



Número: **0801180-66.2021.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **12/10/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FERNANDA MARIA DA CONCEICAO (AUTOR)	ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
49781108	12/10/2021 13:38	Petição Inicial	Petição Inicial
49781109	12/10/2021 13:38	PETIÇÃO INICIAL.,	Outros Documentos
49781110	12/10/2021 13:38	BOLETIM - FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO	Outros Documentos
49781111	12/10/2021 13:38	Comprovante de Pagamento Administrativo	Outros Documentos
49781113	12/10/2021 13:38	Comprovante de Residência	Outros Documentos
49781114	12/10/2021 13:38	Documento do Veículo	Outros Documentos
49781115	12/10/2021 13:38	Documentos Pessoais	Outros Documentos
49781116	12/10/2021 13:38	Procuração	Procuração
49781117	12/10/2021 13:38	PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
49848437	15/10/2021 05:51	Decisão	Decisão
49959189	15/10/2021 14:10	Expediente	Expediente
50515133	27/10/2021 11:25	Contestação	Contestação
50515134	27/10/2021 11:25	KIT_SEGURADORA_LIDER	Outros Documentos
50515138	27/10/2021 11:25	2841642_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros Documentos
50515140	27/10/2021 11:25	2841642_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
50515144	27/10/2021 11:25	2841642_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos
50515146	27/10/2021 11:25	2841642_CONTESTACAO_01	Outros Documentos
51443538	17/11/2021 17:57	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
51445729	17/11/2021 18:37	Outros Documentos	Outros Documentos

51445 730	17/11/2021 18:37	OFÍCIO DA VARA ÚNICA DE ALAGOA NOVA 18012022 3	Outros Documentos
51446 458	17/11/2021 18:46	Mandado	Mandado
51446 468	17/11/2021 18:49	Expediente	Expediente
51447 010	17/11/2021 18:59	Expediente	Expediente
51613 716	22/11/2021 11:10	Petição	Petição
51613 720	22/11/2021 11:10	2841642_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_Anexo_02	Outros Documentos
51613 721	22/11/2021 11:10	2841642_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_01	Outros Documentos
51899 756	27/11/2021 15:03	Petição	Petição
51899 762	27/11/2021 15:04	Réplica	Réplica
52066 992	01/12/2021 10:30	Intimação Fernanda	Diligência
52066 993	01/12/2021 10:30	Fernanda Maria 011221	Devolução de Mandado
52470 693	09/12/2021 23:38	Petição	Petição
54947 829	25/02/2022 09:05	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
54974 487	25/02/2022 13:53	Outros Documentos	Outros Documentos
54974 488	25/02/2022 13:53	OFÍCIO DE NÃO COMPARECIMENTO A PERÍCIA VARA DE ALAGOA NOVA1801 2	Ofício (Outros)
54975 006	25/02/2022 14:56	Despacho	Despacho
55131 581	04/03/2022 08:21	Expediente	Expediente
51613 743	10/03/2022 12:14	Petição	Petição
55422 971	10/03/2022 12:14	2841642_PETICAO_INTERL_ABANDONO_AUTOR_01	Outros Documentos
55488 338	11/03/2022 13:04	Petição	Petição
56690 747	07/04/2022 10:38	Decisão	Decisão
57641 221	28/04/2022 09:11	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
59976 363	20/06/2022 10:12	Certidão	Certidão
60390 556	01/07/2022 12:15	Mandado	Mandado
60494 724	05/07/2022 07:26	Diligência	Diligência
60494 727	05/07/2022 07:26	FERNANDA MARIA em 05 07 2022	Devolução de Mandado
60790 918	11/07/2022 22:47	Petição	Petição
61865 281	09/08/2022 08:58	Outros Documentos	Outros Documentos
61866 165	09/08/2022 09:01	Expediente	Expediente
61866 173	09/08/2022 09:03	Expediente	Expediente
62190 751	15/08/2022 15:15	IMPUGNAÇÃO AO LAUDO	Petição

Em PDF.



**Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca
De Alagoa Nova – PB**

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, brasileira, estado civil: solteira, profissão: desempregada, residente e domiciliada na Rua Protásio Carlos Moreno, 113, bairro: Ulisses Guimarães, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, CEP. 58125-000, portador do RG. nº 4.708.596 SSP/PB e CPF nº 716.486.894-85, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.

2. DOS FATOS

A autora foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 15 de Março de 2020, por volta das 02h:00min, estava trafegando pela Rua Eunildes Leite, próximo a Praça de João Machado, na cidade de Alagoa Nova/PB, quando foi atingida por uma camionete tipo HILLUX, de placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, sendo que em decorrência do impacto a comunicante foi jogada ao solo, sofrendo ferimentos graves. Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela 2º Delegacia Regional de Polícia – Delegacia de Campina Grande – PB, a vítima conduzia o veículo HONDA/CG 150 TITAN ES, cor vermelha, ano/modelo 2008/2008, placa EFJ-4226/SP, CHASSI 9C2KC08508BR080739, licenciada em nome de José Gomes dos Santos.



Após o acidente, o autor foi levado e socorrido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande - PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, no qual, após o atendimento médico, foi constatado que o mesmo sofreu **FRATURA DO FEMUR DIREITO**, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, cujo procedimento cirúrgico comprometeu as funções do respectivo membro.

CID 10 – S72 – FRATURA DO FEMUR.

3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

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

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte;
II – até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e
III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).

De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

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

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.



Assim estabelece o presente julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acordão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

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

Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo sido pago parcialmente no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), razão pela qual está requerendo via judicial.

DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.

4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:



1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;
2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;
3. Atendendo ao disposto no artigo [319](#), inciso [VII](#) do [NCPC](#), o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação**
4. **Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.
5. NO MÉRITO, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;
6. Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 12 de Outubro de 2021.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670



QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

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

PACIENTE:_____.

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

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

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

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS ? :

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

Sem mais, em ____/____/_____.

(assinatura – carimbo – CRM)





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 - 58401-002 - (83) 3310-2119



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 N° 000224/21 registrada em 30/06/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta dias do mês de junho do ano de 2021, 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 08:56 horas, compareceu a Srª. FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, com 24 anos de idade, filha de NÃO DECLARADO e MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOÁ NOVA - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão DO LAR, portadora da Cédula de Identidade N° 4.708.596, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 71648689485, residindo à rua PROTÁSIO CARLOS MORENO, 113, bairro ULISSES GUIMARÃES, na cidade de ALAGOÁ NOVA - PB, celular 9-8164.8517.

Declarou que:

Informa a comunicante, que por volta das 02h00min do dia 15.03.2020, estava trafegando pela Rua Eunildes Leite, próximo a Praça de João Machado, na cidade de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, ano/modelo 2008/2008, cor vermelha, chassi n° 9C2KC08508BR080739, de placa EFJ-4226/SP, licenciada em nome de José Gomes dos Santos, quando foi atingida por uma camionete tipo HILLUX, de placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, sendo que em decorrência do impacto a comunicante foi jogada ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme prontuário médico apresentado nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo se evadiu do local sem prestar socorro; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa luminosidade, não encontrando-se a comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, informa ainda que não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais do BPTran, pois os mesmos não foram acionados; Que, manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. 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, Quarta-feira, 30 de Junho de 2021

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

Fernanda Maria da Conceição

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210219103

Vítima: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 15/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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: **FERNANDA MARIA DA CONCEICAO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **00003814-8**

Conta: **000010023325-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



JOSE SILVERIO FILHO
RUA PROTASIO CAVALOS MORENO, 113 - ULISES - IMARA
ALAGOA NOVA/PB CEP: 58125000 (AG 71)



CPF/CNPJ/RANI: 043.248.274-18

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENTADA
Ligação: MONOFÁSICO
Rotômetro: 17-77-625-3060 Nº Medidor: U00UG02515



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

15/136-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 190



VALOR DA FATURA

R\$ 46,95



VENCIMENTO

05/04/2021



REFERÊNCIA

Mar / 2021



CONSUMO

92kWh

3,17 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

Sujeito a corte!

Reaviso de vencimento
Seu fornecimento poderá ser suspenso
a partir de 10/04/21
Regularize seus débitos

FATURAS EM ATRASO

Fev/21 R\$11,44

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS/P. COFINS (R\$)	Outros (R\$)	
0601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,258820	7,76	7,76	25	1,94	5,88	0,04	
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	62	0,443810	27,51	27,51	25	6,87	20,87	0,14	
0601	Adic. B Amarela			0,88	0,88	25	0,22	0,67	0,00	
0610	Subsidio			33,59	33,59	25	8,40	25,48	0,17	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 01/2021			0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 01/2021			0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
0906	Devolução Subsidio			-24,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	46,95	69,74	17,43	62,90	0,35	1,62
Tarifa s/ Tributos	Até 30kWh	0,186820	Até 100kWh	0,320270			

RESERVADO AO FISCO 044c.d9ec.c581.2867.17ab.07c6.6a0e.9b06.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Leitura
Mar/20	0*	
Abr/20	0*	
Mai/20	0	
Jun/20	5	Anterior 25/02/21 15043
Jul/20	51	Atual 28/03/21 15135
Ago/20	44	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	10,43	22,21
Compra de Energia	11,52	24,54
Serviço de Transmissão	1,98	4,22
Encargos Setoriais	2,17	4,62
Impostos, Direitos e Encargos	20,85	44,41



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0506104226-2
DETRAN - SP
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00987256505 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME JOSE COSME DOS SANTOS

OPF / CNPJ 00004775594508 PLACA EFJ4226

PLACA ANT / UF ***** CHASSI 9C2KC08508R080739

PAS / MOTOCICLO MAG APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA / CG 150 TITAN ES MARCA / MODELO 2008 ANO FAB. 2008

CAP / POT / OIL 2L / 0149CC CATEGORIA PARTICU COF. PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1*****

Faixa LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2*****

0028080 COD. MUN. 335-9 3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) DPVAT PAGO IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA* CMT=000,00T PBT=000,30

T* MOTOR: KCOE58080739

GUARUJA LOCAL DATA 04/08/2015

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SP Nº 012100653859 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2015 04/08/2015

VIA 1 OPF / CNPJ 00004775594508 PLACA EFJ4226

RENAVAM 00987256505 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2008 CAT. AVE. 9C2KC08508R080739

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,04 DENATRA (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL SEGURO RESERVA (R\$) 292,01

VL BÔNUS REDUTIVO, PAGO INTEGRAL

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 06.548.030001-04
www.seguredoreslider.com.br

REC 01

1 1 4 4 0

E F J 4 2 2 6

1111



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-022
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Fernanda Maria da Conceição
 ASSINATURA DIGITAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.708.596 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/05/2018

NOME FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/12/1996

REGISTRO CIVIL W.23251 FLB.195V LIV.A25
 CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

CPF

[Handwritten Signature]

CÓDIGO DE CONTROLE
 4DF4.DDF8.107B.650D



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:32:57 do dia 11/01/2018 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
 Receita Federal
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
 716.486.894-85

Nome
 FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Nascimento
 09/12/1996

Cartão do Usuário

SUS
 Cartão Nacional de Saúde



Sistema Único de Saúde

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Data Nasc.: 09/12/1996 Sexo: F

704 8080 8729 8543



SUS



PROCURAÇÃO

Outorgante: FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, brasileira, solteira, residente e domiciliada na Rua Protásio Carlos Moreno, 113, bairro: Ulisses Guimarães, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portadora do RG. nº 4.708.596, SSP/PB e CPF nº 716.486.894-85.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 07 / 07 / 2021.

x *Fernanda Maria da Conceição*

Assinatura do outorgante





Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/03/2020

Horas: 04:57:46

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 0

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA 15/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	rt
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12h 24h
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12h 06
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	rt

EVOLUÇÃO

DATA: 15/03/2020 HORA: 04:56:14

#ortopedia admissão#

paciente vítima de colisão carro -moto com dor, edema e incapacidade funcional de mid, feito rx de coxa direita mostrando fratura em diafise de femur direito.

cd: solicitado pre-op.

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753



15/03- 14:00H. PA= 132x80

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA,

A MESMA NÃO REFERIR DORIAS. *Isra*

15-03-20

PA- 100/60

H- 19, 40

Paciente evoluiu sem
feixas, segue as
cuidados de enfermagem.

Israene Cristina de Albuquerque
MREN-PR 174.938-TE





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/03/2020

Horas: 09:20:51

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Fernanda Maria da Romaria

Nº do prontuário: 2128630

Paciente: SEM DOCUMENTOS

Idade: 02020

Sexo:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 15/03/2020 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 1

Enfermaria: 4

Leito: 2

Diagnóstico:

DIA 16/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

OK OK

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	5/12

EVOLUÇÃO

DATA:16/03/2020 HORA:09:20:35

#ortopedia admissão#

paciente vítima de colisão carro -moto com dor, edema e incapacidade funcional de mid, feito rx de coxa direita mostrando fratura em diafise de femur direito.

cd: solicito pre-op.

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Dr. Nattan Santos Rozendo De Oliveira
Médico
CRM 15077



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 12/10/2021 13:38:18

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21101213381850200000047230725

Número do documento: 21101213381850200000047230725

16-03-20

PA - 120/80

H - 09,40

Paciente evolui sem
feixas, apresenta energia
limpeza do fôlego da
tração, segue as cuidados
de enfermagem.

psome
com 174-938
Paríba
Tec. enfermagem

16/03. 20:00h. P.A = 120x80.

