



Número: **0800293-37.2021.8.15.0541**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Pocinhos**

Última distribuição : **26/03/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.100,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                                                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                 |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| MAURICIO DA SILVA (AUTOR)                                                                        |                    | KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (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              |
| 74732832                                                                                         | 14/06/2023 13:39   | <a href="#">Petição</a>                                       | Petição           |
| 74732833                                                                                         | 14/06/2023 13:39   | <a href="#">2832044_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a> | Outros Documentos |
| 74732834                                                                                         | 14/06/2023 13:39   | <a href="#">2832044_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>       | Outros Documentos |

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200370214

Vítima: MAURICIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAURICIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Boletim de ocorrência</b> | Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado. |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01423/01424 - carta\_03 - INVALIDEZ

00030712



Carta nº 16237550



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:22

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392206500000070419296>

Número do documento: 23061413392206500000070419296

Num. 74732833 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200370214

Vítima: MAURICIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAURICIO DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01375/01376 - carta\_02 - INVALIDEZ

00020688



Carta nº 16336733



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:22

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392206500000070419296>

Número do documento: 23061413392206500000070419296

Num. 74732833 - Pág. 2



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

**Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200370214**

**Vítima: MAURICIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAURICIO DA SILVA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 14,14    |
| Total creditado: | R\$ 2.376,64 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MAURICIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.376,64**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000528067-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 28/01/2021 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.376,64 |
|--------------|----------|

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000528067-8

---

---

Nr. da Autenticação C6127898A9F0F0E1



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200370214 **Cidade:** Puxinanã **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURICIO DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2020 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/01/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG.2/5\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |





# 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: 029.2498120 3 - CPF da vítima: 016.290.164-03 4 - Nome completo da vítima: MAURICIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: MAURICIO DA SILVA 6 - CPF: 016.290.164-03  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO VARZEA DA BARRIGUDA 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: PUXINANÃ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58115000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 986132528

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00528067 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(vainhas)? ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta sem ter sido excluído, 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.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 05/10/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001.00000000





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 044643.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044643.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 08:10 min do dia 10/07/2020, na Delegacia Online, **Mauricio da Silva**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agricultor, natural de Puxinanã, nascido(a) em 30/09/1988, idade 31, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de Avaniza Federalina da Silva e Luiz Heleno Da Silva, CPF 016.290.164-03, residente e domiciliado(a) no(a) sítio, bairro Área Rural, na cidade de Puxinanã/PB. CEP: 58115000, telefone(s) 83986132528, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 22/05/2020 06:30h; Tipificação: **Acidente de trânsito sem vítima**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: rua, centro, Puxinanã/PB.

**Veículo(s) Envolvido(s)**

**Veículo** - Montadora: Honda. Modelo: CG150 FAN ESDI. Cor: PRATA. Placa: OEV-4832. Chassi: 9C.2K.C1680.F.R.558988.

**Condutor** - Nome: MAURICIO DA SILVA. Telefone: 83986132528. Estado: Paraíba. Cidade: Puxinanã. Bairro: ÁREA RURAL. Logradouro: SÍTIO..

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Trafegava na motocicleta acima descrita, com destino a cidade de Puxinanã, momento que derrapou a sua motocicleta, perdendo o controle de direção do veículo. Quando o pneu da moto estourou, causando a derrapagem da motocicleta. Não houve colisão.

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

  
Mauricio da Silva

A1179F7C1789C4AB92A8BB548D13415B

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





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



OCORRÊNCIA Nº 000248/20

### 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 000248/20 registrada em 06/11/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de novembro 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, ai, por volta das 09:15 horas, compareceu o Sr. MAURÍCIO DA SILVA, com 32 anos de idade, filho de LUIZ HELENO DA SILVA e AVANIZA FEDERALINA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 36613162ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01629016403, residindo à rua SÍTIO VÁRZEA DA BARRIGUDA, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de PUXINANÃ - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 06h30min do dia 22.05.2020, estava trafegando pela Rua Justino Alves, na área central da cidade de Puxinanã/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano/modelo 2014/2015, de cor prata, chassi nº 9C2KC1680FR558988, de placa OEV-4832/PB, licenciado em nome de Genilson da Silva, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após o pneu da moto estourar, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário medico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, sendo o local pouco iluminado, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran, pois não foram solicitados. 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, Sexta-feira, 6 de Novembro de 2020

*Maurício da Silva*

MAURÍCIO DA SILVA

Declarante

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

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



# 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: 029.2498/20 3 - CPF da vítima: 016.290.164-03 4 - Nome completo da vítima: MAURICIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: MAURICIO DA SILVA 6 - CPF: 016.290.164-03  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO VAREGA DA BARRIGUOA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: POXIMANA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58115000  
15 - E-mail: (83) 986132528

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00528067 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição. Quando cliente, 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 - Imprimante digital da vítima ou beneficiário não assinou:  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pará Pessoa PB 05/10/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 versão 2/2019





Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

|                                                          |                 |                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| DATA: 22/5/2020                                          | HORA: 07:13 HRS | ID Nº: 2005220023 |
| NOME: MAURÍCIO DA SILVA                                  |                 |                   |
| QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO                             |                 |                   |
| LOCAL: RUA JUSTINO ALVES - PUXINANÃ                      |                 |                   |
| COMPLEMENTO:                                             |                 |                   |
| CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB                              |                 |                   |
| <b>DADOS DA REMOÇÃO</b>                                  |                 |                   |
| Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma |                 |                   |
|                                                          |                 |                   |

Campina Grande, 14 de julho de 2020.

