa. Que devido ao fato a declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrida pelo seu pai ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, onde foi diagnosticada, FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO, de acordo com o Prontuário de nº 1693307, assinado pela médica Dr. Evelon Meira CRM-PB 9900.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

BRUNA LUISA DA SILVA SOUSA
Noticiante

FISIOESTÉTICA - Clínica de Fisioterapia e Estética Ltda.
Rua Nilo Peçanha, 636 – Prata
Campina grande – PB
CNPJ: 00.520.289/0001-70

Declaro para os seguintes fins que BRUNA LUZIA DA SILVA SOUZA ,
cpf:135.887.404-22, esteve em reabilitação da cirurgia de fratura de úmero proximal
esquerdo no período de 07 de agosto de 2018 a 25 de setembro de 2018 realizando o total
de 20 sessões. A mesma houve uma boa evolução mas permaneceu sequelas. Limitação ao
realizar abdução de ombro e perda de força e trofismo no braço cirurgiado. Estando a
mesma sobre minha responsabilidade profissional para tal firma presente.



Alisson Almeida Silva.
CREFITO 117454-F

Campina Grande, 25 de Setembro de 2018.







HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

SERVIÇOS REAL ZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



15/07/2018

HTCG-Painel Administrativo



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONTUÁRIO Nº: 1693291 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 53432-809 Data: 15/07/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: BRUNA LUSIA SOUSA

CEP: 58400002

Nascimento: 05/09/1998

Endereço: ESI RAMOS BELO

Sexo: F

Telefone: 988671829

Cidade: Campina Grande

Idade: 019

País: BODOCONGO

Nome da Mãe: AURICELIA MARIA DA SILVA SOUZA

RG: 4384062

ID: 285

Responsável:

CPF: 13588740422

Profissão: ATENDENTE

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atendimento: 15/07/2018

CNS: 898000764333048

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:41:27

CONVÊNIO: SUS

Médico:

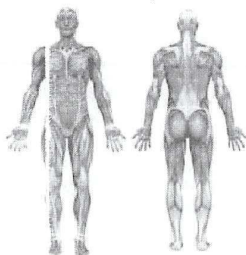
CRM:

Especialidade:

OBS FICHAS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Fr. úmero @ (proximal)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente de moto às 18h40min, c/ trauma local no ombro @.
Mx cl. fr. úmero prox. @.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Foto reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HC RÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Winy Paiva
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB nº 14.017

3/projetohtcg/impregurgencia.php?contar=1693291

1/2



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:25
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092480900000037174076
Número do documento: 21020213092480900000037174076

Num. 38994950 - Pág. 2





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Priscila Lúcia da Silva Sousa		
End:	Rua Cesário Ramos Belo nº 285	Bairro:	Bodequim
Data de Nascimento:	05-09-90	Documento de Identificação:	123456789-123
Queixa:	te aperto	Data do Atend.:	15/07/18
		Hora:	18:41
		Documento:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

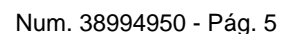
Priscila Moura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB 2286

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Louisa Sousa Registro: _____ Leito: 10104 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 PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

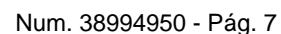
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Bezerra Sousa Registro: _____ Leito: 204 Setor Atual: ATI
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMF TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M30</u> Data da punção <u>19/07/18</u> .	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> 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: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>deambula</u>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>19/07/18 em 17:20h pele sem queimaduras no momento. As cuidados da equipe</u>	
Karola R. L. Porto Queir COREN-PB 166371-EN	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>19/07/18</u> HORA: <u>17:20</u> h	
Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Louisa Sousa Registro: _____ Leito: 30-4 Setor Atual: otop 1.
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () 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 cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

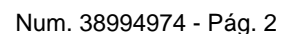
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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


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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna kusia Registro: Leito: 10-4 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () 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 cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Bruna Kauzior* Registro: Leito: *10.4* Setor Atual: *09761*

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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 cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lusia Registro: Leito: 10-4 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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 cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	BRUNA LUZIA SOUSA	Protocolo:	0000414489	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	16-07-2018 11:23	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	ENF 10 - L. 04

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'30''

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

Emissão : 16/07/2018 11:31 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D5C4-2EB9-3EE4-63AE-7F74-5C2A-6A27-1942