Paciente evolui consciente, orientada,
a mesma não referiu queixas, segue aos cuidados
da enfermagem. *psome*





Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/03/2020

Horas: 08:46:07

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 17/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	38 34 08
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	38 28
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	28
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	28
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	SIN

EVOLUÇÃO

DATA: 17/03/2020 HORA: 08:44:56

#ortopedia admissão#

paciente vítima de colisão carro -moto com dor, edema e incapacidade funcional de mid, feito rx de coxa direita mostrando fratura em diafise de femur direito.

cd: AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira


SRL 1002 N

18 30

Nattan Rozendo
MÉDICO
1972



17.03.2020 PA 100x60 Paciente
evolui estavel consciente orientado
sem queixas segue os cuidados
da enfermagem.


Josilene dias Cruz
COREN-PB 700.765-TE

14/03/2020 às 20:30hs
P.A. : 100x70 mmHg
Paciente segue aos
cuidados da enfer-
magem. m.c.p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 *Fernanda* Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 18/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>para zero o peso dos ossos</i>	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12.16.24.36
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20 <i>Suspende!</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	

EVOLUÇÃO

DATA: 18/03/2020 HORA: 07:53:20

#ortopedia admissão#

paciente vítima de colisão carro -moto com dor, edema e incapacidade funcional de mid, feito rx de coxa direita mostrando fratura em diafise de femur direito.

cd: AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
Médico
CRM 10734

Dr. Everlan Meira
MÉDICO EM TRAUMATOLOGIA
CRM 10734

Retiro o x coxa do Hemoclas 600ml 7/19/23

Nattan Rozendo
Médico
CRM 10734



18103/2020 Consciente, orientada, bombo no leito. Com nusechis; Digo, jiko salinizado. Ofendido
P.A.: 100 x 60. Suguem os cuidados. *Anery*

Ana Nery de Lourdes Silva
COREN-PB 250705-TE

18103/2020

31:30

PA= 100/60 *Lo*





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/03/2020

Horas: 19:01:01

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Fernanda Maria da Conceição

Nº do prontuário: 2128630 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 19/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h OD/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	08
	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	24 08
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	08
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	(2) e.e.
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	21

EVOLUÇÃO

DATA: 19/03/2020 HORA: 18:59:33

#ortopedia admissão#

paciente em poi de fratura de femur direita, em beg sem intercorrencias.

cd:

solicito rx de controle e inicio antibioticoprofilaxia

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753



39/03/2020

às 20:30 hs

P.A. :: 120x80 mmHg

Paciente em pós-operatório
segue em ventilação e com
dreno de sucção. m.c.p.m

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A

[Faint handwritten text]





Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 19/03/2020

Número do Atendimento: 2128630 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 4 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 15/03/2020

Atendimento: 2128630

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE FEMUR DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 19/03/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: NATTAN ROZENDO

Aux 3:

Instrumentador: THIAGO

Anestesiologista: RQUIANESTESIA

Tipo de anestesia: DIEGO

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3) INCISÃO LATERAL DE COXA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS +
HEMOSTASIA
4) REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE FEMUR + FIXAÇÃO COM PLACA DCP +
PARAFUSOS
LAVAGEM DA FO COM FO
SUTURA + CURATIVO

Data 19/03/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

limpa

PACIENTE: <i>Jornada Maria da Bonçicas DN 09/12/1996</i>				
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		<i>SUS</i>	<i>23 anos</i>	<i>2128630</i>
CIRURGIA: <i>fr. urg. c/ fixação</i>		CIRURGIÃO: <i>Dr. Amorim + Dr. Costa</i>		
ANESTESIA: <i>Propofol</i>		ANESTESIA: <i>Dr. Diego</i>		
INSTRUMENTADORA: <i>Thiago</i>		DATA: <i>19-03-20</i>	INÍCIO: <i>17:00</i>	FIM: <i>19:00</i>
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	06		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.			Catgut Simples
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix
	Efrane ml	01		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml			Cera p/ osso
	Inova ml			Ethibond
	Ketalar ml			Ethibond
	Mercaina <i>0,2%</i> ml	01		Ethibond
	Nubain amp.			Fio de Algodrão Sertix
	Pavulon amp.			Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.			Fio de Algodrão Sutupak
	Protóxido l/m			Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml	05		Fila cardíaca
	Rapifen amp.			Mononylon
	Thionembatal ml			Mononylon <i>2-0</i>
	Tracrium amp.			Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
02	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
05	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
05	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix
05	Difenidramina amp.	Luvas 7.5	02	Vicryl Serfix <i>1</i>
05	Flurbiprofeno amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix
01	Germinina amp.	Luvas 8.5		
	Glicose amp.	Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix		
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanaktion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	Saco coletor <i>plástico</i>		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotrinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml
	Revivan amp.	Sonda		
	Stuption amp.	Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica		<i>01 placa DCP 12 Furo</i>
		Sonda Uretral nº		<i>402</i>
		Sterydrem ml		<i>11 Pneu. furo. Corticoid</i>
		Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28	Latex		
	Agulha desc. 3 x 4,5			
01	Agulha p/ raque nº <i>25</i>	<i>05 eletrocautério gel p/ placa</i>		
	Álcool de Enfermagem			
	Álcool Iodado ml			
04	Ataduras de Crepon <i>15</i>			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml			

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

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TIP 5 / ISO 11140-1
LOTE CL5150819
VAL.: 15-AGO-2021
Referência: Aquece e a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.

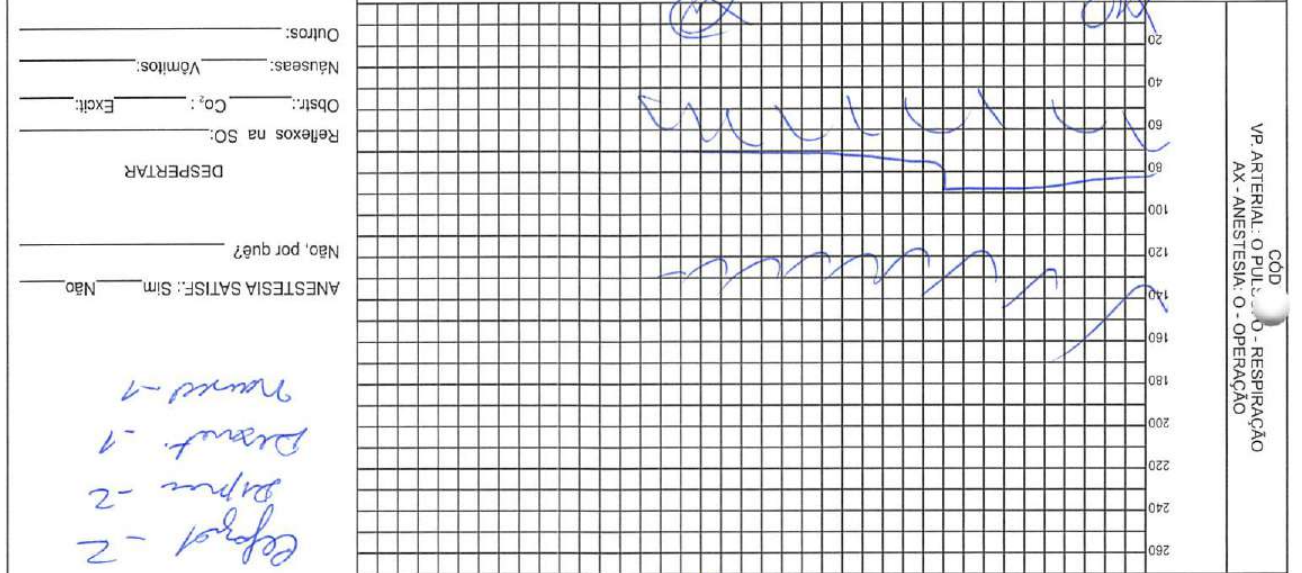
CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TIP 5 / ISO 11140-1
LOTE CL5150819
VAL.: 15-AGO-2021
Referência: Aquece e a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 703.722
Vanda





AGENTES ANESTÉSICOS	
LIQUÍDOS	<i>50 50 50 50</i>



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
CONDICÕES:	Paro o Leito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Com cânula:	
Outros:	
Náuseas:	Vômitos:
Obstr:	Co ₂ : <input type="checkbox"/> Excit:
Reflexos na SO:	
DESPERTAR	
Não, por quê?	
ANESTESIA SATISF:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

POSICÃO	<i>Djt</i>
AGENTES	<i>Monitora preste atn + medf. cont</i>
TÉCNICA	<i>Proxim! 130x80, 50, 50, 50, 50</i>
OPERAÇÃO	<i>Prox! 130x80, 50, 50, 50, 50</i>
CIRURGIÕES	<i>Amoro + 130x80, 50, 50, 50, 50</i>
ANESTESISTAS	<i>20mg fentanyl</i>
OBSERVAÇÕES	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.	
PERDA SANGÜÍNEA	

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

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



Assinatura do anestesista





CONTROLE CIRÚRGICO

Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

Nº 1332

Paciente: Jeovane Maria da Conceição
Hospital: Jeovane de C. Brandell
Médico: Dr. Mattan
Data da Cirurgia: 19 / 05 / 2020 Procedimento: Revisão de fratura
Prontuário: 2128630 Convênio: _____
Instrumentador(a): 94210 Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa metálica Revisada Auto-comprimida para grande fragmentos DEP 405	
17	Parafusos corticais 4.5	
	4.5 4 1 2	
	30 32 36 38	

19 de 05 de 20 20

Mattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753

Circulante

Médico Responsável





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 Paciente: *Fernanda Maria* Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 20/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	U
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
3	JELCO SALINIZADO	U
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	1/2 18 21 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	SIN. 12 24:00

EVOLUÇÃO

DATA:20/03/2020 HORA:09:06:14

#ortopedia admissão#

paciente em poi de fratura de femur direita, em heg sem intercorrências.

ed:

ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM/PB 10753



20/03/2020 - 07h 20min - PA: 120x80 - Pate em EGR, com
ciente e orientada, com AIP, realizado curativo
com retirada de dreno, queixa-se de dor no mo-
mento do curativo. Segue aos cuidados de en-
fermagem.

Kelly Fernanda N. Mota
TÉCNICA EM ENFERMAGEM
COREN-PB 599.638

20/03/20 19:30

P.A 110x60

Debona

ISRAEL DE SOUZA FARIAS
MÉDICO
CRM-PB 1022





Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/03/2020

Horas: 08:23:49

Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 *Fernanda Maria* Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 21/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira / MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 2D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/03/2020 HORA: 08:22:37

#ortopedia admissão#

paciente em 1 dpo sem intercorrença de fratura de femur direita.

cd: ALTA HOSPITALAR

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869

ASSINATURA + CARIMBO
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza





RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS *Fernanda Maria*

Data da Internação: 15/03/2020 Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2128630

Tempo de Permanência: -18337

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR D

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data: 19/03/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: NATTAN ROZENDO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM FRATURA DE FEMUR D

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOPROFILAXIA
OBS: NÃO PISAR ATE O RETORNO

Medicações para Casa: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



Sr(a): **FERNANDO MARIA DA CONCEIÇÃO** Protocolo: **0000518262** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **SEM IDENTIFICACAO MEDICA** Data: **15-03-2020 13:41** Origem: **ORTOPEDIA I**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **50 anos** Destino: **ORTOPEDIA I**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 15/03/2020 13:40]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.44 milhões/mm³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	81 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	27 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,0 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	11.700 /mm³	5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	351
Segmentados.....	77,0	9.009
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	18,0	2.106
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	234
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	232.000 mm³	140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens revisadas e confirmadas.**

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Emissão : 15/03/2020 17:06 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8D71-BED5-2537-CF2A-FBE6-4999-56B1-754C





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



SUS
 Sistema
 Único
 de
 Saúde

Sr(a): FERNANDO MARIA DA CONCEIÇÃO **Protocolo:** 0000518262 **RG:** NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA **Data:** 15-03-2020 13:41 **Origem:** ORTOPEDIA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES **Idade:** 50 anos **Destino:** ORTOPEDIA I

URÉIA

[DATA DA COLETA: 15/03/2020 13:41]

Resultado..... **24 mg/dL**

VALOR DE REFERENCIA: 17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

CREATININA

[DATA DA COLETA: 15/03/2020 13:41]

Resultado..... **0,7 mg/dL**

Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00 mg/dL
 5 dias a 3 anos.....: 0,20 a 0,40 mg/dL
 4 a 11 anos.....: 0,30 a 0,70 mg/dL
 12 a 17 anos.....: 0,50 a 1,00 mg/dL
 Para adultos:
 Homens:
 18 a 60 anos.....: 0,90 a 1,30 mg/dL
 61 a 90 anos.....: 0,80 a 1,30 mg/dL
 Acima de 90 anos.....: 1,00 a 1,70 mg/dL
 Mulheres:
 18 a 60 anos.....: 0,40 a 1,10 mg/dL
 61 a 90 anos.....: 0,60 a 1,20 mg/dL
 Acima de 90 anos.....: 0,60 a 1,30 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Ana Cassia Miguel Agra
Biomedica
CRBM 5411

Emissão : 15/03/2020 17:06 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3AE4-5998-FD9B-2E88-8268-7999-0CC0-C246



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernando Macia do Conceição Idade: 20 Sexo: _____ Enf/Leito: 4-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicações em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex de fratura de fêmur(D)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEIÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

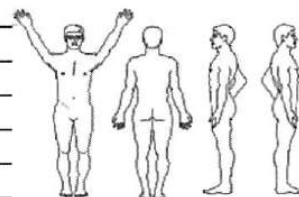
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	1 x dia	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO: DATA: 15 / 03 / 2020

Gilciana S. Raposo
ENFERMEIRA



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda Maria da Conceição Idade: 20 Sexo: _____ Enf/Leito 4.2

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: px de Diátese de Jansen (P)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

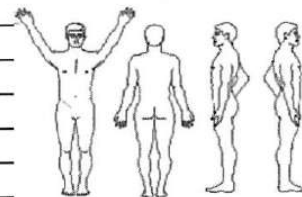
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	1x/dia	
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12/20	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	1x/72h	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	1x/72h	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA: 16/03/2020

Gilçara S. Raposo
 ENFERMEIRA
 COREN 12345



17.03.2020



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM

ORTOPEDIA 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda dos Santos Idade: 20 Sexo F Enf/Leito 4-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS outros cr

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

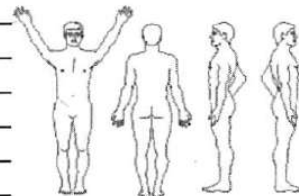
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	08h	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	Sempre	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input checked="" type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72h	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA: ____/____/____

Janiere Vieira Farias
COREN-PJ 545.715-ENF



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda Lúcia da Conceição Idade: 20 Sexo: ♀ Enf/Leito: 4.2

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: Fx Ortopédica de tornozelo

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

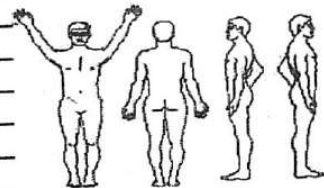
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NÁRIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (/) OUTRO	(/) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(/) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(/) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(/) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>Adio</i>	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(/) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>12/12/20</i>	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
(/) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>Adio</i>	() RISCO DE Desequilíbrio DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(/) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(/) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>Atenção sempre</i>	
(/) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORIM)

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

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

TERAPIA INTRAVENOSA? (/) SIM () NÃO ESTADO MENTAL? (/) AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Gilmar de Souza
ENFERMEIRA
 COREN-PO 429.593
 18.03.2020



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda Ubé da Conceição Idade: 40 Sexo: F Enf/Leito: 4-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ft. porção de fêmur

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (x) CONSCIENTE (x) 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: (x) TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

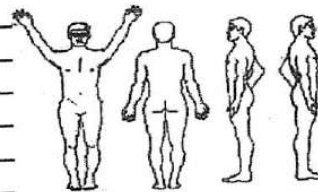
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (x) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (x) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

Localização anatômica da ferida;



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (x) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIÇÃO FÍSICA: (x) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NÁRIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (x) OUTRO	(x) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) (x) OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA (x) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (x) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(x) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(x) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>ideia</i>	(x) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
(x) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>epm</i>	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(x) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(x) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>72h</i>	
(x) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>ideia</i>	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO: *29103120*

Grazielly A. M. Lima
COREN-PB 114.283-ENF



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda Maria Idade: 20 Sexo F Enf/Leito 4.2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Fx dialise de femur (D)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

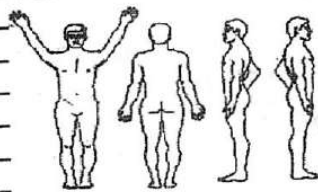
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (X) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida;



CUÍDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS Prejudicada HTD

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dl)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENOS (ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF AVP (MSA)	18/03
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NÁRIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input checked="" type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() RISCO DE Desequilíbrio DIMINUIDO
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

B. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MOORE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Janefer
20/10/3



17/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



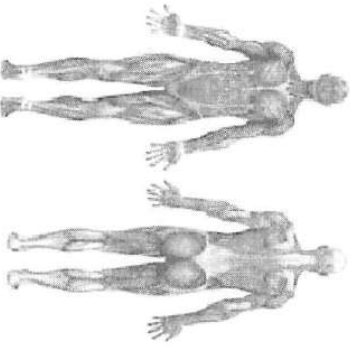
ATENDEIMENTO URGÊNCIA
CLASS. DE RISCO: VERMELHO

PRONT (B.E) Nº:2128623
 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: 17/03/2020
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Marcia Cristina De Melo Pereira
PACIENTE: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO CEP:58125000 Nascimento:09/12/1996
 Endereço:RUA PORTACIO CARLOS MORETE

Cidade: Alagoa Nova Sexo:F Telefone: 81648517
 Idade:023 Bairro:MUTIRAO
 Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO RG: 47089596 Nº:0
 CPF: 71648689485 Profissão:DO LAR
 Responsável: MARIJIA DE SOUSA Data de Atendi:15/03/2020 CNS:70211369
 Estado Civil: Atendi:15/03/2020 Hora: 03:37:23
 Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO
 Hora: 03:37:23
 Especialidade: CIRURGIA

Médico: _____ CRM: _____
OBSEFIÇA: SEM DOCUMENTOS
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. Entesema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortuso
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. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinial
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parêntia
32. Parêntia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia

OBS: _____

QUEIMADURA:
 Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: _____

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA: _____
 MEDICAMENTOS: _____
 PATOLOGIAS: _____
EXAME FÍSICO
 PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
 Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:
 () Laboratoriais () Ultrassonografia: _____
 () Gasometria arterial () Radiografias: _____
 () Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
 Especialista: _____ às _____ : _____ Dia / / _____
 Especialista: _____ às _____ : _____ Dia / / _____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N.º: 2128623

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: 15/03/2020
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento : acolhimento

PACIENTE: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO /ID 23 ANOS

CEP: 58835000 Nascimento: 31/12/1969

Cidade: Lagoa Sexo: F Telefone:

Nome da Mãe: RG: Bairro:

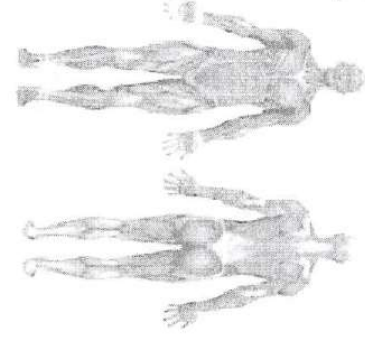
Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de Atendimento: 15/03/2020

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 03:37:23

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

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



- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Der
- 7. Edema
- 8. Empalramento
- 9. Erifsema subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortuso
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corto-cortuso
- 17. F. Perfuro-cortuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Incurtamento Vencoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinosa
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encravado
- 29. Otorragia
- 30. Paralisia
- 31. Paralisia
- 32. Paralisia
- 33. Quelmadura
- 34. Rinoorragia
- 35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEMADURA: Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

Francisca Costa


EXAMPE PRIMARIO - DADOS CLINICOS

peleza de queda de modo y duas
 de corte pontado + escoriações e
 erupção fúngica em MT. D
 cabeça e perfura de alcap e cogar na
 Abdom: flatulog
 Alergia: *neha*

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Anisocóricas () Sat02

Glasgow 15 PA HGT:

Glasgow 15 PA HGT: *compensada, ouladas, mas reconhecidas*
bulbo cheio

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Gasometria arterial
- () Tomografia computadorizada
- () Ultrassonografia:
- () Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *cto Leite* às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>210,91 500 T 27</i>	
2	<i>Atta primária geral</i>	<i>04:55</i>
3	<i>Atta 400 tab 1x</i>	
4	<i>quimo de taba</i>	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Genesino Cidre de Carvalho
 Cidre de Carvalho
 CRM: 14470006
 126540214420006

RAIO X
REALIZADO EM:
 15 103 2020



15/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 15/03/2020

Paciente: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO /ID 23 ANOS Idade: 02020 N° ATEND: 2128623

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 15/03/2020 HORA: 03:41:02

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

SINANIS DE EMBRIAGUEZ : ~~NÃO~~ SIM

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

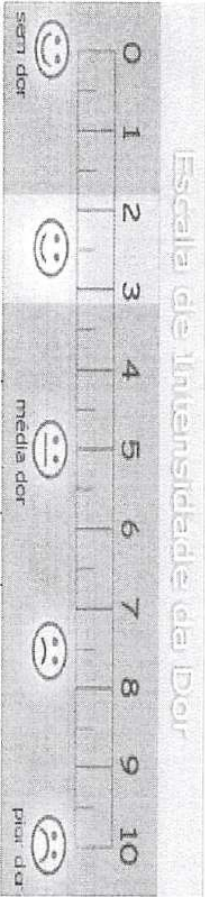
DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

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 () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU LAGOA NOVA

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Israel de Souza Farias
Enfermeiro
CRP 115.776



R. H.

Vistos, etc.

Na qualidade de perita nomeio a Dr^a. Rosana Duarte, para fazer a perícia na parte autora.

Fixo os honorários no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), a ser pago pela **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**, devendo o valor ser depositado antes do ato da realização da perícia, o qual deverá ser emitido recibo, para comprovação do pagamento nos presentes autos.

Intime-se a perita da presente decisão, caso aceite a nomeação informe a este juízo, no prazo de 15 (quinze) dias, o local, data e hora de atendimento, para intimação das partes.

Intimem-se as partes, através de seus advogados, para apresentarem quesitos e assistentes técnicos, caso queiram.

Intime-se a Seguradora Líder para, no prazo de 15 (quinze) dias, depositar em conta judicial o valor da perícia.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação, por videoconferência. Cite-se o réu para audiência designada



com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência. Intime-se a parte autora, através de seu advogado. O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação

Informe as partes o link da audiência.

Nos termos do art. 108 do Código de Normas da Corregedoria Geral de Justiça, serve a presente decisão como mandado de citação/intimação.

Cumpra-se.

Juiz de Direito

Data e assinatura eletrônica





**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE ALAGOA NOVA**

Juízo do(a) Vara Única de Alagoa Nova

Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581



v.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Nº	DO	PROCESSO:	0801180-66.2021.8.15.0041
CLASSE	DO	PROCESSO:	PROCEDIMENTO
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito]			COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). ERONILDO JOSÉ PEREIRA, MM Juiz(a) de Direito deste Vara Única de Alagoa Nova, fica(m) **CITADA(s) a(s) parte(s) REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., através de seu(s) advogado(s) cadastrado(s) no PJE**, abaixo indicado(s), por todos os atos do processo acima mencionado, **ficando intimada da decisão Id49848437.**

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito, **ficam a(s) parte(s) e seu(s) advogado(s) ADVERTIDOS** que a presente intimação foi encaminhada, **via sistema**, exclusivamente ao(s) advogado(s) que se encontrava(m), no momento da expedição, devidamente cadastrado(s) e validado(s) no PJe/TJPB, conforme disposto na Lei Federal nº 11.419/2006. **Observação:** A eventual ausência de credenciamento resulta na intimação automática apenas do(s) advogado(s) habilitado(s) que esteja(m) devidamente cadastrado(s) e validado(s) no sistema PJe do TJPB, uma vez que a prática de atos processuais em geral por meio eletrônico somente é admitida mediante uso de assinatura eletrônica, sendo, portanto, obrigatório o credenciamento prévio no Poder Judiciário, conforme arts. 2º, 5º e 9º da Lei 11.419/2006 c/c art. 7º da Resolução 185/2013/CNJ.



ALAGOA NOVA-PB, em 15 de outubro de 2021

De ordem, VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXX

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXX



EM ANEXO



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

1. DATA, HORA E LOCAL: Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

2. CONVOCACÃO: Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

3. PRESENÇA: Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

4. MESA: Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

6. DELIBERAÇÕES: Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: **(a) JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; **(b) HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

CR
Isabella




Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
 Página 2 de 3



Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
 Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
 NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018
 CERTIFICADO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.
 Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8
 Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 4/13




7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

8. ASSINATURAS: A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicólas Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de
Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


Roberto Barroso
Presidente


Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5EBCFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04


LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.	
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5E5CFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8	
Para validar o documento acesse http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital , informe o nº de protocolo: Reg. 10/13	





4996507

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016

2/3

"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Artigo 1º – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Artigo 2º – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

Artigo 3º – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

Artigo 4º – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

Artigo 5º – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

Artigo 6º – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 7º – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 1 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11B12475AE920B296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996508

ARTIGO 8º - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

Parágrafo Primeiro - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

Parágrafo Segundo - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

Parágrafo Terceiro - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

Parágrafo Quarto - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, $\frac{1}{4}$ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

Parágrafo Quinto - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

Parágrafo Sexto - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de $\frac{2}{3}$ (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

ARTIGO 9º - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

Parágrafo Segundo - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

Parágrafo Terceiro - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996509

Parágrafo Quarto – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo Quinto – Caberá à Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 10 – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

Parágrafo Segundo – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

Parágrafo Terceiro – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembléia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

ARTIGO 11 – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

ARTIGO 13 – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

Parágrafo Segundo - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996510

convocada.

Parágrafo Terceiro - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

ARTIGO 14 – O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

Parágrafo Primeiro – Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

Parágrafo Segundo - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou *e-mail* a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

Parágrafo Terceiro - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

ARTIGO 15 – Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 4 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

ARTIGO 16 – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

Parágrafo Único – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

ARTIGO 18 - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

Parágrafo único - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

ARTIGO 19 - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

Parágrafo Primeiro – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

Parágrafo Segundo – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 6 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

ARTIGO 20 – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

ARTIGO 21 - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10


Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9ADC86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996514

- 12
W
- c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;
 - d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;
 - e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;
 - f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;
 - g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e
 - i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

ARTIGO 22 – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

- a) dois Diretores;
- b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;
- c) dois procuradores com poderes especiais.

Parágrafo Primeiro – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

- a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;
- b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

Parágrafo Segundo – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

ARTIGO 23 – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D798CBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2018





4996515

Parágrafo Primeiro – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

Parágrafo Segundo – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

ARTIGO 24 – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

ARTIGO 25 – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

ARTIGO 26 – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

Parágrafo Único – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

ARTIGO 27 – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

ARTIGO 28 – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 48F9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.

15/4



4996516

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 29 - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

ARTIGO 30 - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

Parágrafo Único - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

ARTIGO 32 - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

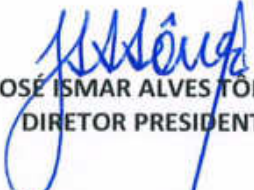
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002958803 - 11/10/2015



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas
DA CAPITAL

Recebição por AUTENTICAÇÃO das firmas de: **HELIO BITTON RODRIGUES** e **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES** (X00060524953)
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.
Em testemunho da verdade.

Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.
ECLP-56891 HCLP-56892 DRS
<https://www3.tjri.jus.br/sitepublico>

Tabulação: Carlos Alberto Firmo Oliveira
Rua do Canto, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel. 2107-5900

ADBZB690
088674

Conf. por: Serventia
TIFUNDOS
Total

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paula Cristina A. D. Gaspar
: 3,9% Escrevente
: 10796.48062 série 09077 ME
Aut. 20 5 3ª Lei 8.936/94



SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador da **SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º andar – Centro – RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado pelo **Dr. JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Secção de São Paulo, sob o número 111.807 e no CPF/MF sob o nº 110.916.708-38, doravante denominada Outorgante, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, aos quais, independentemente de ordem ou nomeação, conferem plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *Ad Judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações e recursos competentes e defender a Outorgante nos contrários, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, conciliar nos termos dos artigos 105 e seguintes do Código de Processo Civil, nomear prepostos para representá-la judicialmente, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, tudo

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.



com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, ficando, desde já, **VEDADO** receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº09. 248.608/0001-04 nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2018.

JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA
OAB/SP 111.807





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: _____ 3 - CPF da vítima: 716.486.894-85 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Maria da Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: Fernanda Maria da Conceição 6 - CPF: 716.486.894-85
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Protástor Carlos Moreno 9 - Número: 113 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Ultras Guimarães 12 - Cidade: Chagata Nova 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58125-000
15 - E-mail: ivraelsonradr@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99631-8671

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3814 8 CONTA: 23325 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (al 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a 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, Chagata Nova - PB, 07/07/2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Fernanda M. da Conceição
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Israel de Souza Farias

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-8819



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 N° 000224/21 registrada em 30/06/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta dias do mês de junho do ano de 2021, 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 08:58 horas, compareceu a Sra. FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, com 24 anos de idade, filha de NÃO DECLARADO e MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA NOVA - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão DO LAR, portadora da Cédula de Identidade N° 4.708.596, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 71648689485, residindo à rua PROTÁSIO CARLOS MORENO, 113, bairro ULISSES GUIMARÃES, na cidade de ALAGOA NOVA - PB, celular 9-8164.8517.

Declarou que:

Informa a comunicante, que por volta das 02h00min do dia 15.04.2020, estava trafegando pela Rua Eunídes Leite, próximo a Praça de João Machado, na cidade de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, ano/modelo 2008/2008, cor vermelha, chassi n° 9C2KC08508BR080739, de placa EFJ-4226/SP, licenciada em nome de José Gomes dos Santos, quando foi atingida por uma camionete tipo HILLUX, de placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, sendo que em decorrência do impacto a comunicante foi jogada ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme prontuário médico apresentado nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo se evadiu do local sem prestar socorro; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa luminosidade, não encontrando-se a comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, informa ainda que não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais do BPTTran, pois os mesmos não foram acionados; Que, manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. 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, Quarta-feira, 30 de Junho de 2021

Fernanda Maria da Conceição

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090

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: _____ 3 - CPF da vítima: 716.486.894-85 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Maria da Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: Fernanda Maria da Conceição 6 - CPF: 716.486.894-85
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Protástor Carlos Moreno 9 - Número: 113 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Ultras Guimarães 12 - Cidade: Chagata Nova 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58125-000
15 - E-mail: ivraelsonradr@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99631-8671

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3814 8 CONTA: 23325 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (al 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a 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, Chagata Nova - PB, 07/07/2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Fernanda M. da Conceição
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Israel de Souza Farias

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



17/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2128623 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: 17/03/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Marcia Cristina De Melo Pereira

PACIENTE: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO CEP:58125000 Nascimento:09/12/1996
Sexo:F Telefone: 81648517
Endereço:RUA PORTACIO CARLOS MORETE Idade:023 Bairro:MUTIRAO
Cidade: Alagoa Nova RG: 4708596 Nº:0
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO CPF: 71648689485 Profissão:DO LAR
Responsável: MARILIA DE SOUSA Data de Atend:15/03/2020 CNS:70211369
Estado Civil: CONVÊNIO:SUS
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 03:37:23 Especialidade: CIRURGIA
Médico: CRM:

OBS-FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Creptação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Enfisema subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortante
- 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. Injurgitamento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinial
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encrevado
- 29. Ocorrência
- 30. Paralisia
- 31. Parestia
- 32. Parestesia
- 33. Queimadura
- 34. Rinorragia
- 35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:
() Laboratoriais () Ultrassonografia: _____
() Gasometria arterial () Radiografias: _____
() Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

tohtcg/imp/urgencia.php?contar=2128623;

1/2



JOSE SILVERIO FILHO
RUA PROTASIO CAVALOS MORENO, 113 - ULISES - IMARA
ALAGOA NOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)



CPF/CNPJ/RANI 043 248 274-18

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA TENSÃO
Ligação: MONOFÁSICA
Rota: 17-77-825-3060 Medidor: U00/U002515



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5051136-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 189



VALOR DA FATURA

R\$ 46,95



VENCIMENTO

05/04/2021



REFERÊNCIA

Mar / 2021



CONSUMO

92kWh

3,17 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

Sujeito a corte!

