



Número: **0861072-45.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/10/2018**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17360513	23/10/2018 16:42	Petição Inicial	Petição Inicial
17360564	23/10/2018 16:42	whitanage alves proc adm	Documento de Comprovação
17360635	23/10/2018 16:42	whitanage alves BO samu bam-compressed	Documento de Comprovação
17553428	20/11/2018 16:49	Despacho	Despacho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ___ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 952.305.644-15, residente e domiciliado na Sítio Camaçari, Área Rural, CEP: 58328-000, Pedras de Fogo – PB, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **05.09.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“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.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“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.””(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”.(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

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

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

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilato mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 16 de setembro de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: WHITNAGE ALVES TRIGUEIRO DE OLIVEIRA
Qualificação: Advogado
CPF/MF: 932305644-15 RG: 3182715 SSP/PB
Endereço: Sítio Camassari s/n Camassari
Rua do Fogo CEP. 58328000 Paraíba

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 10 de junho de 2018.

Whitnaga de A. T.
Outorgante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

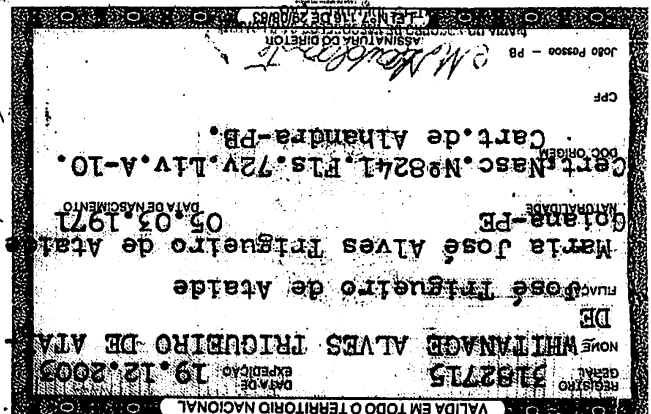
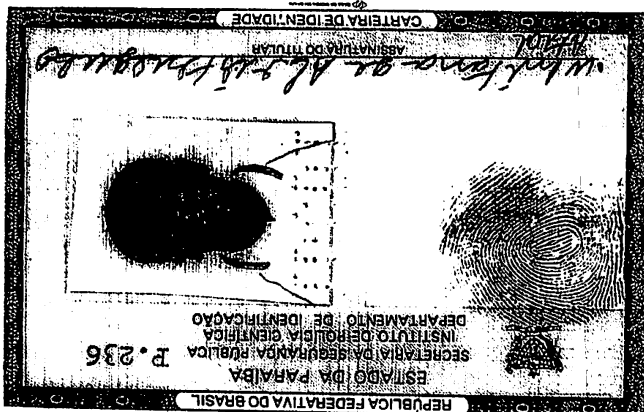
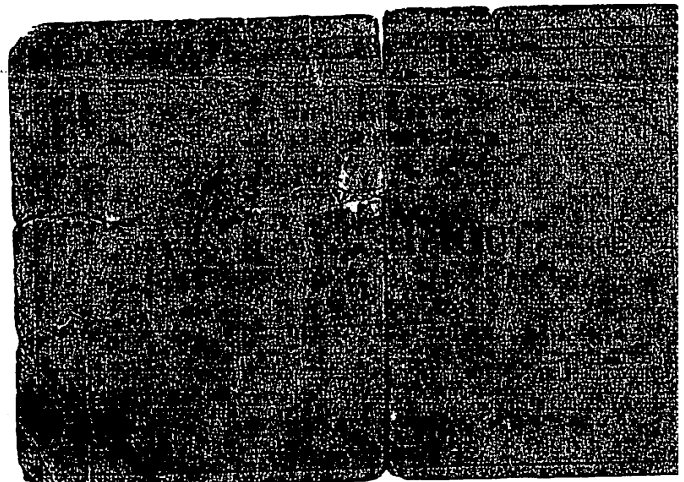
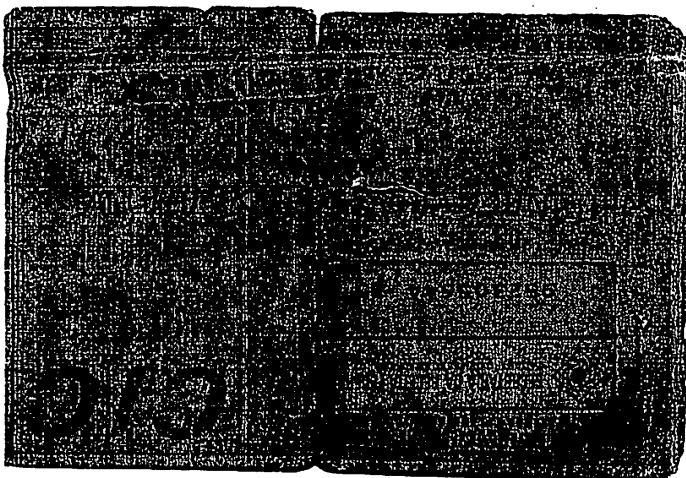
28 JUN. 2018



