



Número: **0800669-57.2020.8.15.0541**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Pocinhos**

Última distribuição : **06/10/2020**

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	
F. L. C. G. (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
CLEMENTINO CANTALICE NETO (REPRESENTANTE)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA registrado(a) civilmente como TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72122697	20/04/2023 10:21	Petição	Petição
72123349	20/04/2023 10:21	2826584_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
72123353	20/04/2023 10:21	2826584_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303888

Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEMENTINO CANTALICE NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16066300

Pag. 00881/00882 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303888

Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLEMENTINO CANTALICE NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01077/01078 - carta_02 - INVALIDEZ

00050539



Carta nº 16080841



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/04/2023 10:21:43

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042010214288400000068006817>

Número do documento: 23042010214288400000068006817

Num. 72123349 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303888

Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEMENTINO CANTALICE NETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01305/01306 - carta_04 - INVALIDEZ

00040653



Carta nº 16137699



LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200303888](#)

Nome do(a) Examinado(a): [FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [RUAGERALDO LOURENÇO DE SOUZA, 3, , Pocinhos/PB](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [Não Informado / Não Informado](#)

Data e local do acidente: [01/03/2020 - /](#)

Data e local do exame: [03/09/2020 - Campina Grande/PB](#)

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[Fratura exposta fíbula direita](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[Limpeza cirúrgica](#)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

[Exame físico sem alterações.](#)

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Não](#)

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Fratura consolidada, sem limitações.

Dr. Valth Meunzes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.654 / CRM-PB 6326
TEOT 15-090
CIRURGIA DO JOELHO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303888 **Cidade:** Pocinhos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE **Data do acidente:** 01/03/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
GALDINO

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta fíbula direita

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Resultados terapêuticos: Realizado limpeza cirúrgica fratura consolidada, sem limitações.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/09/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0235382 20 3 - CPF da vítima: 712.554.494-03 4 - Nome completo da vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE

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

5 - Nome completo: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO 6 - CPF: 712.554.494-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA 3
9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BOUMOS 13 - Estado: PA 14 - CEP: 5815 0000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: CLEMENTINO CANTALICE NETO
18 - CPF do Representante Legal: 033.549.134-76 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTOR
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 041 03 CONTA: 00563287 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinalado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jacu Resende 25.08.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0235382 20 3 - CPF da vítima: 712.554.494-03 4 - Nome completo da vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE

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

5 - Nome completo: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO 6 - CPF: 712.554.494-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA 3
9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BOUMOS 13 - Estado: PR 14 - CEP: 5815 0000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: CECILMENTINO CANTALICE NETO 18 - CPF do Representante Legal: 033.549.134-76 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTOR

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 041 03 CONTA: 00563287 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinalado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jacu Resende 25.08.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCCORRÊNCIA Nº 000109/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000109/20 registrada em 27/07/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e sete dias do mês de julho do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 16:28 horas, compareceu o Sr. CLEMENTINO CANTALICE NETO, com 43 anos de idade, filho de FRANCISCO CANTALICE e IRACEMA RODRIGUES CANTALICE, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAZEIRINHO - PB, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.485.825-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03859913476, residindo à rua GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 03, Q-A, LT-3, bairro ÁREA RURAL, na cidade de POCINHOS - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h40min do dia 01.03.2020, o seu filho menor FÁBIO LEONARDO CANTALICE GALDINO, portador do RG nº 4.764.983-SSP/PB, CPF nº 712.554.494-03, estava caminhando pela Rua Apolinário Costa, na cidade de Pocinhos/PB, quando ao se aproximar do posto de combustíveis, em um momento de distração tentou fazer a travessia da rua, passando ao lado de um caminhão que estava estacionado, momento em que foi atropelado por um veículo de marca, cor, placas e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que ausentou-se do local, sendo o seu filho jogado ao solo, causando-lhe ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, razão pela qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se a vítima sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito a vítima. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 27 de Julho de 2020