Reaviso de vencimento
Seu fornecimento poderá ser suspenso
a partir de 10/04/21
Regularize seus débitos

FATURAS EM ATRASO

Fev/21 R\$11,44

DESCRIÇÃO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Aliq ICMS (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	ICMS ICMS (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,258620	7,76	7,76	25	1,94	5,88	0,04	0,18	
0601	Consumo > 31 a 100kWh-BR	62	0,443810	27,51	27,51	25	6,87	20,87	0,14	1,04	
0601	Adic. B Amarela			0,88	0,88	25	0,22	0,67	0,00	0,00	
0610	Subsídio			33,59	33,59	25	8,40	25,48	0,17	0,78	
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JURGS DE MORA 01/2021			0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 01/2021			0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0906	Devolução Subsídio			-24,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	46,95	69,74	17,43	62,90	0,25	1,82
	Tarifa s/ Tributos	Até 30kWh	0,188820	Até 100kWh	0,320270			

RESERVADO AO FISCO 044c.d9ec.c581.2857.17ab.07c6.6a0e.9b06.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mar/20	0*
Abr/20	0*
Maio/20	0
Jun/20	5
Jul/20	51
Ago/20	44

LEITURAS

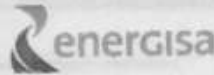
Anterior	25/03/21	15043
Atual	28/03/21	15135

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	10,43	22,21
Compra de Energia	11,52	24,54
Serviço de Transmissão	1,98	4,22
Encargos Selonias	2,17	4,62
Impostos, Parafis e Encargos	20,85	44,41



PALLO MENINO DE FARIAS
 TRAY MANOELA COSTA, 70 - CENTRO
 ALAGOA NOVA / PB CEP 58120001 (AG 71)



Grupo CONVENCIONAL BAIKA TENSÃO / Subgrupo B1
 Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
 Ligação MONOFÁSICO
 Reten: 17, 77, 820 - 4420 Nº Medidor 0000136722

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/549135-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00005491302

VALOR DA FATURA R\$ 201,08	VENCIMENTO 03/08/2020
REFERÊNCIA Jul / 2020	CONSUMO 239 kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa ou Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alto ICMS ICMS (R\$)	Alto ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	PIS/PIS-Offshore (R\$)	Cofins/Cofins (R\$)
0001	Consumo em kWh	239	0,812000	194,08	194,08	27	62,40	194,08	2,02	9,31
3907	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
3904	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
3904	JURCS DE MOVAL 06/2020			2,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0992	CONJUNTIVO LUM 14/06/2020 12/2018			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC Código de Classificação do Item TOTAL 201,08 194,08 62,40 194,08 2,02 9,31
 Taxa de 2,2444% 0,545400
RESERVADO AO FISCO 848d c976 0118 627d ba31 2421 800a d29b

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)	LEITURAS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																								
<ul style="list-style-type: none"> Jul 18: 82 Ag 18: 79 Set 18: 86 Out 18: 72 Nov 18: 80 Dez 18: 80 Jan 20: 127 Fev 20: 201 Mar 20: 214 Abr 20: 251 Mai 20: 207 Jun 20: 177 Jul 20: 148 	Anterior: 29/06/20 1787,5 Atual: 27/07/20 192,5 Consumo: 239 kWh Período: 31 dias Consumido no mês anterior: 1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>Valor (R\$)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Serviços de Util. de Energia-PS</td> <td>51,21</td> <td>25,42</td> </tr> <tr> <td>Consumo de Energia</td> <td>132,84</td> <td>66,08</td> </tr> <tr> <td>Serviço de Transmissão</td> <td>7,81</td> <td>3,88</td> </tr> <tr> <td>Emissão Setorial</td> <td>1,75</td> <td>0,87</td> </tr> <tr> <td>Impostos Diretos e Encargos</td> <td>11,82</td> <td>5,88</td> </tr> <tr> <td>Cobrança Demais</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>202,28</td> <td>100,00</td> </tr> </tbody> </table>	Descrição	Valor (R\$)	%	Serviços de Util. de Energia-PS	51,21	25,42	Consumo de Energia	132,84	66,08	Serviço de Transmissão	7,81	3,88	Emissão Setorial	1,75	0,87	Impostos Diretos e Encargos	11,82	5,88	Cobrança Demais	0,00	0,00	Total	202,28	100,00
Descrição	Valor (R\$)	%																								
Serviços de Util. de Energia-PS	51,21	25,42																								
Consumo de Energia	132,84	66,08																								
Serviço de Transmissão	7,81	3,88																								
Emissão Setorial	1,75	0,87																								
Impostos Diretos e Encargos	11,82	5,88																								
Cobrança Demais	0,00	0,00																								
Total	202,28	100,00																								

PRÓXIMA LEITURA
28/08/2020

METAS	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DEFENSÃO (h)
Horas que o cliente focou com energia-DID	8,27	0,00	12,54	25,08
Horas que o cliente focou sem energia-FC	3,43	0,00	9,96	19,92
Duração da maior interrupção de energia por hora-DIMC	2,71			
Duração da menor interrupção de energia por hora-DIPC	13,32			

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está orientando a todos a evitar locais fechados e lotados, como shopping centers, lojas, academias, clubes, etc.
- Paradas de 15 minutos, a cada 1 hora.
- Leturas confirmadas.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
 CNPJ 08.095.189/0001-40 - Ins. Est. 18.075.922-0-
 Nota Fiscal/ Copia de Energia Elétrica Nº 048 - 176.817 - Emissão: 27/07/2020
 Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA Fica disponível para consulta e pagamento a partir de 27/07/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 18480.963174 1 83360000020108

PAGADOR: PALLO MENINO DE FARIAS - CPF/CNPJ: 812.786.596-20
 TRAY MANOELA COSTA, 70 - CENTRO
 ALAGOA NOVA / PB CEP 58120001

Nosso Nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120018480963	000549135202007	03/08/2020	R\$ 201,08	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.189/0001-40
 B-200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.486.894 / 85,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.486.894 / 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA MANOEL ARAÚJO		Número: 70	Complemento: —
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com			Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 07/07/2021

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante





Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/03/2020

Horas: 04:57:46

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630

Paciente: SEM DOCUMENTOS

Idade: 02020

Sexo:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 15/03/2020 DIH - 0

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 10

Leito: 4

Diagnóstico:

DIA 15/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	rt
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	rt 12h 24h
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	rt 18h
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 01CAPS. 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	rt
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	rt
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	rt

EVOLUÇÃO

DATA: 15/03/2020 HORA: 04:56:14

#ortopedia admissão#

paciente vítima de colisão carro -moto com dor, edema e incapacidade funcional de mid, feito rx de coxa direita mostrando fratura em diafise de femur direito.

cd: solicito pre-op.

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM 13.10752



15/03- 14:00h. P.A= 130x20

PACIENTE EVOLUI COM UENTE, ORIENTADO,

A MESMA NÃO REFERIR DUREZAS. *Paula*

15-03-20

PA- 100/60

H- 19, 40

Paciente evoluiu sem
febris, segue as
cuidados de enfermagem.

Josana Cristina de Albuquerque
COREN-PR 174.938- TE





Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/03/2020

Horas: 09:20:51

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Fernanda Maria da Romaria

Nº do prontuário: 2128630

Paciente: SEM DOCUMENTOS

Idade: 02020

Sexo:

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 15/03/2020 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA I

Enfermaria: 4

Leito: 2

Diagnóstico:

DIA 16/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

OK OK

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 01FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	06
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	5/12

EVOLUÇÃO

DATA: 16/03/2020 HORA: 09:20:35

#ortopedia admissão#

paciente vítima de colisão carro -moto com dor, edema e incapacidade funcional de mid, feito rx de coxa direita mostrando fratura em diafise de femur direito.

cd: solicito pre-op.

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Dr. Nattan Santos Rozendo De Oliveira
Médico
CARIMBO



16-03-20
PA - 120/80

H - 09,40

Paciente evolui sem
feixas, apresenta erupção
linfopática do tipo de
Traced, segue as
de enfermagem.

cidade de
Poaçu
CEM 174-938
Paraíba
Técnica enfermagem

16/03. 20:00h. PA=120x80.

Paciente evolui consciente, orientada,
a mesma não referiu dores, segue sob cuidados
da enfermagem. *J. Costa*





Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/03/2020

Horas: 08:46:07

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 17/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	12 38 34 06
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	30 48
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	48
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	SIN

EVOLUÇÃO

DATA: 17/03/2020 HORA: 08:44:56

#ortopedia admissão#

paciente vítima de colisão carro -moto com dor, edema e incapacidade funcional de mid, feito rx de coxa direita mostrando fratura em diáfise de femur direito.

cd: AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

SRL 1002, N

18 20

Nattan Rozendo
MÉDICO



17.03.2020 PA 100x60 Paciente
evolui estavel consciente orientado
sem queixas segue os cuidados
da enfermagem.


Josilene dias Cruz
COREN-PB 700.765-TE

14/03/2020

às 20:30hs

PA : 100x70 mmHg

Paciente segue aos
cuidados da enfer-
magem. m.c.p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE







Santos Santos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 **Paciente: SEM DOCUMENTOS** Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 18/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>para zero o peso dos ossos</i>	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	<i>12.16.24 26</i>
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	<i>26</i>
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>26 Suspende!</i>
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	

EVOLUÇÃO

DATA: 18/03/2020 HORA: 07:53:20

#ortopedia admissão#

paciente vítima de colisão carro -moto com dor, edema e incapacidade funcional de mid, feito rx de coxa direita mostrando fratura em diafise de femur direito.

cd: AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
Médico
CRM-PB

Dr. Everlan Meira
MÉDICO
CRM-PB

Retiro o x cone do Hemoclor 600ml 7/19/23

Nattan Rozendo
Médico
CRM-PB



18103/2020 Consciente, orientado, bomho no leito. Com nusechis, Digo, fiko salinizado. Diferido
P.A.: 100 x 60. Suguem os cuidados. *Anery*

Ana Nery de Lourdes Silva
COREN-PB 250705-TE

18103/2020

31:30

PA= 110/60 *Lo*





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/03/2020

Horas: 19:01:01

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 Paciente: *Fernanda Maria da Conceição* SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 19/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>08</i>
	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01 AMPOLA, 6h/6h	<i>24 08</i>
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	<i>08</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(2) e.e.</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	<i>24</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 19/03/2020 HORA: 18:59:33

#ortopedia admissão#

paciente em poi de fratura de femur direita, em beg sem intercorrencias.

cd:

solicito rx de controle e inicio antibioticoprofilaxia

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PS 10753



19/03/2020

às 20:30 hs

P.A. :: 120x80 mmHg

Paciente em pós-operatório
Segue em ventilação e com
dreno de sucção. m.c.p.m

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PE 177.451-TE

A





Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 19/03/2020

Número do Atendimento: 2128630 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 4 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 15/03/2020

Atendimento: 2128630

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE FEMUR DIREITO

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 19/03/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EULER FABRÍCIO ALVES CRUZ

Aux 2: NATTAN ROZENDO

AUX 3:

Instrumentador: THIAGO

Anestesiista: RQUIANESTESIA

Tipo de anestesia: DIEGO

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3) INCISÃO LATERAL DE COXA ESQUERDA + DISSECCÃO POR PLANOS +
HEMOSTASIA
4) REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE FEMUR + FIXAÇÃO COM PLACA DCP +
PARAFUSOS
5) LAVAGEM DA FO COM FO
6) SUTURA + CURATIVO

Data 19/03/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Luiz

PACIENTE: <i>Jornada Maria de Bonçicas DN 09/12/1996</i>				
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		<i>SUS</i>	<i>23 anos</i>	<i>2128630</i>
CIRURGIA		CIRURGIÃO		
<i>fr. urg. c/ fixação</i>		<i>Dr. Amorim + Dr. Coube</i>		
ANESTESIA		ANESTESIA		
<i>Requisi</i>		<i>Dr. Diego</i>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM
<i>Thiago</i>		<i>19-03-20</i>	<i>17:00</i>	<i>19:00</i>
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	01 Catei. pl. Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	01 Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	06 Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml	01 Dreno <i>Succo 4.8</i>		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pl. osso
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	<i>Mercalina 2% ml</i>	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	<i>Morfin amp.</i>	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
	<i>Pavulon amp.</i>	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.	Espardrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml	05 Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml		Mononylon
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	04	Mononylon 2-0
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
02	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
02	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix
02	<i>Dipirona amp.</i>	Luvas 7.5	02	Vicryl Sertix 1
02	<i>Dipirona amp.</i>	Luvas 8.0		Vicryl Sertix
02	<i>Dipirona amp.</i>	Luvas 8.5		
02	<i>Dipirona amp.</i>	Oxigênio l/m		
02	<i>Dipirona amp.</i>	Poliflix		
02	<i>Dipirona amp.</i>	PVPI Degemante ml		
02	<i>Dipirona amp.</i>	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
02	<i>Dipirona amp.</i>	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
02	<i>Dipirona amp.</i>	Saco coletor <i>plixio</i>		SG Gelado fr 500 ml
02	<i>Dipirona amp.</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
02	<i>Dipirona amp.</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
02	<i>Dipirona amp.</i>	Seringa desc. 05 ml	04	SG F 500 ml
	Prolamina	Sonda		
	Revivan amp.	Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Stuption amp.	Sonda Nasogálica		<i>MAZ</i>
	Cefalotina 1g	Sonda Uretral nº		<i>01 placa DCP 12 Tera</i>
		Sterydrem ml		<i>402</i>
		Torneirinha		<i>11 Prefunção Cortical</i>
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28	Látex		
	Agulha desc. 3 x 4,5			
01	Agulha pl. raque nº	05 <i>eletrocardiograma</i>		
	Álcool de Enfermagem	<i>gel et placa</i>		
	Álcool Iodado ml			
04	Ataduras de Crepon			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml			

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

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TIP0 5 / ISO 11140-1
LOTE CL5150819
VAL.: 15-AGO-2021
Referência: Arquivo na e-cad do quâdrado de sinal ou mais segura que a cor de selo.

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TIP0 5 / ISO 11140-1
LOTE CL5150819
VAL.: 15-AGO-2021
Referência: Arquivo na e-cad do quâdrado de sinal ou mais segura que a cor de selo.