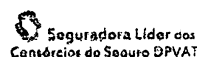
SINCOR/PB
28 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

05/09/17
104101
1025536
P3



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232073/18
Vítima: WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE
CPF: 952.305.644-15
Data do Acidente: 09/05/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE : 952.305.644-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2018
Nome: WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE
CPF/CNPJ: 952.305.644-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE

Sandra Maria Accioly Pedrosa

3130215810





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2: "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASI: 952 305 644-15 CPF da Vítima: Whitamarci A.T. Ataíde Nome completo da vítima: Whitamarci A.T. Ataíde

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Whitamarci A. Trigueiro Ataíde CPF titular da conta: 952 305 644-15 Profissão: professor
Endereço: Av. Camaragari Número: 510 Complemento:
Bairro: Camara Cari Cidade: Pedra de Fogo Estado: Pernambuco CEP: 58328-000
Email: Telefone (DDD): 993581453

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	SINCOR/BB R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00 28 JUN. 2018
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NR. <u>1033</u> D.V. <u></u>	CONTA NR. <u>104441</u> D.V. <u>3</u>	AGÊNCIA NR. <u></u> D.V. <u></u>	CONTA NR. <u></u> D.V. <u></u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		CONFERIDO COM O ORIGINAL (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

gabriela 04 de junho de 2018
Local e Data

Whitamarci A.T. Ataíde
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Whitamarci A.T. Ataíde
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



1ª Via
Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CPF: 0000 000 0000
OBRIGATORIA 0800 725 7474

13 000000505-0

10/MAR/2019

HORA DE 14:05:44

LOT: 13.10473 6

TERMO: 032245

LOCALIDADE: ALHANDRA

AG. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 000000412

DEPOSITO EM DINHEIRO

1033 013 00104441 3

MONTANTE A 1 DE ATUALDE

VALOR

R\$ 00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

13 000000505-0

1ª VIA

1ª Via
Loterias CAIXA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

28 JUN. 2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Whitana Ge Alves Trigueiro Ataide

RG nº 3182715, data de expedição 19/12/03 Órgão SEV/PE

CPF nº 952305644-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>Sítio Camassari</u>
Apto / Complemento	<u>S/N</u>
Bairro	<u>Camacari</u>
Cidade	<u>Pedra de Fogo</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58328000</u>
Telefone de Contato	<u>993581453</u>
E-mail	

SINCOR/PB

28 JUN. 2018

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Local e Data: João Pessoa, 04/06/18

Assinatura do Declarante: +

Whitana Ge Alves Trigueiro Ataide





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Whitana G. T. Almeida

CPF da Vítima

952 305 644-15

Data do Acidente

05-08-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

STACOR/BB
28 JUN. 2018

Assinado em 4 de junho de 2018

Local e Data

Whitana G. T. Almeida
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00489.01.2018.1.06.106

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00489.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:38 horas do dia 09 de maio de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Karla Virgínia Falcão Campos Cavalcanti, Escrivão de Polícia, matrícula 1684698, ao final assinado, compareceu **Whitanage Alves Trigueiro de Ataíde**, CPF nº 952.305.644-15, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria José Alves Trigueiro de Ataíde e José Trigueiro de Ataíde, natural de Goiana/PE, nascido(a) em 05/03/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, Nº S/Nº, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (83) 99358-1453.

Dados do(s) Fatos:

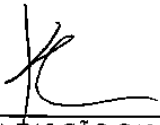
Local: Br 101, nº S/Nº, Próximo Ao Abençoado Auto Peças, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/05/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

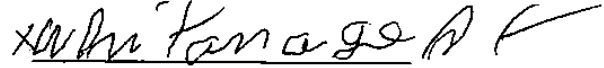
Que, na tarde do dia 05/09/2017, quando estava pilotando a motocicleta Honda POP 100, Ano de Fab/Mod:2009, de cor preta, de placa NPR 7967- PB, registrada em nome de Carlos Pereira de Lira, quando estava passando na BR 101, Mata Redonda, Alhandra, próximo ao Auto Peças "Abençoado", foi surpreendido por um veículo Fiat/ Doblô, de cor prata, de placa e condutor não identificados, que colidiu frontalmente com a moto em que o noticiante estava pilotando; Que, devido à colisão, o noticiante perdeu o controle da moto, vindo ao solo; Que o motorista do veículo Doblô se evadiu do local, não prestando socorro ao noticiante; Que, o noticiante foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital Trauma, em João Pessoa/PB, onde ficou hospitalizado e submetido à intervenção cirúrgica, conforme atesta laudo do mencionado hospital.

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

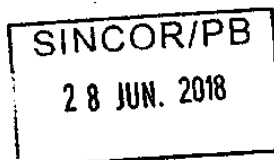
Alhandra/PB, 09 de maio de 2018.