CLEMENTINO CANTALICE NETO

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

Elcio Leonardo Cantalice

Elcio



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0238382 20 3 - CPF da vítima: 712.554.494-03 4 - Nome completo da vítima: PABLO LEONARDO CANTALICE

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

5 - Nome completo: PABLO LEONARDO CANTALICE GALDINO 6 - CPF: 712.554.494-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: ARCA RURAL 12 - Cidade: POLINHOS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58150-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: CLEMENTINO CANTALICE NETO 18 - CPF do Representante Legal: 033.544.434-76 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTOR
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00563287 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25.08.20

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SILVANA SANTOS GALDINO
RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 3/00 A LT 3 - AREA RURAL
POCINHOS / PB CEP: 58150000 (AQ 71)
CPF/CNPJ/RAM: 088 278 954-25

Sigla: CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES-MTC-B1 / Subclasse: BARRA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Potência: 7 - 78 - 733 - 630 MP Medidor: 00009120815

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1406013-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014060131

R\$ 41,48	19/06/2020
Jun / 2020	115kWh
FATURAS EM ATRASO	
Mar/20	R\$31,47
Abr/20	R\$41,87

DESCRIPTIVO									
CC	Descrição	Quant	Tarifa e Tributos	Valor Base Calc	Alq	ICMS Base Calc	PIS/PIS-Cofins	FGT	Outros
0001	Consumo até 20kWh-BR	30	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo - 21 a 100kWh-BR	70	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo - 101 a 200kWh-BR	15	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0010	Subsídio			57,95	57,95	27	23,74	57,95	3,70
0007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			8,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 10/2020			1,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 10/2020			1,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2020			1,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	Desenvolvimento Subsídio			59,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 41,48 57,95 23,74 57,95 0,00 3,70

Tarifa e Tributos: 41,48 kWh 0,000000 41,48 kWh 0,000000 41,48 kWh 0,000000

RESERVADO AO FISCO 3a30.68f3.35e2.c32f.64e8.b2d1.a25.9663

Descrição	Valor (R\$)	%
Anterior 14/05/20	2011	0,00
Atual 12/05/20	3016	0,00
Consumo	115kWh	41,47
Perda	20,61	96,98
Constante do medidor	1	0,00
Total	41,48	100,00

PRÓXIMA LEITURA
13/07/2020

*Estimativa pela Média Móvel

MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE OTENSÃO (%)
6,15	0,00	12,30	24,80
3,42	0,00	6,84	13,70
3,03	0,00	6,06	12,30
12,22	0,00	24,44	49,60

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CH e Whatsapp (82) 99135-5540.
- REAVISO: Caso o(a) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/06/2020. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se o cliente não pagar as unidades consumidas para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, de qualquer forma, esse prazo não vale para as faturas já reavisdadas, pois estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$59,70.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - R-230, Km 35 - Cristó Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680

CNPJ 08.095.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.822-0

Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica Nº 045.703-115 - Emissão: 12/06/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta o pagamento a partir de 12/06/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624 912008 16716.168170 1 52910000004148

PAGADOR: SILVANA SANTOS GALDINO - CPF/CNPJ: 088 278 954-25
RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 3/00 A LT 3 - AREA RURAL
POCINHOS / PB CEP: 58150000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120016716168	001406013202020	19/06/2020	R\$ 41,48	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - CNPJ 08.095.183/0001-40
R-230, Km 35 - Cristó Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/04/2023 10:21:43

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042010214288400000068006817

Número do documento: 23042010214288400000068006817

SILVANA SANTOS GALDINO
RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 3/00 A LT 3 - ÁREA RURAL
POCINHOS / PB CEP: 58150000 (AQ 71)

CPF/CNPJ/RAM: 088 278 954-25

Sigla: CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES-MTC-B1 / Subclasse: BARRA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Potência: 7 - 78 - 733 - 630 MP Medidor: 00009120815

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1406013-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014060131

R\$ 41,48	19/06/2020
Jun / 2020	115kWh
FATURAS EM ATRASO	
Mar/20	R\$31,47
Abr/20	R\$41,87