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Téc. de Enfermagem
COREN - PB 703.722
Vanda

MOD 055





HUECC HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA LETO N° PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA NOME: <u>Fernando Manoel de Souza</u> IDADE: <u>50</u> SEXO: <u>M</u> ALTURA: <u>1,70</u> PESO: <u>80</u> DATA: <u>19/03/2020</u> PRESSÃO ARTERIAL: <u>130x50</u> PULSO: <u>50</u> TIPO SANGÜÍNEO: <u>A</u> HEMACÍAS: <u>12</u> HEMOGLOBINA: <u>12</u> HEMATÓCRITO: <u>sup</u> URINA:		AP. RESPIRATÓRIO: <u>ASMA</u> AP. CIRCULATÓRIO: <u>ELETRICOCARDIOGRAMA</u> AP. DIGESTIVO: <u>DENTES</u> ESTADO MENTAL: <u>EXCELENTE</u> DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Ex fenda D</u> ANESTESIAS ANTERIORES:	
ANESTESIA PRE-ANESTÉSICA: <u>18:30</u> APLICADA: <u>AS</u> EFEITO:		MANUTENÇÃO Satisf.: <u>Excit.</u> Tosse: <u>Excit.</u> Laringo espasmo: <u>Lenta</u> Náuseas: <u>Vômitos</u> Outros:	
ANESTESIA SATISF.: Sim <u>1</u> Não <u>1</u> Não, por quê?		DESPERTAR Reflexos na SO: <u>Excit.</u> Obst.: <u>Co.</u> <u>Excit.</u> Náuseas: <u>Vômitos</u> Outros:	
ANESTESIA SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:		LÍQUIDOS AGENTES ANESTÉSICOS	
POSIÇÃO: <u>DIT</u> AGENTES: <u>Morona propofol + morfina 5mg</u> TÉCNICA: <u>Propofol 1,5% + morfina 5mg</u> OPERAÇÃO: <u>Ex fenda de For de Fournier</u> CIRURGIÕES: <u>Amorim + Colares</u> ANESTESISTAS: <u>Amorim + Colares</u> OBSERVAÇÕES: <u>Amorim depois</u> ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.		CÂNULAS: <u>96/14/100</u> PERDA SANGÜÍNEA:	



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

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



Assinatura do anestesista



CONTROLE CIRÚRGICO



M.A.S.

1332

34

Dr. Suelio Moreira Torres - Cirurgião Geral - CRM: 10123
Rua: 10123 - CEP: 67000-000 - Manaus - AM

Paciente: _____
Hospital: _____
Médico: _____
Data da Cirurgia: _____
Procedimento: _____
Convênio: _____
Instrumentação(s): _____
Cirurgião: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Esponja de Gaze	1234
02	Esponja de Gaze	1234
03	Esponja de Gaze	1234
04	Esponja de Gaze	1234
05	Esponja de Gaze	1234
06	Esponja de Gaze	1234
07	Esponja de Gaze	1234
08	Esponja de Gaze	1234
09	Esponja de Gaze	1234
10	Esponja de Gaze	1234
11	Esponja de Gaze	1234
12	Esponja de Gaze	1234
13	Esponja de Gaze	1234
14	Esponja de Gaze	1234
15	Esponja de Gaze	1234
16	Esponja de Gaze	1234
17	Esponja de Gaze	1234
18	Esponja de Gaze	1234
19	Esponja de Gaze	1234
20	Esponja de Gaze	1234

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2021 11:25:11

de _____ de 2020

Médico Responsável

Cirurgião





Somos todos
PARAÍBA
Governador do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 Paciente: *Fernanda Maria* SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 5

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 20/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	U
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
3	JELCO SALINIZADO	U
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	1/2 18 21 06
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	2
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	SIN. 12 24:00

EVOLUÇÃO

DATA:20/03/2020 HORA:09:06:14

#ortopedia admissão#

paciente em poi de fratura de femur direita, em heg sem intercorrências.

ed:

ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM/PB 10753



20/03/2020 - 07h20min - PA: 120x80 - Pate em EGR, com
ciente e orientada, com AIP, realizado curativo
com retirada de dreno, queixa-se de dor no mo-
mento do curativo. Segue aos cuidados de en-
fermagem.

Kelly Fernanda N. Mota
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COREN-PB 599.638

20/03/20 19:30

P.A 110x60

Debora





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/03/2020

Horas: 08:23:49

Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2128630 *Fernanda Maria* Paciente: SEM DOCUMENTOS Idade: 02020 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 15/03/2020 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 4 Leito: 2 Diagnóstico:

DIA 21/03/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira / MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 01FRA AMP, 12h/12h 2D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	JELCO SALINIZADO	
4	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h) DAR EM JEJUM	
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS SE DOR INTENSA	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/03/2020 HORA: 08:22:37

#ortopedia admissão#

paciente em 1 dpo sem intercorrencia de fratura de femur direita.

cd: ALTA HOSPITALAR

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869

ASSINATURA + CARIMBO
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza





RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS *Fernanda Maria*

Data da Internação: 15/03/2020 Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2128630

Tempo de Permanência: -18337

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR D

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data: 19/03/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: NATTAN ROZENDO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM FRATURA DE FEMUR D

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOPROFILAXIA
OBS: NÃO PISAR ATE O RETORNO

Medicações para Casa: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedrosa
MÉDICO
CRM-PB 12.869

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



Sr(a): **FERNANDO MARIA DA CONCEIÇÃO** Protocolo: **0000518262** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **SEM IDENTIFICACAO MEDICA** Data: **15-03-2020 13:41** Origem: **ORTOPEDIA I**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **50 anos** Destino: **ORTOPEDIA I**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 15/03/2020 13:40]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	4.44 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	81 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	27 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,0 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	11.700 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	351
Segmentados.....	77,0	9.009
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	18,0	2.106
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	234
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	232.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Ana Cassia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411

Emissão : 15/03/2020 17:06 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8D71-BED5-2537-CF2A-FBE6-4999-56B1-754C



Sr(a): **FERNANDO MARIA DA CONCEIÇÃO** Protocolo: **0000518262** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **SEM IDENTIFICACAO MEDICA** Data: **15-03-2020 13:41** Origem: **ORTOPEDIA I**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **50 anos** Destino: **ORTOPEDIA I**

URÉIA

[DATA DA COLETA: 15/03/2020 13:41]

Resultado..... **24 mg/dL**

VALOR DE REFERENCIA: 17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

CREATININA

[DATA DA COLETA: 15/03/2020 13:41]

Resultado..... **0,7 mg/dL**

Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00 mg/dL
5 dias a 3 anos.....: 0,20 a 0,40 mg/dL
4 a 11 anos.....: 0,30 a 0,70 mg/dL
12 a 17 anos.....: 0,50 a 1,00 mg/dL
Para adultos:
Homens:
18 a 50 anos.....: 0,90 a 1,30 mg/dL
51 a 90 anos.....: 0,80 a 1,30 mg/dL
Acima de 90 anos.....: 1,00 a 1,70 mg/dL
Mulheres:
18 a 50 anos.....: 0,40 a 1,10 mg/dL
51 a 90 anos.....: 0,60 a 1,20 mg/dL
Acima de 90 anos.....: 0,60 a 1,30 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

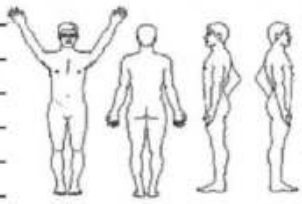


**Ana Cassia Miguel Agra
Biomedica
CRBM 5411**

Emissão : 15/03/2020 17:06 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3AE4-5998-FD9B-2EB8-B268-7999-0CC0-C246



1. IDENTIFICAÇÃO												
Nome: <u>Fernando Maria do Conceição</u>		Idade: <u>20</u>		Sexo		Enf/Leito <u>4-2</u>						
2. HISTÓRIA PREGRESSA												
Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM												
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:												
3. DOENÇA ATUAL:												
MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>fx de diafragma de fêmur (D)</u>												
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS												
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (<input checked="" type="checkbox"/>) CONSCIENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO												
MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____												
LINGUAGEM: (<input checked="" type="checkbox"/>) DISFONIA () DISARTRIA												
RESPIRAÇÃO: (<input checked="" type="checkbox"/>) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS												
PERCEIÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:												
ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____												
SEGURANÇA FÍSICA: (<input checked="" type="checkbox"/>) TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____												
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (<input checked="" type="checkbox"/>) REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____												
EDEMA: () LOCAL OBS: _____												
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)												
TIPO SOMÁTICO: (<input checked="" type="checkbox"/>) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO												
ALIMENTAÇÃO: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO () SNG () SNE () OUTROS: _____												
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (<input checked="" type="checkbox"/>) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____												
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (<input checked="" type="checkbox"/>) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____												
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA												
COLORAÇÃO DA PELE: (<input checked="" type="checkbox"/>) NORMOCORADA () HIPOCORADA												
PELE: (<input checked="" type="checkbox"/>) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____												
LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____												
localização anatômica da ferida; 												
CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO												
CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE (<input checked="" type="checkbox"/>) DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE												
HIGIENE CORPORAL: (<input checked="" type="checkbox"/>) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA												
LIMITAÇÃO FÍSICA: (<input checked="" type="checkbox"/>) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS												
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS												
COMUNICAÇÃO: (<input checked="" type="checkbox"/>) PRESERVADA () PREJUDICADA												
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (<input checked="" type="checkbox"/>) COOPERATIVO () OUTROS: _____												
6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:												
RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE												
7. AVALIAÇÃO GERAL:												
HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
(<input checked="" type="checkbox"/>) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	7 x 10	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(<input checked="" type="checkbox"/>) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUÍDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA: 15 / 03 / 2020

Giliana S. Raposo




1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda Maria da Conceição Idade: 20 Sexo: _____ Enf/Leito 4.2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicções em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: px da Diálise de Jmna (p)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

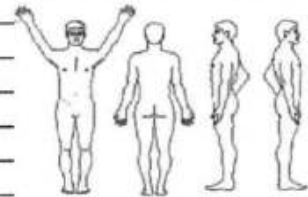
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	1x/dia	
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12/20	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	1x/72h	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	1x/72h	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

DATA: 16/03/2020

Gilçara S. Raposo
ENFERMEIRA
COR



17.03.2020



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM

ORTOPEDIA 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda dos Santos Idade: 20 Sexo F Enf/Leito 4-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS outros cr

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

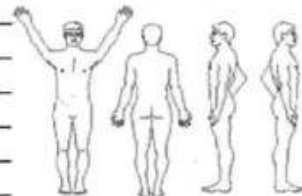
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	08h	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	Sempre	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input checked="" type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72h	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:  DATA: ____/____/____

COREN-PA 55.715-ENF



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda Lúcia da Conceição Idade: 20 Sexo: F Enf/Leito: 4.2

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: Fx Diagnóstico de dor

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSÍCO-BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

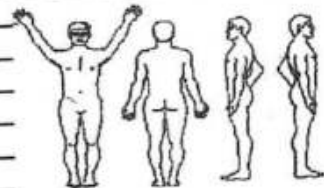
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida:



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NÁRIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (/) OUTRO	(/) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(/) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO:		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(/) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(/) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>Adio</i>	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(/) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>12/12/20</i>	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
(/) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>Adio</i>	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() RISCO DE Desequilíbrio DIMINUIDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(/) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>Atenção</i>	
(/) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>sempre</i>	
OUTRO:		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORTON)

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

Gilene Suzano
ENFERMEIRA
0281-10.420-511

18.03.2020



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda Ub. da Conceição Idade: 80 Sexo F Enf/Leito 4-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ft. prótese de Têlex

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

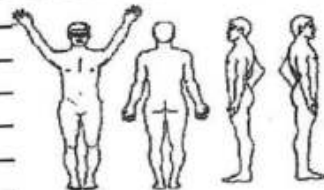
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (x) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (x) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

Localização anatômica da ferida;



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (x) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIÇÃO FÍSICA: (x) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NÁRIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (X) OUTRO	(X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) (X) OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA (X) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>1x/dia</i>	(X) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
(X) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>CPM</i>	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE Desequilíbrio DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>72h</i>	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>1x/dia</i>	
OUTRO:		

B. RISCO DE QUEDA [ESCALA DE MORTON]

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO: *19/03/20*

Gracielly A. M. Lima
COREN-PB 114.265-ENF





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

1. IDENTIFICAÇÃO
 Nome: Fernanda Maria Idade: 20 Sexo F Enf/Leito 4.2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
 () Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex dialise de femur (B)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

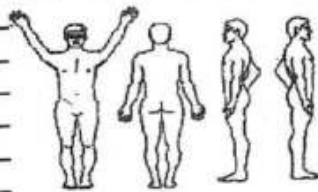
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (X) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida;



CUÍDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS Prejudicada HTD

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dl)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO (ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF AVP (H54)	18/03
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATOMENTO DE ASA DE NÁRIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE Desequilíbrio Eletrolítico	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input checked="" type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() RISCO DE Desequilíbrio DIMINUIDO
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO:		

B. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORTON)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Janefer
20/10/3



17/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2128623 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: 17/03/2020 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Marcia Cristina De Melo Pereira

PACIENTE: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO CEP:58125000 Nascimento:09/12/1996 Sexo:F Telefone: 81648517 Endereço:RUA PORTACIO CARLOS MORETE Idade:023 Bairro:MUTIRAO Cidade: Alagoa Nova RG: 4708596 N°:0 Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO CPF: 71648689485 Profissão:DO LAR Responsável: MARILIA DE SOUSA Data de Atend:15/03/2020 CNS:70211369 Estado Civil: CONVÊNIO:SUS Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 03:37:23 Especialidade: CIRURGIA Médico: CRM:

OBS-FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- 1. Abrasão 18. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injurgitamento Venoso
5. Creptação 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendinial
7. Edema 25. Luxação
8. Empalhamento 26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
10. Esmagamento 28. Objeto Encravado
11. Equimose 29. Otorragia
12. F. Arma branca 30. Paralisia
13. F. Arma de fogo 31. Parestia
14. F. Cortado 32. Parastesia
15. F. Cortante 33. Queimadura
16. F. Corto-contuso 34. Rinorragia
17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de Isquemia
18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with 3 columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

tohtcg/impreurgencia.php?contar=2128623;

1/2



15/03/2020

HTCG-Panel Administrativo



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2128623 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: 15/03/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO /ID 23 ANOS CEP: 58835000 Nascimento: 31/12/1969

Endereço: Sexo: F Telefone:

Cidade: Lagoa Idade: 02020 Bairro:

Nome da Mãe: RG: Nº: 0

Responsável: CPF: Profissão:

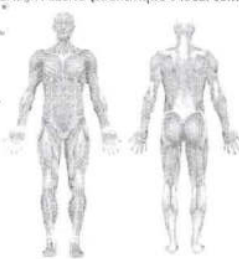
Estado Civil: Data de Atend: 15/03/2020 CNS:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 03:37:23 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

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. Eritema subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Contuso
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corto-cortuso
- 17. F. Perfuro-cortuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injurgimento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinial
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encravado
- 29. Otorrágia
- 30. Paralisia
- 31. Farsia
- 32. Parestesia
- 33. Queimadura
- 34. Rinorrágia
- 35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

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

DIAGNOSTICO / CID: Trauma crânio

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Relata de queda de moto e trauma de coxa, omoplata + escápula e hipotensão pulsatil de M.I. D. Relata ingestão de álcool e cocaína 1x.