*P. F. Nascimento* MAT. 14393  
Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



LUANA MARIA DA CONCEIÇÃO  
ST VAPZEADA BARRICAUA, S/N - ÁREA RURAL  
PUMMANÁ/PB CEP: 58115000 (AG. 71)

CPF/CNPJ/RRA: 050 085 894-26

Grupo: CONVENCIONAL BARRICAUA / Subgrupo: B1  
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BARRICAUA OPC  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 17-79-841-820 Nº Medidor: 60008499711



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
5/1588937-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015889371

VALOR DA FATURA  
**R\$ 10,70**

VENCIMENTO  
**03/07/2020**

REFERÊNCIA  
**Jun / 2020**

CONSUMO  
**61kWh**  
2,10 kWh  
MÉDIA DE FÁCIL  
LEITURA  
CONFIRMAÇÃO

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mar/20 R\$12,91  
Mar/20 R\$10,11  
Fev/20 R\$15,41  
Nov/19 R\$35,00  
Out/19 R\$48,00  
+ S.C. ONTA 2 R\$560,00

DESCRIPTIVO

| CC   | Descrição                | Quant | Taxa C/ Tributos | Valor Base Calc. Total (R\$) | Alq. ICMS ICMS (R\$) | ICMS Base Calc. (R\$) | ICMS ICMS (R\$) | FGC sobre ICMS (R\$) | FGC sobre ICMS (R\$) | FGC sobre ICMS (R\$) | FGC sobre ICMS (R\$) |
|------|--------------------------|-------|------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 0001 | Consumo até 300kWh SR    | 30    | 0,000000         | 0,00                         | 0,00                 | 0                     | 0,00            | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 |
| 0001 | Consumo até 300kWh SR    | 31    | 0,000000         | 0,00                         | 0,00                 | 0                     | 0,00            | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 |
| 0010 | Subsídio                 |       |                  | 32,38                        | 0,00                 | 0                     | 0,00            | 32,38                | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 |
| 0007 | LANÇAMENTO DE SERVIÇOS   |       |                  | 0,00                         | 0,00                 | 0                     | 0,00            | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 |
| 0006 | Desenvolvimento Subsídio |       |                  | -21,87                       | 0,00                 | 0                     | 0,00            | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 | 0,00                 |

|                                     |            |          |            |          |       |      |      |
|-------------------------------------|------------|----------|------------|----------|-------|------|------|
| CCT Código de Classificação do Item | TOTAL      | 10,70    | 0,00       | 0,00     | 32,38 | 0,00 | 0,00 |
| Tarifa s/ Tributos                  | Até 300kWh | 0,000000 | Até 100kWh | 0,000000 |       |      |      |

RESERVADO AO FISCO 1319.2247.mfId.7902.e137.79e0.f6007.fac0

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| LEITURAS    | Descrição                       | Valor (R\$) | %     |
|-------------|---------------------------------|-------------|-------|
| Jul/19 38   | Serviço de Dist. da Energisa PB | 0,01        | 0,09  |
| Agos/19 112 | Comp. de Energia                | 0,00        | 0,00  |
| Set/19 81   | Serviço de Transmissão          | 0,00        | 0,00  |
| Out/19 38   | Encargos Setoriais              | 10,68       | 99,91 |
| Nov/19 38   | Imposto de Overl. e Encargos    | 0,00        | 0,00  |
| Dez/19 78   | Outros Serviços                 | 0,00        | 0,00  |
| Jan/20 79   |                                 |             |       |
| Fev/20 54   |                                 |             |       |
| Mar/20 41   |                                 |             |       |
| Abr/20 67   |                                 |             |       |
| Mai/20 61   |                                 |             |       |
| Jun/20 77   |                                 |             |       |
| Média       |                                 |             |       |

\* Aumento pela média máxima

PRÓXIMA LEITURA  
27/07/2020

INDICADORES DE QUALIDADE

| MÉTRICA                                                   | MENTAL | APURADO TRIMEST. | ANUAL | LIMITE DE TENSÃO (M) |
|-----------------------------------------------------------|--------|------------------|-------|----------------------|
| Horas que o cliente ficou sem energia - HIC               | 11,58  | 0,00             | 23,19 | 48,48                |
| Horas que o cliente ficou sem energia - FIC               | 7,74   | 0,00             | 15,48 | 30,96                |
| Duração da maior interrupção de energia no período - LAMC | 0,29   |                  |       |                      |
| Duração da interrupção individual em dia crítico - DDCR   | 16,80  |                  |       |                      |

ATENÇÃO

Para garantir a qualidade do serviço, a FASE foi criada para o cliente, de 24 de setembro de 2019.  
Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: Site, App Energisa ON e WhatsApp (83) 99135-5540.  
Além das faturas em atraso acima, existe(m) 4 fatura(s) no montante de R\$ 253,37 (relativa) a (s) período(s) anterior(es).  
REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 31/07/2020. Condição: Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não eliminará a suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam devidamente comprovadas. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem. ESTE REAVISO VÁLIDO PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer imediatamente ao fim do prazo conferido na Resolução 414/ANEEL. Fatura(s) esta(s) a inclusão em dívida de proteção ao crédito no caso de inadimplência.  
Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$31,67.  
Leitura confirmada.