KARLA VIRGÍNIA FALCÃO CAMPOS
CAVALCANTI
Escrivão de Polícia



WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAÍDE
Noticiante



Procedimento Policial: 00489.01.2018.1.06.106

05/03/21

CONFERIDO COM O ORIGINAL

1/1



GOVERNO DA PARAIBA		ESTADO DA PARAIBA POLÍCIA MILITAR			
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº <u>584</u>			Nº CIOP/COPIOM: <u>17360635</u>		
Data da Ocorrência: <u>05/09/2017</u>		Hora: <u>15h 40 min.</u>		Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº): <u>RUA: FRANCISCO DA COSTA S/N</u>	
Ponto de Referência: <u>LOJA DO ABENÇUADO</u>			Código da Ocorrência: <u>17360635</u>		
Natureza da Ocorrência: <u>ASSOCIAÇÃO DE FURTO</u>			Prefixo da Viatura: <u>6041</u>		
Comandante de Grupo (Nome, Posto, Grad. e Matrícula): <u>TESELO DA SILVA MANTOVANI 236-2</u>		Patrolheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula): <u>SOUZAS GILSON MANTOVANI 555418-2</u>		Patrolheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula): <u>SOUZAS GILSON MANTOVANI 555418-2</u>	
Nome Completo do Solicitante: <u>CORONEL ALVARO DA SILVA LIMA</u>		Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s): <u>186 3946 2261</u>			
Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): <u>RUA: FRANCISCO DA COSTA S/N</u>					
Acusado(s)					
Nome Completo: <u>WILSON ALEXANDRE AVELAR FRIQUEIRO</u>					
Nome Completo do Acusado: <u>WILSON ALEXANDRE AVELAR FRIQUEIRO</u>		Nº RG/Órgão Expedidor: <u>3189915 SSP PB</u>		Nº CPF: <u>945.3046414-16</u>	
Endereço Completo do Acusado (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): <u>RUA: FRANCISCO DA COSTA S/N</u>		Nº CNH: <u>17360635</u>		Profissão Declarada: <u>AGRICULTOR</u>	
Ponto de Referência: <u>RUA DO SANTANA</u>					
Informações Biométricas:					
Cor da Pele: <u>BRANCO</u>		Altura Estimada: <u>170</u>		Cor dos Cabelos: <u>PRETO</u>	
Cor dos Olhos: <u>VERDE</u>		Compleição Física: ☒ Normal		☐ Magro ☐ Gordo	
Marca(s) Característica(s) (Assinalar): <u>() Tatagem(s) () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros</u>		Alcunha: <u>NENHUMA</u>			
(Descrever Marca Característica): <u>NAO TEM</u>					
Nome Completo: <u>WILSON ALEXANDRE AVELAR FRIQUEIRO</u>					
Nome Completo da Genitora: <u>WILSON ALEXANDRE AVELAR FRIQUEIRO</u>		Nº RG/Órgão Expedidor: <u>3189915 SSP PB</u>		Nº CPF: <u>945.3046414-16</u>	
Endereço Completo da Genitora (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): <u>RUA: FRANCISCO DA COSTA S/N</u>		Nº CNH: <u>17360635</u>		Profissão Declarada: <u>AGRICULTOR</u>	
Ponto de Referência: <u>RUA DO SANTANA</u>					
Informações Biométricas:					
Cor da Pele: <u>BRANCO</u>		Altura Estimada: <u>170</u>		Cor dos Cabelos: <u>PRETO</u>	
Cor dos Olhos: <u>VERDE</u>		Compleição Física: ☐ Normal		☒ Magro ☐ Gordo	
Marca(s) Característica(s) (Assinalar): <u>() Tatagem(s) () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros</u>		Alcunha: <u>NENHUMA</u>			
(Descrever Marca Característica): <u>NAO TEM</u>					
Vítima(s)					
Nome Completo: <u>WILSON ALEXANDRE AVELAR FRIQUEIRO</u>					
Nome Completo da Vítima: <u>WILSON ALEXANDRE AVELAR FRIQUEIRO</u>		Nº RG/Órgão Expedidor: <u>3189915 SSP PB</u>		Nº CPF: <u>945.3046414-16</u>	
Endereço Completo da Vítima (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): <u>RUA: FRANCISCO DA COSTA S/N</u>		Nº CNH: <u>17360635</u>		Profissão Declarada: <u>AGRICULTOR</u>	
Ponto de Referência: <u>RUA DO SANTANA</u>					
Informações Biométricas:					
Cor da Pele: <u>BRANCO</u>		Altura Estimada: <u>170</u>		Cor dos Cabelos: <u>PRETO</u>	
Cor dos Olhos: <u>VERDE</u>		Compleição Física: ☐ Normal		☒ Magro ☐ Gordo	
Marca(s) Característica(s) (Assinalar): <u>() Tatagem(s) () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros</u>		Alcunha: <u>NENHUMA</u>			
(Descrever Marca Característica): <u>NAO TEM</u>					
Testemunha(s)					
Nome Completo: <u>WILSON ALEXANDRE AVELAR FRIQUEIRO</u>					
Nome Completo da Testemunha: <u>WILSON ALEXANDRE AVELAR FRIQUEIRO</u>		Nº RG/Órgão Expedidor: <u>3189915 SSP PB</u>		Nº CPF: <u>945.3046414-16</u>	
Endereço Completo da Testemunha (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): <u>RUA: FRANCISCO DA COSTA S/N</u>		Nº CNH: <u>17360635</u>		Profissão Declarada: <u>AGRICULTOR</u>	
Ponto de Referência: <u>RUA DO SANTANA</u>					
Informações Biométricas:					
Cor da Pele: <u>BRANCO</u>		Altura Estimada: <u>170</u>		Cor dos Cabelos: <u>PRETO</u>	
Cor dos Olhos: <u>VERDE</u>		Compleição Física: ☐ Normal		☒ Magro ☐ Gordo	
Marca(s) Característica(s) (Assinalar): <u>() Tatagem(s) () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros</u>		Alcunha: <u>NENHUMA</u>			
(Descrever Marca Característica): <u>NAO TEM</u>					