ALERGIA: *veja Abdom: flácido*

MEDICAMENTOS: *''*

PATOLOGIAS: *''*

EXAME FÍSICO

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

Glasgow *15* PA *''* HGT: *Sat02*

consentido, orientado, mas sem reflexos. Pulso cheio

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: *''*

() Gasometria arterial () Radiografias: *''*

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *cto pedra* às : : Dia / /

Especialista: / às : : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>3.609, 500-1 2h</i>	<i>04:55</i>
2	<i>Atm. primária</i>	
3	<i>Trat. 400 mg em geral</i>	
4	<i>Tratamento de trauma</i>	
5	<i>''</i>	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Genesisino Cirilo de Carvalho
Cirurgião Geral
CRM: 4475
126540214420006

RAIO X REALIZADO EM: 15/03/2020

etohtog/im/precisss.php?contar=2128623&dataatend=2020-03-15&horaatend=03:41:02

1/3



15/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/03/2020

Paciente: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO /ID 23 ANOS Idade: 02020 N° ATEND: 2128623

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 15/03/2020 HORA: 03:41:02

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

SINANIS DE EMBRIAGUEZ : ~~NÃO~~ SIM

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

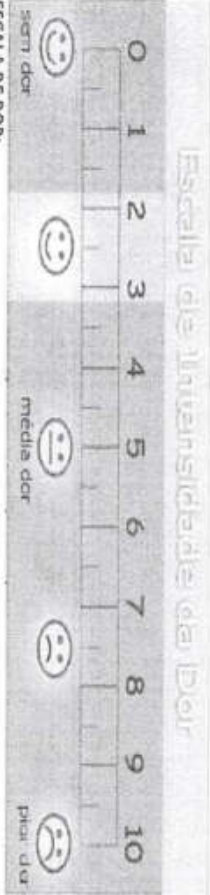
DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS :
MEDICACAO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIACAO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILIOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU LAGOA NOVA

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Suelio Moreira Torres
Enfermeiro COREN PB 11.177



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

REGISTRO
25670

FILIAÇÃO
PAULO MENINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

NATURALIDADE
ALAGOA NOVA-PB

DATA DE NASCIMENTO
01/08/1988

CPF
082.917.124-00

NO
3400230 - SSP/PB

DATA DE GRADUAÇÃO E TÍTULO
NÃO DECLARADO

EXPIROU EM
01/04/2018

RAIÃO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **14930416**

SEM OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL REGISTRADA EM LEGISLAÇÃO
(Art. 13 da Lei nº 1.060/64)

GAB

ASSINATURA DO PORTADOR
Israel de Souza Farias

OBSERVAÇÃO




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-022
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Fernanda Maria da Conceição
ALVARO ESTERILIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEPARTAL 4.708.596 DATA DE EMISSÃO 22/05/2018
NOME FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

FUNÇÃO MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/12/1996

TAB. 21W.23251 FL. 195V LIV. A25
CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

CPF

H. Moreira
Chefe de Serviço
Instituto de Polícia Científica
Departamento de Identificação

CÓDIGO DE CONTROLE
4DF4.DDF8.107B.650D



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:32:57 do dia 11/01/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
716.486.894-85

Nome
FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Nascimento
09/12/1996

Cartão do Usuário

SUS
Cartão Nacional de Saúde



Sistema Único de Saúde

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Data Nasc.: 09/12/1996 Sexo: F

704 8080 8729 8543



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

PL: 0506104226-2
DETTRAN - SP
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM: 00987256505
R.N.T.R.C. *****
EXERCICIO: 2015

NOME: JOSE COSME DOS SANTOS

CPF / CNPJ: 00004775594508
PLACA: EFJ4226

PLACA ANT / UF: *****
CHASSI: 9C2KC08508R080739

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO
MAG APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN ES
ANO FAB: 2008 ANO REG: 2008

CAP / POT / CIL: 2L / 0149CC
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 1
VEIC. COTA UNICA: 1
VEIC. COTAS: 1

FAZA L.P.V.A.: 0028080
PARCELAMENTO / COTAS: 2
COD. MUN.: 335-9

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0028080
ICF (R\$): 1.11
PREMIO TOTAL (R\$): 1.11

DPVAT PAGO: 4,15
DATA DE PAGAMENTO: 04/08/2015

SEM RESERVA* CMT=000,00T PBT=000,30
T* MOTOR: KCOE58080739

CIDADES: GUARUJA
LOCAL: GUARUJA
DATA: 04/08/2015
COP: 00000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SP Nº 012100653859 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO: 2015
DATA EMISSÃO: 04/08/2015

OPF / CNPJ: 00004775594508
PLACA: EFJ4226

RENAVAM: 00987256505
MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB: 2008
ANO REG: 2008
Nº CHASSI: 9C2KC08508R080739

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$): 129,04
DENATRA (R\$): 14,34
CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,37

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15
ICF (R\$): 1,11
TOTAL BILHETE (R\$): 292,01

PAGAMENTO: 4,15
DATA DE QUITAÇÃO: 04/08/2015
VEICULO: INTEGRAL

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CHIPJ 08.548.030001-04
www.seguredoralider.com.br



PROCURAÇÃO

Outorgante: FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, brasileira, solteira, residente e domiciliada na Rua Protásio Carlos Moreno, 113, bairro: Ulisses Guimarães, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portadora do RG. nº 4.708.596, SSP/PB e CPF nº 716.486.894-85.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, ocorrido em 15/04/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



ALAGOA NOVA - PB, 07 / Julho de 2021.

Fernanda Maria da Conceição

Outorgante

CPF nº 716.486.894-85.

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

	CARTÓRIO DO TABELIONATO ALIPIO BEZERRA R. Constantino Leite, 139 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP. 58125-000 - Fone: (33) 3365-1988	Antonio Marcos Bezerra de Melo TABELIÃO PÚBLICO
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO		
Dou fé: Alagoa Nova/PB - 06/07/2021		
Escrevente: ANTONIO GERALDO DE ARAUJO NETO		
Selo Digital: ALT99587-QM41		
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br		
Emol R\$10,47 Farpen R\$0,31 MP R\$0,17 Fepj R\$1,93		
		

Digitalizado com CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144794/21

Vítima: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 716.486.894-85

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/04/2020

Titular do CPF: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FERNANDA MARIA DA CONCEICAO : 716.486.894-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2021
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210219103 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO **Data do acidente:** 15/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.11,14)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210219103

Vítima: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 15/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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: **FERNANDA MARIA DA CONCEICAO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **00003814-8**

Conta: **000010023325-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: _____ 3 - CPF da vítima: 716.406.894-85 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Maria da Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Fernanda Maria da Conceição 6 - CPF: 716.406.894-85
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Protásio Carlos Moreno 9 - Número: 113 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Ulisses Guimarães 12 - Cidade: Colágia Nova 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58125-000
15 - E-mail: israelariasadv@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99631-8671

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3814 8 CONTA: 23325 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 nasoturo (vai 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, estando o 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, Colágia Nova - PB, 07/07/2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Fernanda M. da Conceição
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Israel de Souza Farias

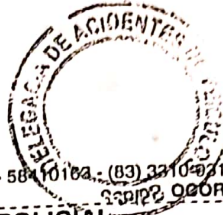
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410100 - (83) 3310-0119
3310-0119 Ocorrência Nº 000224/21



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 000224/21 registrada em 30/06/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta dias do mês de junho do ano de 2021, 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 08:56 horas, compareceu a Srª. FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, com 24 anos de idade, filha de NÃO DECLARADO e MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOÁ NOVA - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão DO LAR, portadora da Cédula de Identidade Nº 4.708.596, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 71648689485, residindo à rua PROTÁSIO CARLOS MORENO, 113, bairro ULISSES GUIMARÃES, na cidade de ALAGOÁ NOVA - PB, celular 9-8164.8517.

Declarou que:

Informa a comunicante, que por volta das 02h00min do dia 15.03.2020, estava trafegando pela Rua Eunildes Leite, próximo a Praça de João Machado, na cidade de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, ano/modelo 2008/2008, cor vermelha, chassi nº 9C2KC08508BR080739, de placa EFJ-4226/SP, licenciada em nome de José Gomes dos Santos, quando foi atingida por uma camionete tipo HILLUX, de placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, sendo que em decorrência do impacto a comunicante foi jogada ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme prontuário médico apresentado nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo se evadiu do local sem prestar socorro; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa luminosidade, não encontrando-se a comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, informa ainda que não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais do BPTran, pois os mesmos não foram acionados; Que, manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. 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, Quarta-feira, 30 de Junho de 2021

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

Fernanda Maria da Conceição

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Declarante

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: _____ 3 - CPF da vítima: 716.406.894-85 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Maria da Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Fernanda Maria da Conceição 6 - CPF: 716.406.894-85
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Protásio Carlos Moreno 9 - Número: 113 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Ulisses Guimarães 12 - Cidade: Colônia Neiva 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58125-000
15 - E-mail: israelariasadv@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99631-8671

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3814 8 CONTA: 23325 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 nasoturo (vai 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, estando o 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, Colônia Neiva - PB, 07/07/2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Fernanda M. da Conceição
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Israel de Souza Farias

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



17/03/2020

HTCC-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS



ATENDEIMENTO URGÊNCIA
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: 17/03/2020
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Marcia Cristina De Melo Pereira

PACIENTE: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO CEP:58125000 Nascimento:09/12/1996

Endereço:RUA PORTACIO CARLOS MORETE Telefone: 81648517
 Cidade: Alagoa Nova Idade:023 Bairro:MUTIRAO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO RG: 4708596 N°:0 Profissão:DO LAR

Responsável: MARILIA DE SOUSA CPF: 71648689485

Estado Civil: Atendi:15/03/2020 CNS:70211369

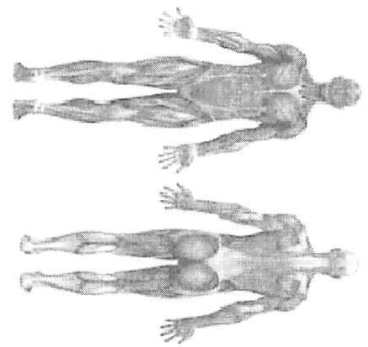
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Hora: 03:37:23 Especialidade: CIRURGIA

Médico: CRM:

OBSEFICHA - SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinial |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Entesema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Emagrecimento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Cortuso | 32. Paralisia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rimorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO
PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
 Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:
 () Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias: _____
 () Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
 Especialista: _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____
 Especialista: _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



JOSE SILVERIO FILHO
RUA PROTASIO CAVALOS MORENO, 113 - ULISES - IMARA
ALAGOA NOVA/PB CEP: 58125000 (AG 71)



CPF/CNPJ/RANI: 043.248.274-18

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA TENSÃO
Ligação: MONOFÁSICO
Rotômetro: 17-77-625-3060 Nº Medidor: U00UG02515



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

551136-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 190



VALOR DA FATURA

R\$ 46,95



VENCIMENTO

05/04/2021



REFERÊNCIA

Mar / 2021



CONSUMO

92kWh

3,17 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

Sujeito a corte!

Reavisado de vencimento
Seu fornecimento poderá ser suspenso
a partir de 10/04/21
Regularize seus débitos

FATURAS EM ATRASO

Fev/21 R\$11,44

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS/Pf (R\$)	Outros (R\$)	Total (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,258820	7,76	7,76	25	1,94	5,88	0,04	0,18
0601	Consumo > 31 a 100kWh-BR	62	0,443810	27,51	27,51	25	6,87	20,87	0,14	0,04
0601	Adic. B Amarela			0,88	0,88	25	0,22	0,67	0,00	0,02
0610	Subsídio			33,59	33,59	25	8,40	25,48	0,17	0,78
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2021			0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2021			0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-24,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	46,95	69,74	17,43	62,90	0,35	1,62
Tarifa s/ Tributos	Até 30kWh	0,188820	Até 100kWh	0,320270			

RESERVADO AO FISCO 044c.d9ec.c581.2867.17ab.07c6.6a0e.9b06.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mar/20	0*
Abr/20	0*
Mai/20	0
Jun/20	5
Jul/20	51
Ago/20	44

LEITURAS

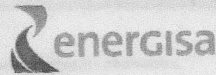
Anterior	25/02/21	15043
Atual	28/03/21	15135

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	10,43	22,21
Compra de Energia	11,52	24,54
Serviço de Transmissão	1,98	4,22
Encargos Setoriais	2,17	4,62
Impostos, Direitos e Encargos	20,85	44,41



PAULO MENINO DE FARIAS
TRAY MANOELA COSTA, 70 - CENTRO
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG 71)



CPF/CNPJ/RANI: 812.786.598-20

Grupo: CONVENCIONAL BAIKA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Retiro: 17-77-820-4420 Nº Medidor: 00001082798

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/549135-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00005491352

VALOR DA FATURA
R\$ 201,08

VENCIMENTO
03/08/2020

REFERÊNCIA
Jul / 2020

CONSUMO 7,71 kWh
MÉDIA DIÁRIA
239 kWh
LEITURA CONFIRMADA

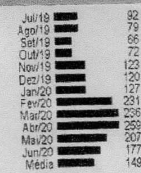
SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI		Quant	Tarifa e Tributos	Valor Base (R\$)	Calc ICMS (R\$)	Aliq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(P8) (R\$)	Cofins (R\$)	Outros (R\$)
0601	Consumo em kWh	239	0,812080	194,09	194,09	27	52,40	184,08	2,02	9,31
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0307	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			5,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JURDOS DE MORA 06/2020			0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0935	MULTA 06/2020			2,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0939	BÔNUS ITAIPUEI 10/439/2002 12/2019			-1,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 201,08 194,08 52,40 184,08 2,02 9,31
Tarifa e Tributos 0,545400

RESERVADO AO FISCO 848d.c975.0119.627d.be31.2421.900d.c29b.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



LEITURAS
Anterior: 29/06/20 17975
Atual: 27/07/20 19215
Consumo: 239 kWh
Período: 31 dias
Constante do medidor: 1

PRÓXIMA LEITURA
28/08/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	51,21	25,32
Consumo de Energia	89,84	31,56
Serviço de Transmissão	7,61	3,78
Encargos Setoriais	7,70	3,81
Impostos Diretos e Encargos	71,92	35,55
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	202,28	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 5/2020) R\$ 65,84

* Faturamento pelo Medidor Mínimo

INDICADORES DE QUALIDADE (REFERENCIA 05/2020 - Conjunto Areal)

META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE	DE TENSÃO (%)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	8,27	0,00	12,54	25,08	NOMINAL	220
Vevez que o cliente ficou sem energia - FIC	5,42	0,00	8,85	13,70	CONTRATADA	202
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	3,71				LIMITE INFERIOR	231
Duração da interrupção individual em dia em dia - DICI	12,22				LIMITE SUPERIOR	231

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa QN e Whatsapp (83) 99135-5540
- Perdas do Ramal: 1 kWh
- Leituras confirmada

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - 9-200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0-

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 048.176.817 - Emissão 27/07/2020
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 27/07/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 18480.963174 1 83360000020108