DESCRIPTIVO									
CC	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS/PIS-Cofins (R\$)	FGF (R\$)	Outros (R\$)
0001	Consumo até 20kWh-BR	30	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo - 21 a 100kWh-BR	70	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo - 101 a 200kWh-BR	15	0,000000	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0010	Subsídio			57,95	57,95	27	23,74	57,95	3,70
0007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			8,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA (02/20)			1,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA (02/20)			1,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (02/20)			1,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	Desenvolvimento Subsídio			59,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 41,48 57,95 23,74 57,95 0,00 3,70

Tarifa e Tributos: Atividade 0,000000 Atividade 0,000000 Atividade 0,000000

RESERVADO AO FISCO 3a30.68f3.35e2.c32f.64e8.b2d1.a25.9063

Período	Leitura	Consumo	Valor (R\$)	%
Jun/19	99			
Jul/19	100			
Ago/19	95			
Sep/19	92			
Out/19	94			
Nov/19	92			
Dez/19	100			
Jan/20	100	115kWh	41,48	99,98
Fev/20	119		0,00	0,00
Mar/20	129			
Abr/20	128			
Maio/20	111			
Jun/20	106			

PRÓXIMA LEITURA 13/07/2020

MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE OTENSÃO (%)
6,15	0,00	12,30	24,80
3,42	0,00	6,84	13,70
3,03	0,00	6,06	12,10
12,22			

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CH e Whatsapp (82) 99135-5540.

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/06/2020. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se o cliente não pagar a unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, de qualquer forma, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, pois estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$59,70.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - R-230, Km 35 - Cristóvão Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680

CNPJ 08.095.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.820-0

Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica Nº 045.703-1-5 - Emissão: 12/06/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta o pagamento a partir de 12/06/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624 912008 16716.168170 1 52910000004148

PAGADOR: SILVANA SANTOS GALDINO - CPF/CNPJ: 088 278 954-25

RUA GERALDO LOURENÇO DE SOUZA FILHO, 3/00 A LT 3 - ÁREA RURAL
POCINHOS / PB CEP: 58150000

Nosso nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120016716168	001406013202020	19/06/2020	R\$ 41,48	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - CNPJ 08.095.183/0001-40
R-230, Km 35 - Cristóvão Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/04/2023 10:21:43

https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042010214288400000068006817

Número do documento: 23042010214288400000068006817

04/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 03
PARAÍBA
Governho do Estado

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 04/03/2020

NOME: Crismarcos Rodrigues da Silva



Seu nome aqui
PARAÍBA
Governho do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data da Internação: 01/03/2020

Data da Alta: 04/03/2020

Registro: 2118201

Tempo de Permanência: -18323

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO PERONIO [FIBULA]

Diagnóstico Final:

Principais Exames: FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA Data de Internamento: 01/03/2020 BOA EVOLUÇÃO, CONTINUA TRAT AMBULATORIAL MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DE EGRESSO, QUALQUER ANORMALIDADE VOLTAR ANTES DA DATA PROGRAMADA.

Data:

Equipe:

Cirurgião: HALLISSON BARROS DE ALMEI

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA Data de Internamento: 01/03/2020 BOA EVOLUÇÃO, CONTINUA TRAT AMBULATORIAL MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DE EGRESSO, QUALQUER ANORMALIDADE VOLTAR ANTES DA DATA PROGRAMADA.

Medicações para Casa: ATB + AINH

Condições de Alta: Melhorado

Data: 04/03/2020

Assinatura/Carimbo

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

RESPONSÁVEL: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)





PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/03/2020

Horas: 20:18:06

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2118201 Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014 Sexo: M

Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO Data de Nascimento: 10/02/2006 Admissão: 01/03/2020 DIH - 0

Clinica: PEDIATRIA Enfermaria: 4 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA

DIA 01/03/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA POS RPA	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 12h/12h	22
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	24
4	SAT 5000 UI, IM I.M, 01, USO IMEDIATO	24
5	DIPIRONA GOTAS DE 500 MG/ML 10 ML V.O, 01FRASCO, 8h/8h	24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	S/N
7	FISIOTERAPIA MOTORA	CT
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT
9	DECUBITO MUDANCA	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 01/03/2020 HORA: 20:12:48