PRÉSTIO DE BASTA: REGISTRO DE ENERGISA: B-230, Km 25 - Lado Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 51150-000





Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Data da Impressão: 22/05/2020  
Horas da Impressão: 13:00:59  
Médico (a) Diarista : Joao Paulo Oliveira Nunes

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2158030 Paciente: MAURICIO DA SILVA Idade: 031  
Nome da Mãe: AVANIZA PEDERALINA DA SILVA Data de Nascimento: 30/09/1988 Sexo: M  
Clínica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: 2 Leito: 2 Diagnóstico: *trauma*

DIA 22/05/2020

| Item | Prescrição                                                                                                                       | Aprazamento         |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1    | DIETA ZERO                                                                                                                       |                     |
| 2    | DIETA LIVRE A CRITERIO                                                                                                           |                     |
| 3    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)                                                                    | <i>ct</i>           |
| 4    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V,<br>01FRA AMP, 12h/12h 0D/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | <i>18</i> <i>cf</i> |
| 5    | GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 03AMPOLA, 24h/24h (ADM<br>AS 14h)<br>Diluir em 50 ML SF                                 |                     |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                     | <i>18</i> <i>cf</i> |
| 7    | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)<br>Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO                                             | <i>cf</i>           |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)                                                               | <i>cf</i>           |
| 9    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE<br>NECESSARIO<br>Diluir em 100 ML SF                                  | <i>SN</i>           |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                                  | <i>ct</i>           |
| 11   | CURATIVOS                                                                                                                        | <i>cf</i>           |

Dr. João Paulo  
MEDICINA DO TRABALHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9551



Número do Prontuário: 192068 DATA DA CIRURGIA: 22/05/2020

Número do Atendimento: 2158030 Clín: CENTRO CIRURGICO / Enf: 2 / Lei: 2

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MAURICIO DA SILVA

Data da Internação: 22/05/2020

Atendimento: 2158030

Diagnostico Pré-Operatório: FRTA EXPOT DE TIBIA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 22/05/2020

Equipe:

Cirurgião: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: Descrição da Operação:

Paciente em DDH

Antissepsia cirúrgica

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão infra-patelar esq

Passagem de fio guia sob radioscopia

Fresagem tibial ate numero 9

Inserção de haste tibial 320x9mm

Realizado 2 bloqueios distais e 2 proximais

Sutura por planos

Curativo estéril

Rx controle

A urpa

Data 22/05/2020

Assinatura/Carimbo  
Joao Paulo Oliveira Nunes

João Paulo  
OLIVEIRA NUNES  
ORTOPEDIA  
CRM/PA 9551



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                                  |       |                      |                                 |                  |  |                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|---------------------------------|------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE: <b>Maurício da Silva DN 30-09-88</b>                   |       |                      |                                 |                  |  |  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b><br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE<br>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |
| QI                                                               | LEITE | CONVENIO             | IDADE                           | REGISTRO         |  |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                  |       | <b>SUS</b>           | <b>31</b>                       | <b>815630</b>    |  |                                                                                                                                                                                                              |
| CIRURGIA <b>Trat. cirurg. c/fix. de fratura de tíbia e fêmur</b> |       |                      | CIRURGIÃO <b>Dr. João Paulo</b> |                  |  |                                                                                                                                                                                                              |
| ANESTESIA <b>Rafael</b>                                          |       |                      | ANESTESIA <b>Dr. Macilão</b>    |                  |  |                                                                                                                                                                                                              |
| INSTRUMENTADORA <b>Norma</b>                                     |       | DATA <b>22-05-20</b> | INICIO <b>11:30</b>             | FIM <b>13:00</b> |  |                                                                                                                                                                                                              |