PAGADOR: PAULO MENINO DE FARIAS - CPF/CNPJ: 812.786.598-20
TRAY MANOELA COSTA, 70 - CENTRO
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000

Nosso Nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120019490963	000549135202007	03/08/2020	R\$ 201,08	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.193/0001-40
Br 200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.486.894 / 85,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 716.486.894 / 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: RUA MANOEL ARAÚJO		Número: 70	Complemento: ---
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com			Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 07/07/2021

Israel de Souza Farias

Assinatura do Declarante



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
 ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO
 PAULO MENINO DE FARIAS
 MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

NATURALIDADE
 ALAGOA NOVA-PB

DATA DE NASCIMENTO
 01/08/1989

RG
 3406239 - SSP/PB

CPF
 082.917.124-09

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
 NÃO DECLARADO

VIA
 01

EXPIRIDO EM
 04/07/2018

INSCRIÇÃO:
25670

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
 PRESIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14930416

USO OBRIGATORIO PARA FINS LEGAIS
 IDENTIDADE CIVIL (Art. 13 da Lei nº 11.909/04)

ASSINATURA DO PORTADOR
 Israel de Souza Farias

OBSERVAÇÕES

GAB

6



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA P-022
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Fernanda Maria da Conceição
 ASSINATURA DIGITAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.708.596 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/05/2018

NOME FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/12/1996

REGISTRO CIVIL W.23251 FLB.195V LIV.A25
 CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

CPF

[Handwritten Signature]

CÓDIGO DE CONTROLE
 4DF4.DDF8.107B.650D



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:32:57 do dia 11/01/2018 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
 Receita Federal
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
 716.486.894-85

Nome
 FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Nascimento
 09/12/1996

Cartão do Usuário

SUS
 Cartão Nacional de Saúde



Sistema Único de Saúde

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Data Nasc.: 09/12/1996 Sexo: F

704 8080 8729 8543



SUS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0506104226-2
DETRAN - SP
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00987256505 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME JOSE COSME DOS SANTOS

OPF / CNPJ 00004775594508 PLACA EFJ4226

PLACA ANT / UF ***** CHASSI 9C2KC08508R080739

PAS / MOTOCICLO MAG APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA / CG 150 TITAN ES ANO / AB. / TIPO 2008 / 2008

CAP / POT / OIL 2L / 0149CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1*****

Faixa LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2*****

0028080 COD. MUN. 335-9 3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) DPVAT PAGO IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA# CMT=000,00T PBT=000,30

T* MOTOR: KCOE58080739

LOCAL GUARUJA DATA 04/08/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SP Nº 012100653859 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2015 04/08/2015

VIA 1 OPF / CNPJ 00004775594508 PLACA EFJ4226

RENAVAM 00987256505 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB. / CAT. AVE. 2008 / 9C2KC08508R080739

PRÊMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) 129,04 DENATRA (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL SEGURO E BILHETE (R\$) 292,01

PAGAMENTO VLTROTECNEPRMATIVO, CASABERTO INTEGRAL DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 06.548.030001-04
www.seguredorelder.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210219103 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO **Data do acidente:** 15/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.11,14)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, brasileira, solteira, residente e domiciliada na Rua Protásio Carlos Moreno, 113, bairro: Ulisses Guimarães, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portadora do RG. nº 4.708.596, SSP/PB e CPF nº 716.486.894-85.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, ocorrido em 15/04/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



ALAGOA NOVA – PB, 07 / Julho de 2021.

Fernanda Maria da Conceição

Outorgante

CPF nº 716.486.894-85.

"RECONHECER FIMA POR AUTENTICIDADE"

	CARTÓRIO DO TABELIONATO ALÍPIO BEZERRA R. Clementino Leite, 130 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066	Antonio Marcos Bezerra de Melo TABELIAO PUBL. G. CARTORIO
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO		
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 06/07/2021		
Escrevente: ANTONIO GERALDO DE ATAÍDE NETO		
Selo Digital: ALT99587-QM41		
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br		
Emol R\$10,47 Farpen R\$0,31 MP R\$0,17 Fepj R\$1,93		
		

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB.
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCREVENTE

Digitalizado com CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168651/21

Vítima: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 716.486.894-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/03/2020

Titular do CPF: FERNANDA MARIA DA
CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FERNANDA MARIA DA CONCEICAO : 716.486.894-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2021
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





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

Processo n.º 08011806620218150041

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FERNANDA MARIA DA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **15/03/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/06/2020**.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 30/06/2020 após 3 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 15/03/2020, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.



DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **15/03/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do Convênio de Nº015/2014 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) em até 15 (quinze) dias.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **Dr. SUELIO MOREIRA TORRES** inscrito sob o nº **15477 - OAB/PB**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOA NOVA, 22 de outubro de 2021.

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadv.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2021 11:25:26
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102711252266500000047914672>
 Número do documento: 21102711252266500000047914672

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **15477 - OAB/PB** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FERNANDA MARIA DA CONCEICAO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ALAGOA NOVA**, nos autos do Processo nº 08011806620218150041.

Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE ALAGOA NOVA.

Ofício 583/2021

Em 17 de novembro de 2021

SENHOR (A) MÉDICO(A),

De ordem do MM Juiz da Comarca de Alagoa Nova –PB, Nomeia Dr^a. Rosana Duarte, perita conveniada, para fazer a perícia na parte autora. Fixo os honorários no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), que será pago pela ré Seguradora Lider. Intime-se a perita da presente decisão, caso aceite a nomeação informe a este juízo, no prazo de 15 (quinze) dias, o local, data e hora de atendimento, para intimação da parte autora Fernanda Maria da Conceição. Ação de Seguro DPVAT, n. 0801180-66.2021.815.0041.

Atenciosamente,

Vilma Ferreira da Silva Brito

Técnica Judiciária



Segue ofício para perícia



Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva

Perita Médica - Médica do Trabalho

EXMº. SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA NOVA

ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, perita médica, vem respeitosamente perante Vossa Excelência **aceitar** o encargo para realizar perícia médica referente ao Processo DPVAT listado abaixo:

0801180-66.2021.8.15.0041 FERNANDAMARIA DA CONCEICAO

Ao tempo em que indica a data e local, conforme especificado abaixo. Solicito apresentar-se **portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial no dia da perícia.**

Dia : 18/01/2022

As : 09:30 h

Rua : Silvio Almeida,725 Expedicionários (Ponto Cardio)

Fone : 83-3225.4090

CEP .: 58041-020

João Pessoa – PB

João Pessoa (PB), 17 de Novembro de 2021.


Dra. Rosana B. Duarte de Paiva
Perita Médica
CRM - PB 4183 / CREMEPE 19414
CPF: 587.738.514-34

ROSANABEZERRA DUARTE DE PAIVA
CRM PB 4183

083 8765-6296
083 9122-3359

dr.rosanaduarte@ig.com.br



Vara Única de Alagoa Nova
Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000
ALAGOA NOVA
()

Nº do processo: 0801180-66.2021.8.15.0041
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

Autor: Nome: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO
Endereço: Rua Protásio Carlos Moreno, 113, Ulisses Guimarães, ALAGOA NOVA - PB - CEP:
58125-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUTOR)

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Alagoa Nova manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte a u t o r a ,
Nome: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO, endereço: Rua Protásio Carlos Moreno, 113, Ulisses Guimarães, ALAGOA NOVA - P B - C E P : 5 8 1 2 5 - 0 0 0
para comparecer no consultório de Dra. Rosana Duarte, no dia 18/01/2022, às 09:30h, no seguinte endereço Rua : Silvio Almeida,725,Expedicionários (Ponto Cardio)Fone : 83-3225.4090,CEP .: 58041-020, João Pessoa-PB, portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial.

ALAGOA NOVA, em 17 de novembro de 2021.

De ordem, VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO
Mat.



Intimo o advogado da autora da perícia agendada id51445729.



*Intimo o advogado da autora de parte do despacho Id 49848437, "Na qualidade de perita nomeio a Drª. Rosana Duarte, para fazer a perícia na parte autora. Fixo os honorários no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), a ser pago pela **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**, devendo o valor ser depositado antes do ato da realização da perícia, o qual deverá ser emitido recibo, para comprovação do pagamento nos presentes autos.*

Intimando ainda, do ofício de aceitação e designação da perícia, Id51445730.



EM ANEXO





			Nº DA CONTA JUDICIAL 1300113763665				
Nº DA PARCELA 0		DATA DO DEPÓSITO 16/11/2021		AGÊNCIA (PREF / DV) 3814		TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL	
DATA DA GUIA 12/11/2021		Nº DA GUIA 2841642		Nº DO PROCESSO 08011806620218150041		TRIBUNAL TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA ALAGOA NOVA		ORGÃO/VARA VARA UNICA		DEPOSITANTE RÉU		VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 250,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A				TIPO DE PESSOA Jurídica		CPF / CNPJ 09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE FERNANDA MARIA DA CONCEICAO				TIPO DE PESSOA Física		CPF / CNPJ 71648689485	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 17E89AC7B0B1710C							
CÓDIGO DE BARRAS							





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

Processo n.º 08011806620218150041

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FERNANDA MARIA DA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

ALAGOA NOVA, 18 de novembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Ciente da Perícia.



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE
ALAGOA NOVA – ESTADO DA PARAÍBA

Proc. n°. 0801180-66.2021.8.15.0041

Autor: FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Promovida: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO, já devidamente qualificado nos autos da Ação de Cobrança, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, vem perante V. Exa., apresentar sua **Impugnação**, rebatendo as preliminares levantadas pela requerida, expondo e ao final requer o seguinte:

- SÍNTESE DA DEMANDA

A Requerente ingressou com a presente ação de cobrança do seguro DPVAT, em razão da invalidez permanente que ficou acometido, advinda da consolidação das lesões que sofreu em acidente de transito, ocorrido em 15 de março de 2020.

Após a requerida ter realizado pagamento na seara administrativa não condizente com as sequelas apresentadas pelo autor, a Requerida contestou a presente ação alegando que o Requerente já fez jus à indenização. Por fim, requereu a improcedência dos pedidos da inicial e a extinção do processo.

Assim, em face do argumentado, a seguir serão apresentadas as razões de manifestação sobre a contestação.

- DO MÉRITO

Em que pese os argumentos levantados pela Seguradora Ré, a parte Autora logrou comprovar, sem sombra de dúvidas, que possui direito líquido e certo à indenização do Seguro DPVAT, pois sofre de invalidez permanente advinda de sequelas originárias no sinistro ocorrido.

Como consequência do sinistro, a Requerente veio a sofrer diversas lesões, notadamente **FRATURA DO FEMUR DIREITO**, conforme demonstram os laudos e prontuários médicos anexos.

Resta caracterizado, desta forma, que a Requerente ficou com invalidez permanente em razão de acidente de transito, fazendo jus, conseqüentemente, à indenização do Seguro Obrigatório, correspondente às lesões acima descritas, nos termos da tabela estabelecida pela Lei 11.945/2009.

Portanto, resta amplamente demonstrado que a Autora possui direito a indenização, uma vez que não houve o enquadramento correto das lesões à tabela, tendo em vista a gravidade das sequelas existentes.

Para que haja absoluta segurança jurídica na apuração do grau da lesão da autora, importante que se realize perícia técnica e possibilite o enquadramento correto das lesões à tabela estabelecida pela lei.

- DO REQUERIMENTO DA PROVA PERICIAL:



O Art. 436 do Código de Processo Civil determina:

“O juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos

Afirma a autora que encontra-se disposto a submete-se a realização de perícia onde o Douto Julgador, poderá estabelecer e fixar pontos, para prolatar o veredicto.

Disciplina o Art. 421 do CPC, o seguinte:

“- O juiz nomeará o perito, fixando de imediato o prazo para a entrega do laudo. (Alterado pela L-008.455-1992)

§ 1º - Incumbe às partes, dentro em 5 (cinco) dias, contados da intimação do despacho de nomeação do perito:

I - indicar o assistente técnico;

II - apresentar quesitos.

Que V. Exa, indique profissional para a realização da perícia, afim de auferir o grau de debilidade como determina a Lei nº 6.194/74.

-DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V. Exa., julgar improcedente as preliminares suscitadas pela demandada, por serem a mesmas desprovidas de amparo legal, e no mérito, faz remissivas aos termos da exordial, requerendo realização de prova pericial junto ao médico perito que definirá o grau das sequelas do autor, sendo desta forma feita a mais lidima Justiça.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Alagoa Nova - PB, 27 de Novembro de 2021.

**ISRAEL DE SOUZA FARIAS
OAB/PB 25670**

**JOÃO VITOR DE SOUZA SANTIAGO
ESTAGIÁRIO**





Parabiana Rita Nunes nº 46
98143500

Vara Única de Alagoa Nova
Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000
ALAGOA NOVA
()

Nº do processo: 0801180-66.2021.8.15.0041
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

Autor: Nome: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO
Endereço: Rua Protásio Carlos Moreno, 113, Ulisses Guimarães, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUTOR)

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Alagoa Nova manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte autora, Nome: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO, endereço: Rua Protásio Carlos Moreno, 113, Ulisses Guimarães, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000 para comparecer no consultório de Dra. Rosana Duarte, no dia 18/01/2022, às 09:30h, no seguinte endereço Rua : Silvio Almeida,725,Expedicionários (Ponto Cardio)Fone : 83-3225.4090,CEP : 58041-020, João Pessoa-PB, portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial.

ALAGOA NOVA, em 17 de novembro de 2021.

De ordem, VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO
Mat.

Fernanda Maria da Conceição

Assinado eletronicamente por: **VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO**
17/11/2021 18:46:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: **51446458**



21111718463699300000048779109

https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=48779109&idProcessoDoc=51446... 1/2



Ciente da Perícia.



Certifico que, entrei em contato com a perita via whatsapp, requerendo a juntada do exame.

t



Segue ofício resposta



Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva

Perita Médica - Médica do Trabalho

EXMº. SENHOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA NOVA

ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, perita médica, vem respeitosamente perante Vossa Excelência comunicar que a perícia agendada para o dia 18/01/2022 relativa ao processo listado, deixou de ser realizada ante a ausência do autor.

0801180-66.2021.8.15.0041 FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

Antecipo os agradecimentos pela confiança dispensada e coloco-me à disposição de Vossa Excelência para colaborar com as necessidades deste Juízo, na área médico pericial.

Atenciosamente,

João Pessoa, 20 de Janeiro de 2022


Dra. Rosana B. Duarte de Paiva
Perita Médica
CRM - PB 4183 / CREMEPE 19414
CPF: 587.738.514-34

083 8765-6296
083 9122-3359

dr.rosanaduarte@ig.com.br





**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE ALAGOA NOVA**

Juízo do(a) Vara Única de Alagoa Nova

Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581



v.

DESPACHO

Nº do Processo: 0801180-66.2021.8.15.0041

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [Acidente de Trânsito]

AUTOR: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Vistos, etc.

Verifica-se no Id54974488, que autora não compareceu para realização da perícia agendada, apesar de devidamente intimada de acordo com Id52066992.

Intime-se autora, através de seu advogado, para justificar sua ausência no dia e hora designado para perícia, sob pena de extinção do processo.

Cumpra-se.