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES E FRATURA DE FIBULA SEM DESVIO, SEGUNDO ORIENTAÇÕES DE DR FELIPE MIRANDA. PACIENTE JA DA ALTA DA CIPE E FOI SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NCR CONTUDO O MESMO NÃO ACHOU NECESSÁRIO AVALIAÇÃO

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SAT 5000 UI

AO BLOCO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito de Araujo





GOVERNO
DA PARAÍBA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Fabio Crispim
CRM: 9561 PB
Endereço: Av: Floriano Peixoto, 1045 -
Malvinas
Telefone: (83) 3065-8000
Cidade e UF: Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 28/02/2020

1a. VIA FARMÁCIA

2a. VIA PACIENTE

ASSINATURA

Paciente: BERNADETE LOURDES CARNEIRO

Endereço: RUA: PROJETADA S/N, CAMPINA GRANDE

Prescrição:

Revange, Comprimido revestido (20un) _____ 1 embalagem
Paracetamol 325mg + Cloridrato de tramadol 37,5mg

Tomar 1 comprimido via oral de 8/8 horas, SE DOR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

Endereço:

Telefone:

Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Av. Mal. Floriano Peixoto, 1045 - Malvinas
Campina Grande - PB, 58428-111
Telefone: (83) 3310-5850





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 01/03/2020
Horas da Impressão: 21:44:45
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

9.2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2118201 Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014
Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO Data de Nascimento: 10/02/2006 Sexo: M
Clínica: PEDIATRIA Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE FIBULA + LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA

DIA 01/03/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3 AMPOLA, 0D/7D Diluir em 50 ML SF 1X AO DIA	24

Wagner Luiz Egito de Araujo
Médico Assistente (A)
CRM - PB 8926



Número do Prontuário: 184347

DATA DA CIRURGIA: 01/03/2020

Número do Atendimento: 2118201 Clín: PEDIATRIA / Enf: 4 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data da Internação: 01/03/2020

Atendimento: 2118201

Diagnostico Pré-Operatório: LESÃO EXTENSA DE PERNA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC + TENORRAFIA + SUTURA

Data da Cirurgia: 01/03/2020

Equipe:

Cirurgião: HALLISSON BARROS DE ALMEI

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: COSTA

Anestesista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 OBSERVADO GRANDE QUANTIDADE DE SUJIDADE + LAVADO EXAUSTIVO COM SF(0,9%)

05 LESÃO TOTAL DE NERVO SURAL + LESÃO TOTAL DE TENDÃO EXTENSORES DOS DEDOS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

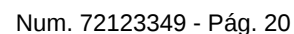
Data: 01/03/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz E de Araujo

Wagner Luiz E de Araujo
Cirurgião - R. 11000
CRM - PB 3026



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE



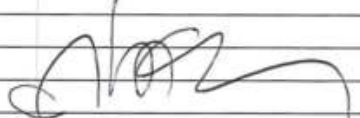


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Fábio Leonardo Cavallace Galdino	Idade:	34 anos
Convênio:		Data:	21/05/20
Procedimento:	LME + tomografia + sutura em lesão em tusa perua (E)		
Cirurgião:	Dr. Hashimori	Auxiliar:	Dr. Wagner
		Anestesista:	Dr. Cocoro
Início:	20:15	Término:	21:15
		Anestesia:	Ragun