| Qtd.        | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS    | Bolsa Colostoma                  | Qtd.        | FIOS                      | CÓDIGO                 |
|-------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|
|             | Adrenalina amp.             | Calel. p/ Óxg.                   |             | Catgut cromado Sertix     |                        |
|             | Atropina amp.               | Catet. De Urinar Sist. Fech.     |             | Catgut cromado Sertix     |                        |
| <b>01</b>   | Diazepam amp.               | Compressa Grande                 |             | Catgut cromado Sertix     |                        |
| <b>01</b>   | Dimor amp.                  | Compressa Pequena                |             | Catgut Simples            |                        |
|             | Dolantina amp.              | Cotoncoide                       |             | Catgut Simples Sertix     |                        |
|             | Efrane ml                   | Dreno                            |             | Catgut Simples Sertix     |                        |
|             | Fenegan amp.                | Dreno Kerr nº                    |             | Catgut Simples Sertix     |                        |
|             | Fentanil ml                 | Dreno Penrose nº                 |             | Cera p/ osso              |                        |
|             | Inova ml                    | Dreno Pezzer nº                  |             | Ethibond                  |                        |
|             | Ketalar ml                  | Equipo de Macrogotas             |             | Ethibond                  |                        |
|             | Nubahin amp.                | Equipo de Macrogotas             |             | Ethibond                  |                        |
|             | Pavulon amp.                | Equipo de Sangue                 |             | Fio de Algodrão Sertix    |                        |
|             | Protigmine amp.             | Equipo de PVC                    |             | Fio de Algodrão Sertix    |                        |
|             | Protóxido l/m               | Espadrapo Larco cm               |             | Fio de Algodrão Sutupak   |                        |
|             | Quelicin ml                 | Furacim ml                       |             | Fio de Algodrão Sutupak   |                        |
|             | Rapifen amp.                | Gase Pacote c/ 10 unidades       |             | Fila cardíaca             |                        |
|             | Thionembutal ml             | H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml | <b>03</b>   | Mononylon                 | <b>2-0</b>             |
|             | Tracrium amp.               | Intracath Adulto                 |             | Mononylon                 |                        |
|             |                             | Intracath Infantil               |             | Prolene Sertix            |                        |
| <b>01</b>   | Água Destilada amp.         | Lâmina de Bisturi nº 23          |             | Prolene Sertix            |                        |
| <b>02</b>   | Decadron amp.               | Lâmina de Bisturi nº 11          |             | Prolene Sertix            |                        |
| <b>01</b>   | Dipirona amp.               | Lâmina de Bisturi nº 15          |             | Prolene Sertix            |                        |
| <b>01</b>   | Flaxidol amp.               | Luvas 7.0                        |             | Vicryl Sertix             |                        |
| <b>01</b>   | Flaxidol amp.               | Luvas 7.5                        |             | Vicryl Sertix             |                        |
| <b>01</b>   | Flaxidol amp.               | Luvas 8.0                        | <b>01</b>   | Vicryl Sertix             | <b>0</b>               |
| <b>01</b>   | Flaxidol amp.               | Luvas 8.5                        |             |                           |                        |
|             | Glicose amp.                | Oxigênio l/m                     | <b>2</b>    |                           |                        |
|             | Glucon de Cálcio amp.       | Poliflix                         |             |                           |                        |
|             | Haemacel ml                 | PVP/ Degemante ml                |             |                           |                        |
|             | Heparema ml                 | PVP/ Gorm                        |             |                           |                        |
|             | Kanakion amp.               | Sabão Antisséptico               | <b>03</b>   | SG Normotérmico fr 500 ml | <b>01</b> <b>lauro</b> |
|             | Lasix amp.                  | Saco coletor                     |             | SG Gelado fr 500 ml       |                        |
| <b>01</b>   | Medrothinazol.              | Seringa desc. 10 ml              | <b>02</b>   | SG Hipertérmico fr 500 ml |                        |
| <b>01</b>   | Protilam                    | Seringa desc. 20 ml              | <b>01</b>   | SG Ringr fr 500 ml        |                        |
| <b>01</b>   | Protilam                    | Seringa desc. 05 ml              |             | SG fr 500 ml              |                        |
|             | Revivan amp.                | Sonda                            |             |                           |                        |
|             | Stuptanon amp.              | Sonda folley                     | <b>Qtd.</b> | <b>ORTESE E PRÓTESE</b>   |                        |
| <b>02</b>   | Cefalotina 1g               | Sonda Nasogátrica                |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Cefazolin                   | Sonda Uretral nº                 |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Cefazolin                   | Sterydrem ml                     |             |                           |                        |
|             |                             | Tomeirinha                       |             |                           |                        |
| <b>Qtd.</b> | <b>MATERIAIS / SOLUÇÕES</b> | Vaselina ml                      |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Agulha desc. 25 x 7         | Gelcon 18                        |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Agulha desc. 28 x 28        | Latese                           |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Agulha desc. 3 x 4,5        |                                  |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Agulha p/ raque nº          |                                  |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Álcool de Enfermagem        |                                  |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Álcool Iodado ml            |                                  |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Ataduras de Crepon          |                                  |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Ataduras de Gessada         |                                  |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Azul metileno amp.          |                                  |             |                           |                        |
| <b>01</b>   | Betadine ml                 |                                  |             |                           |                        |

| EQUIPAMENTOS                                          |                                                   |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar            |
| <input type="checkbox"/> Serra                        | <input type="checkbox"/> Eletrocautério           |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador                | <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal      | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz                 | <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico      |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
**Dr. João Paulo**  
Cirurgião Geral

MOD 066

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:22  
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392206500000070419296

[illegible]





## FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

|                                        |                                              |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| PACIENTE: <u>Maurício da Silva</u>     | IDADE: <u>31a</u>                            |
| DATA DE CHEGADA NO CC: <u>22/05/20</u> | HORA: <u>11:15</u>                           |
| CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Urgência</u>   | CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: <u>Dr. João Paulo</u> |

## ACOLHIMENTO

|                                        |                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESTADO GERAL:                          | ( ) GRAVE ( ) COMPROMETIDO ( ) REGULAR (X) BOM                                                                                      |
| PREPARO:                               | (X) JEJUM TEMPO DE JEJUM: <u>4h</u> ( ) RETIRADA DE PRÓTESES (X) RETIRADA DE ADORNOS                                                |
| ACESSO VENOSO:                         | ( ) SIM ( ) NÃO (X) AVP ( ) AVC LOCAL:                                                                                              |
| VENTILAÇÃO:                            | (X) AR AMBIENTE ( ) M.V. ( ) INTUBADO ( ) TQT                                                                                       |
| ANTECEDENTES:                          | ( ) HIPERTENSÃO ( ) DIABETES ( ) DOENÇA RENAL ( ) AVC ( ) MARCAPASSO ( ) CONVULSÃO<br>( ) TABAGISTA<br>( ) ISOLAMENTO DE: DEVIDO À: |
| MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:            | ( ) SIM (X) NÃO NOMES:                                                                                                              |
| RESERVAS SANGÜÍNEAS:                   | ( ) SIM (X) NÃO ( ) CONC. HEMÁCIAS ( ) PLASMA ( ) PLAQUETAS<br>( ) CRIOPRECIPITADO                                                  |
| CIRURGIAS ANTERIORES:                  | QUANDO:                                                                                                                             |
| EXAMES                                 | ( ) RISCO CIRÚRGICO ( ) EX. LAB. (X) RAIO-X (X) USG ( ) TOMOGRAFIA                                                                  |
| PRE-OPERATÓRIOS:                       | TERMO DE CONSENTIMENTO: ( ) PARA CIRURGIA ( ) NSA ( ) OUTROS:                                                                       |
| NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE: | ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL:                                                                                                              |

## PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

|                                                                      |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| O PACIENTE CONFIRMA: (X) IDENTIDADE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO        | ALERGIAS CONHECIDAS: (X) NÃO ( ) SIM, DEVIDO A                     |
| (X) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO                                     | RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (X) NÃO ( ) SIM                        |
| (X) CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA                                | MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: ( ) NÃO (X) SIM                       |
| (X) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO                                    | (X) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO |
| RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): ( ) SIM (X) NÃO | ACOLHIDO POR: <u>Ediane Moreira</u><br>COREN 391 776               |
| OBSERVAÇÕES:                                                         |                                                                    |

## TRANSOPERATÓRIO

|                   |                                                                                                           |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| POSICIONAMENTO:   | ( ) DECÚBITO DORSAL ( ) DECÚBITO VENTRAL ( ) DECÚBITO LATERAL ( ) LITOTÔMICA ( ) GENUPEITORAL ( ) OUTRAS: |
| PLACA DE BISTURI: | ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL:                                                                                    |
| EQUIPAMENTOS:     | ( ) BISTURI ELÉTRICO ( ) MICROSCÓPIO ( ) TORRE VDL ( ) ARCO CIRÚRGICO ( ) LASER ( ) OUTROS:               |
| USO DE COXINS:    | ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL:                                                                                    |

## SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

|                                                                |                                                     |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| (X) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM                       | (X) NOME DO PACIENTE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO      |
| (X) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <u>1:30</u> | ( ) CIRURGIA PROGRAMADA                             |
| ( ) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA                        | ( ) PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM <u>Cefazolina</u> |
|                                                                | ( ) EXMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.            |

## MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

|                                |                    |           |             |
|--------------------------------|--------------------|-----------|-------------|
| HORA: <u>11:30</u>             | <u>Cefazolina</u>  | HORA:     |             |
| HORA: <u>11:50</u>             | <u>Nauseidron</u>  | HORA:     |             |
| HORA: <u>11:50</u>             | <u>Dipiridamol</u> | HORA:     |             |
| HORA: <u>11:50</u>             | <u>Teclalil</u>    | HORA:     |             |
| HORÁRIO                        | PA                 | F.C       | SPO2        |
| ADMISSÃO NA S.O.: <u>11:30</u> | <u>113x76</u>      | <u>74</u> | <u>100%</u> |
| FIM DA CIRURGIA: <u>13:00</u>  | <u>112x85</u>      | <u>70</u> | <u>100%</u> |

## PROCEDIMENTOS

## REALIZADO POR:

## DRENOS E CANULAS

|                                      |                                            |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| ( ) TOT n.º ( ) SNG n.º ( ) SNE n.º  | ( ) PENROSE LATEX ( ) PENROSE SILICONE     |
| ( ) ACESSO CENTRAL TIPO: LOCAL:      | ( ) WATERMAN ( ) BLAKE                     |
| ( ) AVP: CATETER N.º                 | ( ) GUEDEL ( ) SUCCÃO                      |
| ( ) PAM CATETER N.º LOCAL:           | ( ) DRENO TORÁCICO ( ) DRENO DE MEDIASTINO |
| ( ) SVD n.º BALÃO COM ml ABD ( ) SVA | ( ) IRRIGAÇÃO VESICAL                      |

## TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

|                                                                      |                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| (X) NOME DO PROCEDIMENTO: <u>Trat. cirúrgico de fix. de fíbula F</u> | ( ) CONTAGEM DE COMPRESSAS                |
| ( ) ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.         | ( ) MATERIAIS PARA EXAMES (X) NÃO ( ) SIM |
| QUAL:                                                                |                                           |
| PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (X) NÃO ( ) SIM                          |                                           |
| QUAL:                                                                |                                           |

OBSERVAÇÕES DE SALA:  
INTEGRADORES DOS  
MATERIAISNão tinha

**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

0626

Hospital: de Cirurgia e Trauma de São Paulo Código: 0626Procedimento: Trat. cir. com fixação de fratura Cód. Procedimento: 0626Paciente: Maurício da SilvaData da Cirurgia: 22/05/20 Nº prontuário: 2157990 Convênio: EspecialCirurgião: Dr. João Paulo Código: (x) Reposição ( ) Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

| Qtd. | Descrição         | Cód. Produto | Valor Unit. | Valor Total |
|------|-------------------|--------------|-------------|-------------|
| 01   | Haste de Tíbia    |              |             |             |
|      | Bloquete 09 x 320 |              |             |             |
| 01   | Tampão            |              |             |             |
|      |                   |              |             |             |
|      |                   |              |             |             |
|      |                   |              |             |             |
|      |                   |              |             |             |
|      |                   |              |             |             |

**ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

|                    |      |    |    |    |  |  | Valor Unit. | Valor Total |
|--------------------|------|----|----|----|--|--|-------------|-------------|
| Parafuso Cortical  | Nº   | 50 | 45 | 35 |  |  |             |             |
| (45) mm            | Qtd. | 01 | 01 | 01 |  |  |             |             |
|                    | Cód. |    |    |    |  |  |             |             |
| Parafuso Cortical  | Nº   |    |    |    |  |  |             |             |
| ( ) mm             | Qtd. |    |    |    |  |  |             |             |
|                    | Cód. |    |    |    |  |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso | Nº   |    |    |    |  |  |             |             |
| 4.0 mm             | Qtd. |    |    |    |  |  |             |             |
|                    | Cód. |    |    |    |  |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso | Nº   |    |    |    |  |  |             |             |
| 6.5 mm R/16 Curta  | Qtd. |    |    |    |  |  |             |             |
|                    | Cód. |    |    |    |  |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso | Nº   |    |    |    |  |  |             |             |
| 6.5 mm R/32 Longa  | Qtd. |    |    |    |  |  |             |             |
|                    | Cód. |    |    |    |  |  |             |             |
| Parafuso Maleolar  | Nº   |    |    |    |  |  |             |             |
| 4.5 mm             | Qtd. |    |    |    |  |  |             |             |
|                    | Cód. |    |    |    |  |  |             |             |

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

**Anotações do Médico**

Dr. João Paulo  
MEDICINA DO TRABALHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-735 9851

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





Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/05/2020

Horas: 11:09:47

OK  
OK!

Médico (a) / Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2158030 Paciente: MAURICIO DA SILVA Idade: 031 Sexo: M

Nome da Mãe: AVANIZA PEDERALINA DA SILVA Data de Nascimento: 30/09/1988 Admissão: 22/05/2020 DIH - 1

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico:

DIA 23/05/2020

MÉDICO(A): Bruno da Costa Lima / MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

| Item | Prescrição                                                                     | Aprazamento         |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1    | DIETA ZERO <i>(Suspensão)</i>                                                  |                     |
| 2    | DIETA LIVRE A CRITÉRIO                                                         | <i>SND</i>          |
| 3    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)                  | <i>1º</i>           |
| 4    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP, 12h/12h 1D/7D | <i>18</i> <i>06</i> |
|      | Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF                                    |                     |
| 5    | GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 03AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 14h)        | <i>14</i>           |
|      | Diluir em 50 ML SF                                                             |                     |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h                            | <i>18</i> <i>06</i> |
|      | Reconstituir 2ML ABD,                                                          |                     |
| 7    | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)                               | <i>06</i>           |
|      | Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO                                               | <i>22</i>           |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)             |                     |
| 9    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO          |                     |
|      | Diluir em 100 ML SF                                                            |                     |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                | <i>cu</i>           |
| 11   | CURATIVOS                                                                      | <i>cu</i>           |

### EVOLUÇÃO

DATA: 23/05/2020 HORA: 11:07:49

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA  
HD: FRATURA EXPOSTA DE PERNA E.  
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES  
CD: REALIZADO CIRURGIA. ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso  
MÉDICO  
CRM-PB 11.869





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  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 24/05/2020

NOME : Matheus Pedroso Cavalcanti D



PARAÍBA  
Governo do Estado

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MAURICIO DA SILVA

Data da Internação: 22/05/2020

Data da Alta: 24/05/2020

Registro: 2158030

Tempo de Permanência: -18405

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E

Diagnóstico Final: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 22/05/2020

Equipe:

Cirurgião: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E.

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, TIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO ATÉ ORDEM DO MÉDICO NO DIA DA CONSULTA DE RETORNO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADO AO FISIOTERAPEUTA. PRESCREVO ANALGÉSICO E CIPROFLOXACINO

Medicações para Casa:: ARTROSIL CIPROFLOXACINO

Condições de Alta:: Melhorado

Dr. Matheus Pedroso  
MÉDICO  
CRM-PB 12.869

Data: 24/05/2020

Assinatura/Carimbo  
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



Sumos todos  
PARAÍBA  
Governo do Estado

## ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: MAURICIO DA SILVA

ENDEREÇO: SÍTIO VARSIA DE BARRIGUNDA

BAIRRO: ZONA RURAL

Identidade:  
3661316

Idade: 031

PRONTUÁRIO:

Nº 2158030

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PERNA ,

Campina Grande - PB 22/05/2020 Hora:  
12:58:21

Dr. João Paulo  
MEDICINA DO TRABALHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9551

Médico: Joao Paulo Oliveira Nunes



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



Sumos todos  
PARAÍBA  
Governo do Estado

## ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: MAURICIO DA SILVA

ENDEREÇO: SÍTIO VARSIA DE BARRIGUNDA

BAIRRO: ZONA RURAL

Identidade:  
3661316

Idade: 031

PRONTUÁRIO:

Nº 2158030

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PERNA ,

Campina Grande - PB 22/05/2020 Hora:  
12:58:21

Dr. João Paulo  
MEDICINA DO TRABALHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9551

Médico: Joao Paulo Oliveira Nunes

RAIO X  
REALIZADO EM:  
22/05/20





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME:

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

DADOS CLÍNICOS:

Rotina

1744

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx cervical (P) : PÊNNA ⊕ AP-oblique  
Tórax (AP)  
Bacia (AP)

|                                               |                                  |                                                             |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> | Geraldo Odilon Filho<br>Res. Cirurgia Geral<br>CRM 9922<br> |
| DATA: 22/05/2020                              | HORA DA SOLICITAÇÃO:             |                                                             |