Sr(a): BRUNA LUZIA SOUSA Protocolo: 0000414489 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-07-2018 11:23 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENF 10 - L.04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:19]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.42 milhões/mm ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	10,9 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	33,0 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	75 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	25 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 ³	4.500 à 12.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	252
Segmentados.....	78,0	6.552
Eosinófilos.....	1,0	84
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	15,0	1.260
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	252
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	193.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

[Assinatura]

Carlos Felipe Souza de Miranda Bettão
 Biomédico
 CRM 5409

Emissão : 16/07/2018 11:31 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 84D0-549C-8163-B331-EBDE-979B-8FE7-4544





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncopse
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Atípica
Relacionada a: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso () Não

() Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

F _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.:

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.: _____

Ass. do Médico



Bone lura, PROT. 1693307
24/07/18

10.4

POI FX Alameda proximal E

1) Dado de 200g RPA

2) SCL 1000 ml IV 24g

3) Gatorina 240g IV 24/24g

4) Ceftriaxona 600mg IV 6/6g 24/24g

5) Tildad 30mg + AD IV 12/12g 24/24g

6) Dipirone 1g + AD IV 6/6g 24/24g

7) Paracetamol 100mg + 100ml SF 24/24g

8) 8/8g (Dado)

9) Omeprazol 40mg + dextrose IV 24/24g

10) SSIV + CCG

1

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

25. Alta hospitalar

1

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

FO: Lente

Exame neurológico, presado

Ca: alta + retorne + osteo

1

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

POI no intermédio

CD: VPM + pt de controle

1

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

DATA = 24-07-18

HORA = 13:00

PA = 100x60

Paciente consciente

orientado P.O.S.

operatório a

norma de

após suturas

de urgência





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

9594

Hospital: de Emergência e Trauma de P. Sousa Código: _____
Procedimento: Trat. fix com fixação de Unus proximal Cód. Procedimento: _____
Paciente: Bruna Glória Sousa
Data da Cirurgia: 24/07/18 Nº prontuário: 4693291 Convênio: _____
Cirurgião: D. Andrey Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa de Unus proximal de 03 Furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 3(5) mm	Nº	20	29	70				
	Qtd.	01	01	01				
	Cód.							
Parafuso Cortical 4.0 mm	Nº	38	92					
	Qtd.	03	02					
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

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

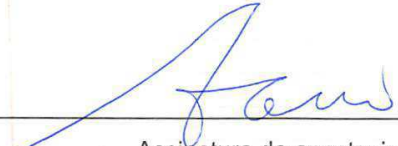
Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br





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

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


Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Bruna Luscia Sousa.	Idade:	19 a.
Convênio:	Sus.	Data:	24.07.18
Procedimento:	Htº Cirurg. C/ Fix. de Ombro "E"		
Cirurgião:	Dº Andrey	Auxiliar:	Anestesista: Dº Rafael
Início:	09:15.	Término:	12:00
		Anestesia	Bloquero