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

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

*Alta
RPA*


Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Fabio Leonardo Santalise, galdino DU: 10/02/2006					
QI	LEITE Sala 03	CONVÊNIO SUA	IDADE 14 anos	REGISTRO 2118174	 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA tratamento cirúrgico de lesão extensa em Perna D + Sutura			CIRURGIÃO Dr. Hallison + Dr. Wengen Louiz		
ANESTESIA Raquel			ANESTESIA Dr. Sécundo Alcantar + Dr. Felipe Fraine		
INSTRUMENTADORA		DATA 01/03/2020	INÍCIO 20:15	FIM 21:45	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
			Calef. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
			Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
			Compressa Pequena		Catgut Simples
			Cotonoide		Catgut Simples Sertix
			Dreno		Catgut Simples Sertix
			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
			Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
			Dreno Pezzer nº		Ethibond
			Equipo de Macrogotas		Ethibond
			Equipo de Macrogotas		Ethibond
			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
			Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
			Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak
			Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
			H ₂ O ₂ ml	07	Mononylon 2.0 1:1
			Intracath Adulto		Mononylon
			Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
02			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
01			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
02			Luvas 7.0	02	Vicryl Serfix 1:1
02			Luvas 7.5		Vicryl Serfix
02			Luvas 8.0		Vicryl Serfix
			Luvas 8.5		
			Oxigênio l/m		
			Poliflix		
			PVPI Degemante ml		
			PVPI Tópico ml.		
			Sabão Antisséptico	10	SG Normotérmico fr 500 ml p/ procedimentos
			Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
			Seringa desc. 20 ml	01	SG Ring fr 500 ml
			Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml
			Sonda		
			Sonda folley		
			Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
			Gelcon 18		
			Latex		
01	40x12 05 elctrodes			EQUIPAMENTOS	
01	25 70%			☒ Oxímetro de Pulso	
05	20 cm			☐ Serra	
03	20 cm			☐ Desfibrilador	
				☒ Foco Frontal	
				☐ Fonte de Luz	
				☐ Foco Auxiliar	
				☐ Eletrocautério	
				☐ Oxícapígrafo	
				☒ Cardiomonitor	
				☐ Perfurador Elétrico	
01	Algodão esterilizado			CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
				Técnica de Enfermagem	
				COREN/PB - 577781	

MOD 066



Num. 72123349 - Pág. 24

02/03/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-03-02&contar=2118201&IDC=94690

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/03/2020

Horas: 08:50:49

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2118201 Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014 Sexo: M

Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO Data de Nascimento: 10/02/2006 Admissão: 01/03/2020 DIH - 1

Clinica: PEDIATRIA Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA

DIA 02/03/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo / MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

9-2

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 12h/12h	10 20
	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 1D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 24
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 1D/7D Diluir em 50 ML SF 1X AO DIA	24 24
5	DIPIRONA GOTAS DE 500 MG/ML 10 ML 2 V.O, 01FRASCO, 8h/8h	14 20 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	S/N
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	clz
9	DECUBITO MUDANCA	clz
10	CURATIVOS	cte

EVOLUÇÃO

DATA: 02/03/2020 HORA: 08:50:06

ORTOPEDIA

1 DPO

ESTAVEL, AO LEITO

DOR +
FEBRE -
NV OK
FO: SANGUE
EDEMA +

SOL: EX LABORATORIAIS

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Treinista Ortopedista
CPR: 03.078.784-20

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

Por favor, fazer Pseudo da Gentamicina



03/03/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-03-03&contar=2118201&IDC=95005

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/03/2020

Horas: 08:51:22

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2118201 Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO Idade: 014 Sexo: M

Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS GALDINO Data de Nascimento: 10/02/2006 Admissão: 01/03/2020 DIH - 2

Clínica: PEDIATRIA Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE FIBULA + LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA

DIA 03/03/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE ORAL	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 2D/7D Diluir em 50 ML SF 1X AO DIA	
5	DIPIRONA GOTAS DE 500 MG/ML 10 ML V.O, 01FRASCO, 8h/8h	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 12/12H CASO NAUSEAS/VOMITOS	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	DECUBITO MUDANCA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 03/03/2020 HORA: 08:51:02

ORTOPEDIA

2º DPO

ESTAVEL, AO LEITO

DOR +
FEBRE -
NV OK
FO: SANGUE
EDEMA +

CD: VPM

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

FALTA LAUDO CEFTRIAXONA

04-03-2020 Paciente evoluiu bem
BOM CURATIVO
sem hospitalizar

582.4.

Dr. Crismar Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 33.343

18/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-03-03&contar=2118201&IDC=95005

1/1



04/03/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 04/03/2020
NOME : Crismarcos Rodrigues da Silva



PARAÍBA
Governo do Estado



Serviu Melhor
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

Data da Internação: 01/03/2020

Data da Alta: 04/03/2020

Registro: 2118201

Tempo de Permanência: -18323

Diagnóstico Inicial: FRATURA DO PERONIO [FIBULA]

Diagnóstico Final:

Principais Exames: FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA Data de Internamento: 01/03/2020 BOA EVOLUÇÃO, CONTINUA TRAT AMBULATORIAL MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DE EGRESSO, QUALQUER ANORMALIDADE VOLTAR ANTES DA DATA PROGRAMADA.

Data:

Equipe:

Cirurgião: HALLISSON BARROS DE ALMEI

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): FRATURA DE FIBULA + LESAO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PERNA DIREITA Data de Internamento: 01/03/2020 BOA EVOLUÇÃO, CONTINUA TRAT AMBULATORIAL MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO DE EGRESSO, QUALQUER ANORMALIDADE VOLTAR ANTES DA DATA PROGRAMADA.

Medicações para Casa:: ATB + AINH

Condições de Alta:: Melhorado


Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
MEDICO - CRM 3335

Data: 04/03/2020

Assinatura/Carimbo
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

RESPONSÁVEL : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ CONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	FABIO LEONARDO SANTALICE										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS: *Shrapelmento / Fratura em perna (E)*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: *Rx de perna (E) Ale. Refl.*

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐
DATA: <i>01/03/2020</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

RAIO X
REALIZADO EM:
01/03/2020

Dr. Yuri M. N. Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB 10556

MOD. 002



[Faint, illegible text from a scanned document, possibly a letter or report, with some visible ink smudges and a vertical line on the left side.]





GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Fábio Leonardo Complicke	Prontuário	Ala	Pediatria	Leito	2	Enfermaria	9
Data	-Hora		Data	Hora				
02.03.20	Tarde	Paciente em EGR, acordado, contactante, eufórico, bem-estarado, no pós-operatório de cirurgia da perna esquerda. ED: movimentos ativos livre e resistido do tornozelo esquerdo na posição dorsiflexão (30° nacaleção); mov. ativo global; orient. gerais; reabilitação	04/03/20	Manhã	Paciente evoluindo em EGR eufórico, calvo, gástrico. Resp. esp. em O ₂ ambiente. Sinal forte de amplitude no HTEI Fx fíbula; ed. linfostática ativa 3ox + posicionamento + O ₂ gerais para Hosp.			
03.03.	M	Paciente em estado geral regular, no pós-operatório de cirurgia da perna esquerda; faixa compressiva e euatômica; pou-fachante, acordado, normotensionado, hidratado. ED: mov. ativo livre do tornozelo esquerdo; mov. de dedos;						



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Enf/Leito:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual?

Doença () ASMA () DM

() Neoplasia () Outros: _____

Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;

Curativo em: 02/03/2020

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

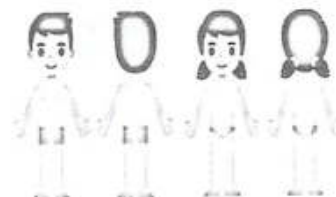
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
14:00	136	36,4	84	94%	-	-	-	-	-		SOG/SNG/SNE	
24:00	-	36,5	82	98%	-	-	-	-	-		SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



0:00h. Realizado Curativo por enfermeira -
 6:00 - banho, repouso dor, medicação c.p. médica



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS		CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO	() HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA	() DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL
	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS	() CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA	() BATIMENTO DE ASA DE NAZIR () ORTOPNEIA () OUTRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() OUTROS	() RELATO VERBAL DE DOR	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS	() TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA	() HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE	() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() CIRCULAÇÃO PREJUDICADA
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	() RISCO DE DESEQUILÍBIO ELÉTRICO	() ASCTE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA	() DRENOS () OUTROS
	() RISCO DE	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	() RISCO DE	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS
OUTRO		APRAZAMENTO		RESULTADOS ESPERADOS	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO		RESULTADOS ESPERADOS	
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANÇADA		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() MANUTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR <95%		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() OBSERVAR A FERIDA E INSCRIÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOSTICOS		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ALCOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO		() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO	
OUTRO		APRAZAMENTO		RESULTADOS ESPERADOS	

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERAMAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

8.03.2020
Liliana Barbosa de Albuquerque
Enfermeira
COREN 323655



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Enf/Leito

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias ()

Qual?