Arma(s) de Fogo Apreendida(s)					
Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Cartucho(s) Apreendido(s)					
Quantidade:	Calibre:		Tipo:		
Quantidade:	Calibre:		Tipo:		
Outro(s) Objeto(s) Apreendido(s)					
(Tipo, Marca, Modelo, nº de série, Cor e etc.)					
Relato da Ocorrência					
Por volta das 14:40 em A GUARNIÇÃO DA 6041 COMPÓSITA, o 1º SGT JULIO CO SOBRINHO, em uma patrulha de uma ocorrência, ao passar pela cantafalcos o PMO VANDERLEI, uma moto caiu na rua, com uma dupla no lado esquerdo da rua por 100. A mesma já estava se movendo do local. Quando sou o PMO, imediatamente fui para o local onde a dupla estava. Quando sou o PMO, imediatamente fui para o local onde a dupla estava. Quando sou o PMO, imediatamente fui para o local onde a dupla estava.					
Auto de Resistência à Prisão					
Na execução legal de minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado _____, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de _____ e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para isso _____, que resultou em _____ do _____.					
Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino, com a(s) Testemunha(s) _____ e _____.					
Conduzido: _____					
1ª Testemunha: _____ 2ª Testemunha: _____					
Recebi às _____ h _____ min., de _____ / _____ / _____, o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.					
Nome: Wagner Maia Gomes Matricula: 18202 Assinatura: _____					





**SAMU
192**



**Prefeitura Municipal de Alhandra
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU**



**SAMU
192**

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: US3 - 42

IDENTIFICAÇÃO / Ocorrência		HORA: 15:43	
Data: 15/09/18	Ocorrência n.º: 1813123	Paciente / Usuário: Wytanage Alzen Trigueira	Idade: 46
Local da Ocorrência: BR 404, Mata Redonda (Abusado do Auto Pneu)		Bairro:	Médico Regulador: Alzen
Apoio no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ Outros: QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não Encontrado ☐ Outro:			
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO			

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES
☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO: _____ ☐ OUTRO: lesão com ex. moto CINEMÁTICA: _____	MEDICAMENTOS: PATOLOGIA (S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:
EXAME FÍSICO: ☐ PÁLIDO / ☐ CIANÓTICO / ☐ ICTÉRICO / ☐ SUDOREICO / ☐ PELE FRIA ☐ PELE ÚMIDA / ☐ ISOCÓRICO / ☐ ANISOCÓRICO / ☐ MIÓTICO ☒ DOR: LOCAL: falta jointa ☐ DISPNEIA / ☐ TAQUIPNEIA / ☐ HEMATÊMESE / ☐ HEMOPTISE	☐ TCE / ☐ TRM / ☐ FRATURA / ☐ CONTUSÃO / ☐ ENTORSE / ☐ LUXAÇÃO / ☐ FACE / ☐ PCR / ☐ FAB / ☐ FAF / ☐ AFOGAMENTO / ☐ ATROFELAMENTO ☐ QUEIMADURA / ☐ ELETROCUSSÃO / ☐ DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / ☐ QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA / ☐ QUEDA MOTO / ☐ QUEDA ALTURA _____ metros

SINCOR/PB

28 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL:

ESTIHO

Local: Hospital de Trauma Responsável: _____ Função: _____

XAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

DADOS VITAIS

VAA: ☐ Livre ☐ Obstruída **RESPIRAÇÃO:** ☐ > 30 irpm ☐ < 30 irpm **PERFUSÃO CAPILAR:** ☐ Retardada ☐ Normal PAS: ☐ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg

TA: 150 x 90 FC: 90 bpm FR: 15 GLICEMIA: _____ E. Coma: 15 SpO2 s / O2: 98% SpO2 d / O2: _____ T: 36.0

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

• **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:**

• **INTERVENÇÕES:**

• **EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

Paciente consciente, orientado, Glasgow 15, SpO2 98%, sem ox. anáti, com suspeita de fratura em joelho (D), lesão com ex. moto, encaminhado ao Hospital de Trauma

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

MÉDICO: _____ CRM: _____ / ENFERMEIRO: Jurema CORINT: 0

CONDUTOR: Bryanildo Tlc. João Batista

10





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE
DATA DE NASCIMENTO 05/03/71
NOME DA MÃE MAEIA JOSÉ ALVES TRIGUEIRO DE ATAIDE

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 104101
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1025536
DATA DO ATENDIMENTO 05/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 16:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM DOR, EDEMA E IMPOTENCIA FUNCIONAL NO JOELHO DIREITO. APRESENTA-SE ORIENTADO, LUCIDO, GLASGOW 15. AVALIADO PELA CIRURGIA DERAL, ORTOPEDIA.

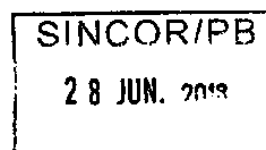
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX PERNA DIREITA, RX JOELHO DIR.
TC DE JOELHO DIREITO



RESULTADOS DOS EXAMES:

RX PERNA DIREITA - FRATURA DE PLATOU TIBIAL DIR.



CONFERIDO COM O ORIGINAL

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATOU TIBIAL

ALTA HOSPITALAR: 15/09/17
DATA DA EMISSÃO: 03/05/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião de Trauma
CRM 18733/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 18733/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Boletim de Atendimento: 1025536



Identificação do paciente					
ID 1207393	Nome WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO			Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/03/1968	Idade 48 anos 6 meses	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO				Pai JOSE TRIGUEIRO	
Escolaridade				Responsável (Parentesco)	ANA CAROLINA BERNARDINO TRIGUEIRO - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 99345628	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
Local de procedência ALHANDRA			Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade RECIFE	CBO/R			
Endereço					
CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro AGUAS LINDAS		
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL			
Admissão					
Data e Hora 05/09/2017 16:38:41	Número da pulseira 1000006007064	Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL			Clinica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos <i>Paciente autismo de alto nível, com cabeça concentrada em detalhes, não me mhaço as CTI.</i>					
Diagnóstico					CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA					Tempo 55seg

Imprimer





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO		BAE 1025536	Data/Hora Entrada 05/09/2017 16:38:41	Data Baixa
Data de nascimento 05/03/1969	Idade 48	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993459628
Mãe MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO				Prontuário
Endereço AGUAS LINDAS, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	Nº Cons. Regional 10650/PB	
Data/Hora Classificação 05/09/2017 16:38:41		Data/Hora Prescrição 05/09/2017 16:56:29		

anamnese

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM ESTABILIDADE HEMODINAMICA, VITIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO, APRESENTANDO ESCORIAÇÃO E DOR EM PERNA DIREITA. AUSÊNCIA DE EDEMA E CREPITAÇÃO LOCAL CD: SOLICITO RX DE PERNA DIREITA ALTA DA CIRURGIA GERAL, AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

Código	Descrição
R52.9	Dor não especificada

Conduta

Em observação

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO		BAE 1025536	Data/Hora Entrada 05/09/2017 16:38:41	Data Baixa
Data de nascimento 05/03/1969	Idade 48	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993459628
Mãe MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO		Prontuário		
Endereço AGUAS LINDAS, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ALHANDRA	JF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA		Nº Cons. Regional 6207/PB
Data/Hora Classificação 05/09/2017 16:38:41		Data/Hora Prescrição 05/09/2017 19:55:54		

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E EDEMA EM TIBIA . SOLICITO RX DE JOELHO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

Conduta

Em observação

Dr. Andre Luis Siqueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6207/PB
ANDRE LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA
CRM 6207/PB

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO	BAE 1025536	Data/Hora Entrada 05/09/2017 16:38:41	Data Baixa
Data de nascimento 05/03/1969	Idade 48	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO			Telefone de Contato (83) 993459626
Endereço AGUAS LINDAS, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRÉ LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA	Nº Cons. Regional 6207/PB
Data/Hora Classificação 05/09/2017 16:38:41		Data/Hora Prescrição 05/09/2017 21:35:47	

anamnese

PACIENTE RETORNO COM RX DE JOELHO MOSTRANDO FRATURA DE PLATO TIBIAL COM AFUNDAMENTO E DESVIO. NECESITANDO DE TC DE TIBIA PROXIMAL. SOLICITO INTERNAMENTO, MAS O PACIENTE SE RECUSA A FICAR INTERNADO. SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