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

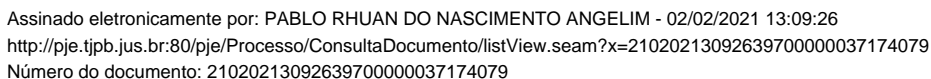
Relatório de Operação

MOD. 103



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Bruna Bianca Sousa Dps 05/09/1998						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	leite	convênio	19 anos	1693294			
CIRURGIA	abertura e fixação do torniquete esquerdo		CIRURGIÃO	Dr. Bonfey + Dr. Alvinen + Dr. Cavalcanti			
ANESTESIA	bloqueio de flexo + pedaleira		ANESTESIA	Dr. Rafael			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM				
norma	24.07.18	09:25	12.00hs				
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO		
	Adrenalina amp.	Calel. p/ O ₂ g.		Catgut cromado Sertix			
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix			
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix			
01	Dimore amp. Demmenid	Compressa Pequena		Catgut Simples			
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix			
02	Efrane ml - duto 1/1 vaso 2cm	Dreno		Catgut Simples Sertix			
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix			
01	Fentanil ml - somp	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso			
01	Inova ml - neo 4 vaso 2cm	Dreno Pezzer n°		Ethibond			
01	Ketalar ml - bux 51 vaso 2cm	Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix			
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix			
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak			
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak			
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fria diaca			
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	2.0°		
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon			
	Tracrimum amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix			
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix			
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11 <td></td> <td>Prolene Serfix <td colspan="3"></td> </td>		Prolene Serfix <td colspan="3"></td>			
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15 <td></td> <td>Prolene Serfix <td colspan="3"></td> </td>		Prolene Serfix <td colspan="3"></td>			
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix <td colspan="3"></td>			
	Flaxidól amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix <td colspan="3"></td>			
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	Ethibond n° 5.0		
	Geramicina amp.	Luvas 8.5					
	Glicose amp.	Oxigênio l/m					
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix					
	Haemacel ml.	PVPI Degomante ml			(clonexidrina alcaideia)		
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	03	SG Normotérmico fr 500 ml			
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml			
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml			
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringir fr 500 ml			
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml			
	Revivan amp.	Sonda					
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE			
02	Cefalexina 1g - celexina 750mg	Sonda Nasogátrica					
		Sonda Uretral n°					
		Sterydrem ml					
		Torneirinha					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml					
02	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18					
	Agulha desc. 28 x 28	Latese					
	Agulha desc. 3 x 4,5	microscopio					
01	Agulha p/ raque n° 26	duvidas de inocul					
	Álcool de Enfermagem	álcool des					
	Álcool Iodado ml						
01	Ataduras de Crepon 15cm						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
			EQUIPAMENTOS				
			(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar			
			() Serra	(X) Eletrocautério			
			() Desfibrilador	() Oxiciapiógrafo			
			(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor			
			() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico			
CIRCULANTE RESPONSÁVEL [Assinatura]							





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



23/07/2018

Profructuário: 16.933.07

1-Dieta livre ZERO APÓS 228

2-Diphenyl 1g VO de den SN

3 - five meters

4-SBV & CCGG
S-Polone de A

Good W.

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

fixarívius provincial E

Route 10-4.

Base, sand, & r
rider's

CS: VPR

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

~~Jucilene dos Santos Silva~~
~~COREN-PR 958.700-TE~~

DATA = 23-07-18

HORA = 08:30

$$P_A = 100 \times 70$$

DATA - 23.07.18
HORA = 20:00
RA 110x70
Jucilene dos Santos Silva
CORREN-PB 958.700-TE



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fronteira 03304

Paciente	Bruna luisa
----------	-------------

Alojamento

Leito

Prontuário: 1693307

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/07/2018	<p>1- Dieta livre.</p> <p>2- Fisioterapia motora.</p> <p>3- Omeprazol 40mg + Diluente IV /Jejum <i>cb</i></p> <p>4- Dipirona 1g 06/06H + AD IV 06/06H <i>12 06 2x cb</i> <i>Resumo</i></p> <p>5- CCGG + SSVV</p> <p>6- Tilatil 20mg + AD IV 12/12H S/N</p>		<p><i>VPM, estável, sem dor</i></p> <p><i>CD: VPM</i> <i>Aguarda cirurgia</i></p> <p><i>Dr. Euerlan Mota</i> <i>MR Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-PB 9555</i></p>

MOD. 035



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



ORTOP 1
LEITO 10-4

BRUNA LUSIA

21/07/18
Paciente 1603307

- 1 DIETA LIVRE
- 2 DIPIRONA 1g VO SE DOR
- 3 FISIO MOTORA
- 4 SSVV + CCGG

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

FX UMEROS PROXIMAL E

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BFC, anestesia, 21 dias

<OLVPA
Agenda cirurgia

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

21/07/18 09:50
PA = 130x70 P = 93

Paciente consciente e orientada
e queixas abdominais.
Foi dada a alta da
enfermagem.

21/07/18 21:40

PA = 120x80 P = 96
Paciente segue as
orientações da
enfermagem.

Verificar a
enfermagem
COREN-PB 200.11





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



BRUNA LUISA
PRONT. 1693307

20-07-18

ORTOP 1
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

- 1 DIETA LIVRE ~~PARA HAS~~
- 2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H
- 3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM
- 4 FISIO MOTORA ✓
- 5 SSVV + CCGG ✓
- 6 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H **SIN**

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

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BGG, estavel, sem intercorrimentos
CD: V.P.H.