Doença () ASMA () DM

() Neoplasia () Outros: _____

Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

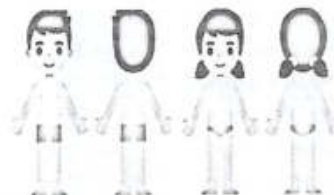
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
04:30		36,0	98	98							SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ex: 30 minutos do e.e. fx. da fíbula (E).



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

8. DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL	
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS	
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO- RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE	
RISCO DE DESEQUILÍ- BRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS		
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL () AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR			() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ () MELHORA DA AACEITAÇÃO ALIMENTAR
() MANUTER ONIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR <95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA			() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO			() CONTROLE DA DOR (MELHO- RADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)			() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			() DIMINUIR O RISCO DE INFEC- ÇÃO
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ☐ SIM ☐ NÃODIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ☐ SIM ☐ NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ☐ SIM ☐ NÃOTERAPIA INTRAVENOSA? ☐ SIM ☐ NÃO ESTADO MENTAL? ☐ AGITADO ☐ DISTÚRBO NEUROLÓGICOPOSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ☐ SIM ☐ NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Enf/Leito: _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () ASMA () DM
() Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	() DESIDRATAÇÃO () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	() ABDOME DISTENDIDO () ANOREXIA () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL	
NUTRIÇÃO DESE- QUILIBRADA	() CAVIDADE BUCAL FERIDA () DIARRÉIA () OUTRO () DOR ABDOMINAL () MUCOSAS PÁLIDAS	() FATORES BIOLÓGICOS () OUTROS () CAPACIDADE PREJUDICADA DE INGERIR ALIMENTOS	
PADRÃO RESPIRA- TÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO- RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE	
RISCO DE DESEQUILÍ- BRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS		
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL () AFERIR GLICEMIA CAPILAR E REGISTRAR			() OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ () MELHORA DA ADEQUAÇÃO ALIMENTAR
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR <95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		cpm	() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ () CONTROLE DA DOR (MELHO- RADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE- SULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS () REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)			() MANUTENÇÃO DA TEMPERA- TURA CORPORAL DENTRO DOS LI- MITES FISIOLÓGICOS () MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR A FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS () REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSI- TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO			() DIMINUIR O RISCO DE INFEC- ÇÃO
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

*Suelio
20/04/2023*



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Idade: Sexo Enf/Leito

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () ASMA () DM
() Neoplasia () Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: () NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida; Curativo em: / /

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

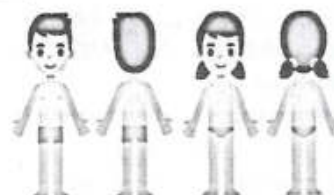
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fabio Leonardo Idade: 14A Sexo: M Enf/Leito: 9-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () ASMA () DM
() Neoplasia () Outros: _____ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: frat. fíbula

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: (X) COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS SONO / REPOUSO: (X) PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
10:45		36	84	97						<u>[assinatura]</u>	SOG/SNG/SNE	
21h		36	96	97						<u>[assinatura]</u>	SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Obs. Realizado exame
avaliação sanguínea R.O

[assinatura]
Mônica Gonçalves de Lima
Enfermeira
Unidade de Enfermagem
Data: 20/04/2023



01/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



PARAÍBA

Governo do Estado

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2118174 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 01/03/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: FABIO LEONARDO