ALAGOA NOVA-PB,data do protocolo eletrônico

ERONILDO JOSÉ PEREIRA

Juiz(a) de Direito



Intime-se o advogado da autora do Id54975006.



EM ANEXO





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

Processo n.º 08011806620218150041

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FERNANDA MARIA DA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem informar e requerer o que segue:

Inicialmente cumpre esclarecer que foi designada perícia médica para apurar o grau de invalidez sofrido pela parte autora em decorrência do acidente noticiado.

Em continuidade, foi expedido mandado de intimação para que a vítima comparecesse no dia e no local designado para realizar a perícia médica.

É importante destacar que a realização da perícia é um ato indispensável ao deslinde da demanda, na medida em que o pagamento deve ser realizado de forma proporcional ao grau de invalidez, verificando-se o membro afetado, bem como a intensidade da sequela, consoante enuncia o art. 3º da Lei n.º 6.194/74 e Súmula nº 474 do STJ.

Entretanto, conforme se verifica nos autos, a parte autora **não compareceu para a realização da perícia designada, EMBORA INTIMADA PESSOALMENTE!**

Assim, deixando a parte autora de comparecer injustificadamente à perícia médica previamente designada, embora devidamente intimado para tanto, é de se considerar preclusa prova técnica indispensável para o destreame da questão.

Neste sentido são os recentes entendimentos firmados pelos Tribunais pátrios. Vejamos:

“APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA. SEGURO DPVAT. NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO. PERÍCIA MÉDICA. INTIMAÇÃO REALIZADA NO ENDEREÇO CONSTANTE NA INICIAL. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. ÔNUS DA PROVA. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1 - A Lei nº. 6.194/74, com as modificações inclusas pela Lei nº. 8.441, de 13 de julho de 1992, determina que o Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente deve quantificar as lesões físicas ou psíquicas permanentes para fins do seguro previsto, através de laudo complementar, no prazo médio de noventa dias do evento, conforme preceito do art. 5º, §5º, do citado dispositivo normativo. 2 - Vislumbra-se nos autos que foi proferida decisão pelo Juízo monocrático designando data para realização de exame pericial e tentativa de conciliação, tendo o magistrado determinado a intimação da autora por carta com aviso de recebimento. 3 - No caso concreto, a parte autora foi intimada, por Aviso de Recebimento AR, no endereço constante como sendo o de sua residência. Ressalta-se que o aviso de recebimento não precisa, necessariamente, ser assinado pela autora para dar validade a sua intimação, mas tão somente a remessa da via postal ao endereço apontado na exordial. 4 - Assim, deixando a parte promovente de comparecer injustificadamente à perícia médica previamente designada para aferição do grau de invalidez decorrente de acidente de trânsito, embora devidamente intimada para tanto, é de se considerar preclusa a prova imprescindível para a constatação da referida incapacidade, razão pela qual deve ser mantida a improcedência da ação. 5 - Apelação cível conhecida e desprovida. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, em que figuram as partes acima indicadas, ACORDA a 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por unanimidade, em CONHECER DO RECURSO para NEGAR-LHE PROVIMENTO. (Relator TEODORO SILVA SANTOS; Comarca: Fortaleza; Órgão julgador: 14ª Vara Cível; Data do julgamento: 29/08/2018; Data de registro: 30/08/2018).”

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Não é outro o entendimento do Tribunal do Rio Grande do Norte, *in verbis*:

“PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. APELAÇÃO CÍVEL. AUSÊNCIA DE LAUDO PERICIAL. PROVA ESSENCIAL À GRADUAÇÃO DA LESÃO. PARTE AUTORA QUE, APESAR DE INTIMADA, NÃO COMPARECEU À PERÍCIA DESIGNADA PELO JUÍZO. ALEGADA AUSÊNCIA DE PRECLUSÃO DA PROVA. TESE AFASTADA. CONHECIMENTO E DESPROVIMENTO DO RECURSO. 1. A prova da condição de invalidez permanente causada por acidente de trânsito é requisito necessário para ensejar o pagamento da indenização prevista no art. 3º, II, da Lei nº 6.194/74. 2. Tendo havido a intimação pessoal da parte para comparecer à perícia bem como a sua ausência sem qualquer justificativa, denota-se que não houve êxito em comprovar os fatos e fundamentos constitutivos do seu direito, a teor do disposto no artigo 373, inciso I, do CPC/2015. 3. Precedentes do TJRN (AC nº 2018.003918-5, Relª. Desª. Judite Nunes, 2ª Câmara Cível, j. 19/06/2018; AC nº 2017.008898-9, Rel. Des. Ibanez Monteiro, 2ª Câmara Cível, j. 17/10/2017). 4. Recurso conhecido e desprovido. (Apelação Cível nº 2017.016704-1; 2ª Câmara Cível do TJRN, Relator Desembargadora Judite Nunes – Data de Julgamento: 21/08/2018).”

Sendo assim, tendo em vista que a parte autora não se apresentou para a realização da perícia, o que restou preclusa a oportunidade para realização de prova pericial, deixando de comprovar o ônus que incumbia-lhe, requer a **IMPROCEDÊNCIA** da presente demanda, com fulcro no artigo 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOA NOVA, 8 de março de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



A parte autora, através de seu advogado, vem a presença de Vossa Excelência informar que não tinha condições financeiras e nem sabia chegar ao local da perícia médica agendada.

Que a senhora perita por muitas vezes faz perícias nas Comarcas, desta vez agendou para a Cidade de João Pessoa - PB, distante quase 200 kms da residência da Autora.

Nota-se ainda, que por várias vezes Vossa Excelência, em processos similares, agendou perícia para a cidade de Campina Grande - PB, distante apenas 25 kms.

Diante do Exposto, requer a Vossa Excelência agendamento de nova perícia, desta vez para a ser realizada na Própria Comarca ou nomeação de novo Perito, desta vez agendando para Campina Grande - PB, observando ainda o convênio entre a Segurado Lider e o TJPB.





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Nova**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801180-66.2021.8.15.0041

DECISÃO

Vistos, etc.

Destituo a perita nomeada.

Como perita, nomeio a Dra. Gabrielle Videres, da Cidade de Campina Grande/PB;

Proceda-se contato com a mesma para, caso aceite o encargo, agendar data/hora e local para realização;

O valor fixo em R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), já depositados pela parte ré;

Intimem-se as partes para, no prazo de CINCO dias, apresentar quesitos e nomear assistente técnico, caso queiram;

Agendada, intime-se a parte autora pessoalmente e por seu advogado para comparecimento;

Juntado o laudo pericial, abra-se VISTAS as partes para manifestação no prazo legal, expeça-se alvará de liberação dos honorários em favor do perito e voltem os autos conclusos para Julgamento.

ALAGOA NOVA, 5 de abril de 2022.

Juiz(a) de Direito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE ALAGOA NOVA.

Ofício 219/2022

Em 28 de abril de 2022

Ilma. Dra. Gabrielle Videres de Almeida Marques

SENHOR (A) MÉDICO(A),

De ordem do MM Juiz da Comarca de Alagoa Nova –PB, Nomeia Dr^a. Gabrielle Videres de Almeida Marques, fixo os honorários no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta), a ser pago pela Seguradora Lider, caso aceite a nomeação informar a este juízo, no prazo de 15 (quinze) dias, o local, data e hora de atendimento, para intimação da parte autora Fernanda Maria da Conceição, brasileira, solteira, CPF 716.486.894-85, residente e domiciliado na Rua Protásio Carlos Moreno, 113, **município de Alagoa Nova/PB**, **CEP: 58.125-000**, Ação Seguro DPVAT 0801180-66.2021.815.0041.

Atenciosamente,

Vilma Ferreira da Silva Brito

Técnica Judiciária





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Nova

Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000

Número do Processo: 0801180-66.2021.8.15.0041
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Acidente de Trânsito]
Polo ativo: AUTOR: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, em contato com a médica perita nomeada, esta escrivania foi informada que a perícia solicitada ficou agendada para o **dia 15/07/2022, a partir das 10h00**, por ordem de chegada no endereço:

CLÍNICA LIFE CENTER

RUA NILO PEÇANHA, 59, PRATA - DENTRO DO COMPLEXO DO HOSPITAL JOÃO XXIII

CEP: 58400-515

CAMPINA GRANDE/PB

Telefone: (83) 99988-2288

ALAGOA NOVA, 20 de junho de 2022
JUSSELINO PEREIRA DE ALENCAR



Vara Única de Alagoa Nova
Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000
ALAGOA NOVA
()

Nº do processo: 0801180-66.2021.8.15.0041
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

Autor: Nome: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO
Endereço: Rua Protásio Carlos Moreno, 113, Ulisses Guimarães, ALAGOA NOVA - PB - CEP:
58125-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUTOR)

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Alagoa Nova manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime autora : FERNANDA MARIA DA CONCEICAO, Endereço: Rua Protásio Carlos Moreno, 113, Ulisses Guimarães, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000, **para no dia 15/07/2022, a partir das 10hs. por ordem de chegada**, compareça no consultório da perita Gabrielle Videres, na Clínica Life Center, na Rua Nilo Peçanha,59, Bairro Prata, dentro do Complexo do Hospital João XXIII, Campina Grande - PB, munida de documentos pessoais RG.CPF, exames médicos, laudos médicos, receitas médicas. como também ofício do Juízo em anexo. A perícia será paga pela Seguradora Lider.

ALAGOA NOVA, em 1 de julho de 2022.

De ordem, VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO
Mat.



CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que intimei a parte FERNANDA MARIA por teor do mandado, tendo dado ciência e recebido cópia que lhe ofereci . Dou fé.

ALAGOA NOVA--PB

5 de julho de 2022

VALFREDO ARAUJO DA SILVA





Vara Única de Alagoa Nova
Avenida Presidente João Pessoa, 168, Centro, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000
ALAGOA NOVA
()

Nº do processo: 0801180-66.2021.8.15.0041
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

Autor: Nome: FERNANDA MARIA DA CONCEICAO
Endereço: Rua Protásio Carlos Moreno, 113, Ulisses Guimarães, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

**MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUTOR)**

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Alagoa Nova manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime autora : FERNANDA MARIA DA CONCEICAO, Endereço: Rua Protásio Carlos Moreno, 113, Ulisses Guimarães, ALAGOA NOVA - PB - CEP: 58125-000, **para no dia 15/07/2022, a partir das 10hs. por ordem de chegada**, compareça no consultório da perita Gabrielle Videres, na Clínica Life Center, na Rua Nilo Peçanha, 59, Eairo Prata, dentro do Complexo do Hospital João XXIII, Campina Grande - PB, munida de documentos pessoais RG.CPF, exames médicos, laudos médicos, receitas médicas. como também ofício do Juízo em anexo. A perícia será paga pela Seguradora Lider.

ALAGOA NOVA, em 1 de julho de 2022.

De ordem, VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO
Mat.

Fernanda Maria da Conceição



Assinado eletronicamente por: VILMA FERREIRA DA SILVA BRITO
01/07/2022 12:15:11
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 60390556



2207011215108220000057123894



Ciente.





**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
VARA ÚNICA de Alagoa Nova**

LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

PROCESSO: 081180-66.2021.815.0041

AUTOR: FERNANDA MARIA DA CONCEIÇÃO

RÉU: SEGURADORA DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA

- **HISTÓRICO:**

Periciada alega ser portadora de incapacidade laboral, requerendo ação de cobrança de seguro DPVAT.

Da análise da petição inicial e dos documentos médicos apresentados, depreende-se que o(a) periciado(a) estaria acometido pela(s) seguinte(s) patologia(s):

Fratura de fêmur (CID 10: S72)

- **INFORMAÇÕES GERAIS:**

- **PERICIADO(A):**

RG: 4.708.596 SSP/PB;

CPF: --;

Data do nascimento: 09 de dezembro de 1996;

Idade: 25 anos;

Sexo: feminino;

Estado civil: solteiro;

Escolaridade: ensino fundamental incompleto;

Formação técnico-profissional: nenhuma;



Ocupação habitual: **doméstica (autônoma);**

Elementos utilizados para determinar a ocupação habitual: **informação do(a) periciado(a);**

Data declarada de afastamento do trabalho: **há 2 anos;**

Experiência laboral anterior: **nenhuma;**

- **DADOS DA PERÍCIA:**

Data da realização: **15 de julho de 2022;**

Assistente Técnico do(a) periciado(a): **Não compareceu;**

Assistente Técnico do réu: **Não compareceu.**

- **ANAMNESE/ QUEIXA PRINCIPAL/ HDA:**

A periciada refere que seguia de passageira em uma moto, quando esta fora atingida por um carro, em 15/03/2020. Fraturou o fêmur direito, passou por cirurgia. Não realizou fisioterapia. Atualmente refere dores no local da cirurgia.

Sem outras comorbidades.

Sem uso continuado de medicações.



- **EXAME FÍSICO:**

Ao exame apresentou-se orientado em tempo e espaço, anictérico, acianótico e afebril, normocorado e hidratado, **deambulando normalmente**, perfusão capilar adequada e com **bom estado geral**.

Exame de Membro Inferior Direito: Força e mobilidade preservadas. Tropismo preservado. Presença de cicatriz eutrófica em face lateral de coxa direita.

Medidas Antropométricas:

- **Peso: 61 Kg. Altura: 1,53m IMC: 26,1 Kg/m2 (Sobrepeso- 25 a 29,9 Kg/m2)**

Exame Cardiovascular- Normal:

- Ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas e sem sopro;

Exame do Aparelho Respiratório- Normal:

- Murmúrio vesicular presente em ambos hemitorax e sem ruídos adventícios.

Exame do Abdome- Normal:

- Abdome globoso, flácido, depressível, indolor à palpação, sem visceromegalias, e ruídos hidroaéreos presentes.

- **EXAMES E LAUDOS:**

Documento(s) médico(s) e exames:

- Seguem em anexos deste processo.



AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FIN DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE
(Art. 31 da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

- I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

SIM

NÃO

PREJUDICADO

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

- II. Descrever o quadro clínico atual informado:

- a. Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Exame de Membro Inferior Direito: Força e mobilidade preservadas.

Tropismo preservado. Presença de cicatriz eutrófica em face lateral de coxa direita.

- b. As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Sim.

- III. Há indicações de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medicações de reabilitação?

SIM

NÃO

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

- IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

disfunções apenas temporárias

dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

NÃO HÁ DANO ANATOMICO/FUNCIONAL.

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima:

- V. Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

SIM, em que prazo:

NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativo do item V, favor NÃO preencher demais campos abaixo assinalados.



- VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, os(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido

- a) TOTAL (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima.)
b) PARCIAL (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 Parcial Completo (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 Parcial incompleto (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1 Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo previsto na alínea II, 1º art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico	10% residual	25% leve	50% média	75%

Observações: havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem qualificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados: **Sem mais.**

Campina Grande – PB, 07 de agosto de 2022

Gabrielle Videres de Almeida Marques
Médica Perita- Clínica Médica
CRM 11972



Intimo advogado da autora do Id61865281



Intimo o advogado do réu do Id6186581





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

Processo: 08011806620218150041

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 **FERNANDA MARIA DA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)

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.

Cumprе ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOA NOVA, 12 de agosto de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