Conduta

Internar Paciente

Dr. André Luis Siqueira

Ortopedia Traumatologia

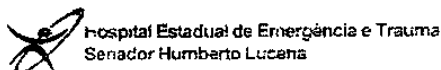
Oncologia Médica e Cirúrgica

CRM 20790/PA - RBO 1507 TEOT 11797

ANDRÉ LUIS LOPES GOMES SIQUEIRA
(6207/PB)

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO	BAE 1025536	Data/Hora Entrada 05/09/2017 16:38:41	Data Baixa
Data de nascimento 05/03/1969	Idade 48	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE ALVES TRIGUEIRO			Telefone de Contato (83) 993459628
Endereço AGUAS LINDAS, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ALHANDRA	UF PE
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JESSYKA EMILIA F. RABELO	Nº Cons. Regional 10345/PB
Data/Hora Classificação 05/09/2017 16:38:41		Data/Hora Prescrição 06/09/2017 00:06:57	

anamnese

EM TEMPO: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, REEFRE DOR + IMPOTENCIA FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO. #EFO: POSIÇÃO ANTÁLGICA, NÃO DEAMBULA. PRESENÇA DE EDEMA + DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO, COM DOR À PALPAÇÃO. ADM PREJUDICADA. MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO. PULSOS E PERFUSÃO DISTAL PRESENTES. EXAME NEUROLÓGICO PRESERVADO. SEM SINAIS DE SD. COMPARTIMENTAL. #RADIOGRAFIAS: PRESENÇA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL LATERAL, COM AFIANDAMENTO IMPORTANTE, E IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA-AVULSAO DE ESPINHA TIBIAL, APARENTEMENTE COM DESVIO MÍNIMO. #CONVERSADO COM PACIENTE E O ACOMPANHANTE, E AMBOS OPTARAM POR INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO TRATAMENTO CIRURGICO. #CONDUTA: 1. INTERNO PACIENTE 2. SOLICITO EXAMES PRÉ-OPERATORIOS + RISCO CIRURGICO 3. IMOBILIZAÇÃO DO TIPO TALA IGUINO MALEOLAR 4. SOLICITO EXAMES DE IMAGEM: OBLIQUAS + TUNEL VIEW + TOMOGRAFIA COM RECONSTRUÇÃO. #FOI INFORMADA QUE TOMOGRAFO ESTA QUEBRADO, DEIXO SOLICITAÇÃO DE TC DE JOELHO ANEXADA AO PRONTUÁRIO. PARA QUE A MESMA SEJA REALIZADA O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

EDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM. SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

Dra. Jessyka Emilia F. Rabelo
Médica
CRM 10045/PB



0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=97940&pesquisa=S&perform=im...

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

AGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SORO

CREATININA

EXAME DE IMAGEM

ELETRCARDIOGRAMA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU JOELHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÕES)

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO

Induta

Internar Paciente

Dra. Jessyka Emilia F. Rabelo
Médica
CRM 10045/PB

JESSYKA EMÍLIA F. RABELO
(10045/PB)

WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO



1095591

NOME DO PACIENTE

Whitaker, Mrs. Virginia L. Street

[illegible]

156





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 06/09/2017 08:07:49

Paciente WHITANAGE ALVES TRIGUEIRO		Boletim de Atendimento 1025536	Data/Hora Entrada 05/09/2017 16:38:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/03/1969	Idade 48	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 104101
Tempo de Internação 6h 18min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 06/09/2017 08:07:43)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente vítima de trauma, com fratura de plato tibial
aguarda laboratório e risco

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 18
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

06/09/2017
Dr. Tiberica Medeiros
Ortopedia Trauma
CNS 104101





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ARTES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - AME

SEF/MS

Número: 1025536
Paciente: Wlton José Alves Trigueiro
Procedimento: no. ortostoma Plac e labial
SUS: o Não SUS
Médico: Dr. Jefferson; Dr. Vinícius

Prontuário: 1025536
Data: 14/09/17
Reposição: _____

Data: ____/____/____

Caixa Pronta: _____

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
THC	Caixa 4,5			
	Desapiao esponjado 10x32 n. 80	01		
	Desapiao esponjado n. 46	01		
	Amulplas	02		
DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA

ASSINATURA CIRURGIANTE RESPONSÁVEL

ENGLAPC 013-2



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL fls. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - RAÇA/COR	
7 - SEXO		8 - RAÇA/COR	
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
15 - COD. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	
17 - CEP		18 - CID 10 PRINCIPAL	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTD	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - QTD	
23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		24 - QTD	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTD	
27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - QTD	
29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		30 - QTD	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTD	
33 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - QTD	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
35 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
36 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
43 - DOCUMENTO		44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - CDB, ORGÃO EMISSOR		48 - DOCUMENTO	
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC		54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)	
55 - CNES			

15/10/17





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ATOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ATOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Whitanaque Alves Trigueiro