CEP:58150000

Nascimento:10/02/2006

CANTALICE GALDINO

Sexo:M

Telefone: 93911797

Endereço:GERALDO LOURENCO DE SOUSA

Idade:014

Bairro:CENTRO

Cidade: Pocinhos

RG: -

Nº:13

Nome da Mãe: SILVANA DOS SANTOS

CPF: -

Profissão:ESTUDANTE

GALDINO

Responsável: SILVANA

Data de

CNS:9554758

Estado Civil:Solteiro(a)

Atend:01/03/2020

CONVÊNIO:SUS

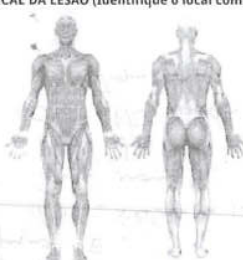
Hora: 19:14:04

Mecanismo de Lesão: ATROPELAMENTO POR MOTO

OBS FICHA

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entesmo 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. Otiorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Queimadura
33. Rinite
34. Rinite
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Amputação / Trauma Mies.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Membro superior amputado, esc. 1º, contuso
e trauma leve, trauma = trauma leve, trauma
do membro = MTD, lesão trauma no MTD
(EXTRA)

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 14 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Gipe / às : Dia / /

Especialista: Dina / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	S.F. 0,01. 1000 ()	
2		
3	Dina ()	
4	1000 ()	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
01/03/2020

Dr. Ronaldo Guedes
CRM: 4739
Cirurgia Geral

stohcg/impreclassi.php?contar=2118174&dataatend=2020-03-01&horaatend=19:14:56

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/04/2023 10:21:43

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042010214288400000068006817

Número do documento: 23042010214288400000068006817

Num. 72123349 - Pág. 40

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

CIBB:

Paciente atenu. de atropelamento com
nos sinais físicos, estável hemodinamicamente.
glossa de 15. Presença de fratura exposta em
perna E.

ABD: flácida e indolor a palpação.
Tórax normal

Sem dor a mobilização de quadril.

CO: Alta de CIBB, em cuidados de
ortopedia.

Arthur de Andrade Sales
MED
CRM-SP 077

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

- () Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () A reavaliação
() Internação (setor) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

Wilson N. S. Santos Coladino
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

01/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 01/03/2020

Paciente: **FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO** Idade: **014** N° ATEND: **2118174**

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 01/03/2020 HORA : 19:14:56

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ATROPELAMENTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : POR MOTO

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

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

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Miranda
02/03/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-098




Clementino cantalice Neto

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.485.825 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 16/04/2019

NOME CLEMENTINO CANTALICE NETO

FILIAÇÃO FRANCISCO CANTALICE
IRACEMA RODRIGUES CANTALICE

NATURALIDADE JUAZEIRINHO-PB DATA DE NASCIMENTO 18/04/1977

DOC ORDEM NASC.N.2208 FLS.298V LIV.A2
CARTORIO JUAZEIRINHO-PB

CFF 038.599.134-76

Assinado eletronicamente

LBI Nº 7.116 DE 08/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-098

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Fábio Leonardo Cantalice Galdino

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DERAL 4.764.983 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/06/2019

NOME FÁBIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

FILIAÇÃO CLEMENTINO CANTALICE NETO
SILVANA DOS SANTOS GALDINO

NATURALIDADE POCINHOS-PB DATA DE NASCIMENTO 10/02/2006

DOC ORIGEM NASC.N.18177 FLS.97V LIV.A18
CARTORIO POCINHOS PB

CPF 712.554.494-03

Assinatura do Diretor

Carimbo do Departamento de Identificação



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238382/20

Vítima: FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO

CPF: 712.554.494-03

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 01/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO LEONARDO
CANTALICE GALDINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEMENTINO CANTALICE NETO : 038.599.134-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO : 712.554.494-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/08/2020
Nome: CLEMENTINO CANTALICE NETO
CPF: 038.599.134-76

CLEMENTINO CANTALICE NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/08/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE POCINHOS/PB

Processo: 08006695720208150541

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIO LEONARDO CANTALICE GALDINO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respetivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.



Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POCINHOS, 18 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/04/2023 10:21:44
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042010214399100000068006821>
Número do documento: 23042010214399100000068006821