MOD. 002

RAIO X  
REALIZADO EM:  
22/05/20





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME:

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

DADOS CLÍNICOS:

Feel tumor.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:  
22/05/2020

Uze F.A.S.T.

|                                               |                                  |                                                                                               |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> | Geraldo Odilon Filho<br>Res. Cirurgia Geral<br>CRM 9922<br><br>Carimbo e Assinatura do Médico |
| DATA: 22/05/2020                              | HORA DA SOLICITAÇÃO:             |                                                                                               |

MOD. 002



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:22

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392206500000070419296>

Número do documento: 23061413392206500000070419296

Num. 74732833 - Pág. 25

|                |                                        |
|----------------|----------------------------------------|
| PACIENTE:      | MAURICIO DA SILVA                      |
| DATA DO EXAME: | 22/05/2020 Exame realizado às 9:00hrs. |

## ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

## METODOLOGIA:

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

## ANÁLISE:

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

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

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

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

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

  
Dr. Otávio Cabral  
CRM 11353

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO **MAURICIO DA SILVA**

Nome: **MAURICIO DA SILVA** Idade: **31** Sexo: **M**

Enf/Leito **8.1**

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: **P.O fx exposta em perna 5**

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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 ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

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

EDEMA: ( ) LOCAL OBS.: \_\_\_\_\_

ALIM. TAÇÃO 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: \_\_\_\_\_

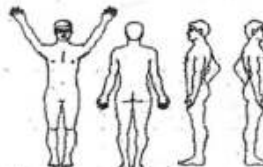
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

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 ( ) CADEIA DE RODAS

SONO/REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RE O: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

| HORA   | PA     | T     | FC/P | SPO2    | GLICEMIA | DIURESE   | DÉBITO DE | DOR  | PESO | ASSINATURA | DISPOSITIVOS   | DATA DE  |
|--------|--------|-------|------|---------|----------|-----------|-----------|------|------|------------|----------------|----------|
| (mmhg) | (Pc)   | (bpm) | (%)  | (mg/dL) | (ml)     | DRENO(ml) | (0a10)    | (Kg) |      |            |                | INSERÇÃO |
| 9:00   | 130/80 | 36    | 79   | 97      | -        | -         | -         | -    | -    | Dalio      | SOG/SNG/SNE    |          |
|        |        |       |      |         |          |           |           |      |      |            | SVE            |          |
|        |        |       |      |         |          |           |           |      |      |            | CIRCUITO DE VM |          |
|        |        |       |      |         |          |           |           |      |      |            | FILTRO DE VM   |          |
|        |        |       |      |         |          |           |           |      |      |            | UMIDIFICADOR   |          |
|        |        |       |      |         |          |           |           |      |      |            | ASPIRADOR      |          |
|        |        |       |      |         |          |           |           |      |      |            | LATEX          |          |
|        |        |       |      |         |          |           |           |      |      |            | EQUIPO SIMPLES |          |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:22

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392206500000070419296

Número do documento: 23061413392206500000070419296

**ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:**

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

| DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FATORES RELACIONADOS                                                                     | CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA<br>( ) OBESIDADE ( ) OUTRO                              | ( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA<br>( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNEIA ( ) OUTRO                                                                                                                                                                                                |
| DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ( ) PREJUÍZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR<br>( ) OUTRO                                          | ( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO<br>( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO                                                                                                                                                                                                                                      |
| DOR AGUDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)<br>( ) OUTROS                             | ( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA<br>( ) RELATO VERBAL DE DOR                                                                                                                                                                                                                                                  |
| HIPERTERMIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA<br>( ) OUTRO                                   | ( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS<br>( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNEIA                                                                                                                                                                                                               |
| MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ( ) ANSIEDADE ( ) DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR<br>( ) PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO | ( ) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE<br>( ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS                                                                                                                                                                                                                                                   |
| RISCO DE INFECÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS<br>( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| OUTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                          | RESULTADOS ESPERADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%<br><input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA<br>( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO<br>( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO<br>( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR<br>( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR<br>( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS<br>( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO<br>( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS<br>( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS<br>( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO<br>( ) AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO<br><input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS<br><input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS<br>OUTRO |                                                                                          | ( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR<br>( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ<br>( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE<br>( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)<br>( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LÍMITES FISIOLÓGICOS<br>( ) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA<br>( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO |

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)**

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

FONTE:

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA: 23/05/2020

COREN-PR 000.439.489 - ENF



22/05/2020



PARAÍBA  
Governo do Estado

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2157990 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: 22/05/2020  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MAURICIO DA SILVA

CEP: 58115000

Nascimento: 30/09/1988

Endereço: SÍTIO VARSIA DE BARRIGUNDA

Sexo: M

Telefone: 988686956

Cidade: Puxinanã

Idade: 031

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: AVANIZA PEDRALINA DA SILVA

RG: 3661316

Nº: 0

Responsável: LUANA

CPF: 01629016403

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Casado(a)

Data de

CNS: 706406640500086

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Atend: 22/05/2020

CONVÊNIO: SUS

Hora: 08:18:10

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. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coriúso
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. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Politrauma - 1 Fratura MTE

HTCG-Painel Administrativo

TRAUMA NEW SPIN

Ortopedia

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto x carro  
apresentando lesões em MTE. Nega hemorragia  
contusão + vômitos. (A) Pernas, (3) Colar (2)  
Capítulo, Tórax Simétrico (E) Hemodinâmica  
estável (D) ECG IS (E) Fratura MTE.

ALERGIA:

NEGA.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (3) Fotorreagentes (3) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: SatO2 92%

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais  
( ) Gasometria arterial  
( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia: Realizada em:  
( ) Radiografias:  
( )

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:  
24/05/2020

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia, às: Dia: 22/05/2020

Especialista: / às: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS      | HORÁRIO REALIZADO |
|----|-----------------------------|-------------------|
| 1  | Prescrição de 40mg de A2 av | 7:20              |
| 2  | Prescrição de 10mg de A2 av |                   |
| 3  | Prescrição de 10mg de A2 av |                   |
| 4  |                             |                   |
| 5  |                             |                   |
| 6  |                             |                   |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Geraldo Odilon Filho  
Res. Cirurgia Geral  
CRM 9922

RAIO X  
REALIZADO EM:  
22/05/20

<https://pje.impresclassi.php?contar=2157990&dataatend=2020-05-22&horaatend=08:18:28>

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:22

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392206500000070419296>

Número do documento: 23061413392206500000070419296

Num. 74732833 - Pág. 29

HTCG-Painel Administrativo

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Q: Alfa Romeo und  
Los Angeles Angeles

Geraldo Odilon Filho  
Res. Cirurgia Geral  
CRM 9922

Is for him.

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_ \ ( ) Decisão Médica  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( ) Óbito

Elisiana Maria de Conceição  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBC

IDADEF

Dr. Bruno da Costa Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5279 PB  
CRA: 17952 PE

http://impreclassi.php?contar=2157990&dataatend=2020-05-22&horaatend=08:18:28

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:22  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392206500000070419296>  
 Número do documento: 23061413392206500000070419296

Num. 74732833 - Pág. 30

22/05/2020

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: 22/05/2020  
Paciente: MAURICIO DA SILVA Idade: 031 N° ATEND: 2157990

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 22/05/2020 HORA : 08:18:28

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SIANIS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

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 Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

| HORA | PA | TEMP | FC | FR | DIURESE | ASSINATURA<br>ENFERMEIRO/COREN | DO |
|------|----|------|----|----|---------|--------------------------------|----|
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

E. Moreira  
Enfermeiro  
COREN-PB 310.725



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917




*Maurício da Silva*  
ASSINATURA DO DETENTOR

BARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: 3.661.316 - 2 VIA  
MAURICIO DA SILVA

DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/06/2008

FILIAÇÃO: LUIZ HELENO DA SILVA  
AVANEA FEDERALINA DA SILVA

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO: 30/09/1988

DOC. ORDEM: NASC.N.6413 FDS.242V LIV.A-06

CPF: 016.260.464-03

ASSINATURA DO DETENTOR: *Maurício da Silva*

SEM FIM DE VALIDADE



|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT</b>                                                                                      |                                             |
| <b>PB Nº</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>015765640242 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> |
| <p align="center"><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p align="center"><b>www.seguradoralider.com.br</b></p> <p align="center"><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b></p> |                                             |
| VIA                                                                                                                                                                                                                                                  | EXERCÍCIO DATA EMISSÃO                      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                    | 2020 14/02/2020                             |
| CPF / CNPJ                                                                                                                                                                                                                                           | PLACA                                       |
| 09558367435                                                                                                                                                                                                                                          | QEV4832/PB                                  |
| RENAVAM                                                                                                                                                                                                                                              | MARCA MODELO                                |
| 010442268813                                                                                                                                                                                                                                         | HONDA / CG150 FAN ESDI                      |
| ANO FAB.                                                                                                                                                                                                                                             | Nº CHASSI                                   |
| 2014                                                                                                                                                                                                                                                 | 9C2KCL680FR58988                            |
| <b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                             |
| RNIS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                           | DENÁTRAB (R\$)                              |
| *****                                                                                                                                                                                                                                                | *****                                       |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                                                                                                                                                                                                                               | CUSTO DO SEGURO (R\$)                       |
| *****                                                                                                                                                                                                                                                | *****                                       |
| IDF (R\$)                                                                                                                                                                                                                                            | TITULO RENEGOCIADO SEGURO PB                |
| SEGURO                                                                                                                                                                                                                                               | P A G O                                     |
| PAGAMENTO                                                                                                                                                                                                                                            | DATA DE QUITAÇÃO                            |
| <input type="checkbox"/> QUOTA ÚNICA                                                                                                                                                                                                                 | 14/02/2020                                  |
| <b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                             |
| CNPJ 09.348.408/0001-04                                                                                                                                                                                                                              |                                             |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292798/20

**Vítima:** MAURICIO DA SILVA

**CPF:** 016.290.164-03

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 22/05/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MAURICIO DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MAURICIO DA SILVA : 016.290.164-03**

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](http://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: 15/10/2020  
Nome: MAURICIO DA SILVA  
CPF: 016.290.164-03

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

MAURICIO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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

**Processo: 08002933720218150541**

**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 **MAURICIO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.376,64 (dois mil e trezentos e setenta e seis reais e sessenta e quatro centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

POCINHOS, 12 de junho 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:23  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392265900000070419297>  
Número do documento: 23061413392265900000070419297

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2023 13:39:23  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061413392265900000070419297>  
Número do documento: 23061413392265900000070419297