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

Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB 9907-700
ATA = 20-07
HORA = 08:55
P.A. = 100x70
Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB 9907-700
HORA = 20:00
P.A. = 110x70





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:

DN:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA:

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

19/07 08:00

2. Resultado dos principais exames

PA= 120x80

3. Evolução e complicações

Segu aguardando
cirurgia mas quiza
dar, medicada c.p.h

4. Terapêutica realizada

21:00
PA= 100x80

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Responsável pelo resumo



Phantasia: 569329 J

59107158

4-0-7

3-Distalium

2-Diphenylg, VO, 6/6H (C₆H₅)₂CO₂ \rightarrow Recycled

3-5216

$$q - D \times \alpha' q + \omega q q g \cdot J F \theta + S F J s m \lambda, E v, J 2 / J 2 H$$

$$S - S S V v + c c c G$$

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9307

Dr. Eulio Fabricio A. Cruz
MR. ORGEBIM - TRANMIOGSA
C.R.M.-P.B. 9907

Boe good, an riding





RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	DN:	PRONT. N°:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)	
2. Resultado dos principais exames	
3. Evolução e complicações	
4. Terapêutica realizada	
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)	
6. Orientações médicas para pacientes / egresso	

7. Condições de alta	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Inalterado
Transferido para:				
Campina Grande, ____ de ____ de ____				
Responsável pelo resumo				

MOD. 024

BRUNA LUSIA

PROUT. 1693291

18.07.18

ok on

Jo-H

Com paciente

BSC, ataxia, e - idiosincrasias

cy: vnn

1) Bide line

2) Bivane 1g tan, digu, vo 6168 12 16 24 96

3) SSU + CCG

4) glic

5) Dexadono 15A + 5F 15-2

iv 12112

12

24

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9007

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9007

P.N. 100x60

18/07/18

08:00 hrs

Lara Natheilly Q. A. Crispim
GOREN-PB 1282534-TE



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



URUP I
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

Paciente: Bruna Lopes Lourenço.
nº 10712018. Renf: 1603291.

1 DIETA LIVRE ~~PARAFARMAS~~

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIOTERAPIA

5 SSVV + CCGG

6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H

etc
24 06

2 - Saleco reidratado. ATT

8 - Dexametasona 0,154 + SF 15ml
IV 12/12H (LSTB) 24

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MEDICO
CRM-PB 9907

DATA = 17-07-18

HORA = 20:06

PA = 100 x 69

Jucileide dos Santos Silva
COREN-PB 998.700-TE

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BBB, 24h de observação
CON PM

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MEDICO
CRM-PB 9907

17.07.2018

14h + 36°C 120 x 80

Paciente mantido febre medicada
evoluí sem sintomas no momento
medicada conforme prescrição
a ser dada quando necessário
surtejo

Katia Siqueira
COREN-PB 998.700-TE



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Bruno Lima
Pront. 1693291

ORTOP
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

1 DIETA LIVRE ~~PARANAS~~

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA

5 SSVV + CCGG

6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H

7 gelo

8 Desmoterone JFA + SF 15ml IV 12/12h (leito)

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

DATA - 16-07-18

HORA - 09:00

P.A = 110 x 70

Paciente consciente
orientada medicada
e segue aos
cuidados de enfermagem

DATA - 16-07-18

HORA - 19:00

P.A = 100 x 70

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 998.700-TE

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BEG, atencional, sem intercorrimentos

CD: VPM

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

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 998.700-TE



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
							<div> <div>12/27</div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> </div> <div> <div>Diurese</div> <div>Diurese</div> <div>Diurese</div> <div>Diurese</div> <div>Diurese</div> <div>Diurese</div> <div>Diurese</div> </div> </div>	

Diagnóstico

Or top. I

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Print: 1693307

for inner max. @

Paciente	Bruna Luiza Souto	Alojamento	10	Leito	4	Convênio	
----------	-------------------	------------	----	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/07	(1) Distrof. Lúme. (2) Jato Salivário N3 18 (3) Dignose 1q + m37 ev 6/6h (4) Disartrias 10r + 15-1 SP ev 11/11h 1/6. (5) Tátil 20 up + ABN ev 12/12h (6) Osmopond 40 u + abeto ev a figm (7) Estímulo Dumbler. (8) SSVU + CCG.	ck 24/06 24 24 06 KATTA ATT	# Admiss. 5 Transfe v. fura de duto de moto el. turnos em outro (e), exposto dor + deformidade em outro (e). Rq ci fo omens pop. (e), Demat Negt. Alugios. cd. Interns pl. cirurgia. Solicito ps. op. Imobiliz. inf.

MOD. 035





Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0802529-30.2021.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS porque a causa não se predispõe à autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência de exame pericial.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 3 de fevereiro de 2021.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito