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

4025536

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

6x4,5
torax usa espumoso ref. 32 ns 80/d.
torax usa control ns 46/d
anxietas (02)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/08/14

41 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Whitanaque Alves Trigueiro BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 11/09/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fratura de platô tibial direito
Cirurgião: Dr. Stefferson Diniz 1º Assistente: Dr. Marcos Venícios
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Camilla
Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de platô tibial direito</u>	<u>S80.1</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Aberta e Fixação Interna</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Stefferson Diniz
Traumatismo ortopedico

João Pessoa, 11/09/17

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: - Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal; - Deglomação do todo membro inf. direito; - Sanagm do garrote; - Anestesia e antineupria com campos estéreos;
Incisão: - Lateral em taca do golpe de aproximadamente 10 cm de comprimento;
Achados: - Fratura alinhada sem grandes desvios;
Conduta: 1- Pinocção por plano até arco de patula; 2- Redução e fixação com 1 parafuso espondiloso com anel proximalmente e 1 parafuso cortical com anel mais distal; 3- Retirada do garrote; 4- Fechamento por planos;
Fechamento: - com Vicryl 10 e mononylon 2.0;
Observação:

Sistema de
Trauma-ortopedica
CRLV 11.11.11

João Pessoa, 11/09/17

Médico/CRM:



F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: - Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal; - Descompressão de toda membr. inf. escut.;
- Lavagem do garrote; - Anestesia e antineupria com campos estéreis;
Incisão: - Lateral em taca do golpe de aproximadamente 10 cm de comprimento;
Achados: - Fratura alinhada sem grandes deslocos;
Conduta: 1- Pinocção por plano até arco da patura; 2- Redução e fixação com 1 parafuso esponjoso com anel proximalmente e 1 parafuso cortical com anel mais distal; 3- Retirada do garrote; 4- Fechamento por planos;
Fechamento: - com Vicryl 1.0 e mononylon 2.0;
Observação:

Sistema de
Trauma-ortopedia
Cirurgia

João Pessoa, 11/08/17

Médico/CRM:



F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Whitanaque Alves Trigueiro BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 11/09/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fratura de platô tibial direito
Cirurgião: Dr. Stefferson Diniz 1º Assistente: Dr. Marcos Unício
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Camilla
Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de platô tibial direito</u>	<u>S80.1</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Aberta e Fixação Interna</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Stefferson Fichetto Diniz
Traumatologista
CRM: 12.345

João Pessoa, 11/09/17

F(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: **VINÍCE AVES TRIQUEIRO** DATA: **14/09/17** PRONTUÁRIO: **1025536**

SEXO: **M** COR: IDADE: **18 ANOS**

PRESSÃO ARTERIAL **150x90** PULSO **72** RESPIRAÇÃO **12** TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES **VER PRONTUÁRIO / NENHA ALERGIA**

AP. RESPIRATÓRIO **PU + em ambos pulm** AP. CIRCULATÓRIO **OK**

AP. DIGESTIVO **EM JEJUM** ESTADO MENTAL **ORIENTADO** DROGAS EM USO **---**

PRÉ-ANESTÉSICO **Normonid EV** ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO **FRATURA DE PLATO HIGALD**

CIRURGIA REALIZADA **NO CIRÚRGICO DE FRATURAS DE PLATO HIGALD**

CIRURGIÃO **DR. GUSTAVO** AUXILIARES **DR. ALFONSO**

INÍCIO DA ANESTESIA **13:20h** TÉRMINO DA ANESTESIA **15:20h** DURAÇÃO DA ANESTESIA **2h**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ESTESISTA **DR. CAMILA** CPF CRM-PB

ANESTESIA: **13:20h** **14:20h** **15:20h**

O₂ N₂ **O₂**

LÍQUIDOS VIA/SUS **500ml** **500ml**

PULSO PRESSÃO

DIÁSTOLICA SISTOLICA

ANESTESIA **X** ANESTESIA **X** ANESTESIA **X**

RECUPERAÇÃO RECUPERAÇÃO RECUPERAÇÃO

AVOTAÇÕES AVOTAÇÕES AVOTAÇÕES

☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA

LÍQUIDOS MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

LÍQUIDOS	Medicamentos e Materiais Usados no Ato Anestésico	
GLICOSE	1 Bupivacaína Iso. 15mg EV	11
NAUCL	2 Clorpromazina 25 EV	12
PARAL	3 Dexametasona 10mg EV	13
ROFEN	4 Oxidocetona 8mg EV	14
TOTAL 1.000ml	5 Diprisona 25 EV	15
RESERVA DO PACIENTE 1.000ml	6 ephedrina 1g V.S EV	16
☐ ADT ☐ ENFERMARIA	7	17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8	18
☒ OUTROS URPA	9	19
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10	20

TECNICA: **PACIENTE NAUTORIZADO SUBMETIDO À VENÓCLAV EM MSE JEJUM ANULADO / ENTREV.**

SIA DA REGIÃO LOMBAR + Sutura P/ RABIOPLASTIA entre L3-L4, LCR CÍDAS, EPRIO Satisfatório.

ACALHA Nº 25

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (NG) ASCOR.026-1

Camilla Oliveira
MÉDICA
CRM-PB 8097

Anes

15101

10/09/19 DATA

1025536 PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Whitney Alves Figueira
Idade: 48 Sexo: M Profissão: _____
Patologia principal: Fratura de OMC
Cirurgia: 40 Caudice Anestesia proposta: Intubação

☐ Dor no peito, angina?	☐ Diabetes?	☐ Alergia a drogas?
☐ Infarto?	☐ Doença da tireóide?	☐ Quadro clínico?
☐ Pressão alta?	☐ Mudança no hábito miccional?	☐ Tratamento?
☐ Sopro, febre reumática?	☐ Modificação no apetite?	☐ Alergia a pó, lá, odores, alimentos?
☐ Arritmia, taquicardia?	☐ Queimadura, azia, H. do hiato, dor?	☐ Quadro clínico?
☐ Tosse/esfôzimo?	☐ Náuseas, vômitos? (cor:)	☐ Tratamento?
☐ Edema de MMII?	☐ Mudança no hábito intestinal?	☐ Alergia a derivado de borraça?
☐ Dispneia de decúbito?	☐ Alteração na cor das fezes?	☐ Quadro clínico?
☐ Tosse/esfôzimo?	☐ Perda de peso a/dieta?	☐ Tratamento?
☐ Asma/bronquite?	☐ Hepatite, icterícia, melária, Chagas?	☐ PARA CRIANÇAS (0 14 anos)
☐ Tosse/esfôzimo? (cor:)	☐ Anemia?	☐ A criança é prematura?
☐ Fumante há _____ anos. Parou há _____	☐ Sangramento? (onde?)	☐ A criança tem 1 de desenvolvimento?
☐ Desmama, tosse?	☐ Hematomas/manchas roxas?	☐ A criança está gripada, c/ tosse, febre?
☐ Convulsões, eufasia, tremores?	☐ Gripes, febre, recente?	☐ A criança tem outra doença?
☐ Fraqueza muscular, miopatia?	☐ Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	☐ ANTECEDENTES FAMILIARES DE:
☐ Dor nas juntas, artrite, osteoporose?	☐ Tem problema de audição, visão?	☐ diabetes ☐ doença crônica ☐ miopatia
☐ Problema de coluna?	☐ Teve febre alta quando foi operado?	☐ Febre alta durante a anestesia?
☐ Estilista social?	☐ Recebeu Transfusão? Há	☐ Problema durante a anestesia?
☐ Alcoolismo: há _____ anos. Parou há _____	☐ Aceita transfusão de sangue emergência?	☐ Qual?

Dados importantes de Anamnese e/ou EF: _____
Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações: _____
Medicamentos (Dieta): _____

EXAME FÍSICO
Peso: 80 Altura: 1,70 PA: 120/80 FC: 72 (normal/taquicárdico)
Coração: normal (supra/abaixo/normal) (normal/taquicárdico) (normal/taquicárdico)
Ausculta: normal
Dentadura/prótese (inf/sup) (normal/ing): _____
Dentes: normal
Abertura da boca: normal
Pupila: normal
Reflexo/estímulo do pescoço: _____
Mucosa/língua: _____
Mallampai: 1 2 3 4 distância orofaringe/mandíbula: 12,5 cm > 12,5

Anota de preferência exames com < 01 ano
Exames Subclínicos DATA: 6/10/17
Hb: 12,7 Ht: 43,6 Glc: _____ Cr: _____ Ur: 1000 5,20
Na: _____ K: _____ TC: _____ TS: _____
Pla: _____
Coagul: ☐ Normal ☐ Alterada TT: _____ TP: 15,3 TTPA: 26,6
RX tórax: 1 1 1 AP: 83% INR: 1,03
ECG: 1 1 1 = ACQUADONOS PARCELAR DE CORDA
Avaliação clínica: sem alterações

Assinatura do médico: _____
Assinatura do enfermeiro: _____
Assinatura do anestesista: _____

RETORNOS: ☐ NÃO ☐ SIM Motivos: _____
(VIDE VERSO)

Se o paciente tiver Rotomão preencher "CONDIÇÃO FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDIÇÃO FINAL:	☐ Liberado para cirurgia	☐ Reavaliar na internação (motivo):
DATA: _____	☐ Reavaliar na SO (motivo):	☐ NÃO LIBERADO CIRURGIA (motivo):
PROBLEMAS GRAVES	MPA drogas/dose	

MÉDICO: _____ CRM: _____
F(ND) ASCIR.027-1



Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

Vistos, etc.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

João Pessoa, 20 de novembro de 2018

Juíza de Direito

