Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

27/10/2020

Número: **0810506-78.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**
Última distribuição : **29/06/2018**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA (AUTOR)	**AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35961460	27/10/2020 12:31	Petição	Petição
35961464	27/10/2020 12:31	2601903_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35961465	27/10/2020 12:31	2601903_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA**

Nº Sinistro: **3180235121**
Vitima: **LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA**
Data do Acidente: **05/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCOIS MARQUES AMORIM**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180235121.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01457/01458 - carta_01 - INVALIDEZ
00020729
Carta nº 12852793

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA**

Nº Sinistro: **3180235121**
Vitima: **LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA**
Data do Acidente: **05/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **FRANCOIS MARQUES AMORIM**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180235121**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00631/00632 - carta_04 - INVALIDEZ

00070316

Carta nº 12928630

Seguradora LÍDER

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 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 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, 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 precisa 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").

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	055.799.474-88	Luciano Francisco Santos Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Luciano Francisco Santos Sousa		CPF titular da conta: 055.799.474-88	Profissão: Camponeiro
Endereço: Rua Tucuruí		Número: 132	Complemento:
Bairro: Vendeguinte	Cidade: Campina Grande	Estado: PB	CEP: 58.400-000
Email:			Telefone (DDD):

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
- ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- ☐ 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
- ☐ ACIMA DE 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 NRO. ____ D/V ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. ____ D/V ____ (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: Bradesco NRO. 813
AGÊNCIA NRO. 0493 D/V 6 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 0016067 D/V 9 (Informar dígito se existir)

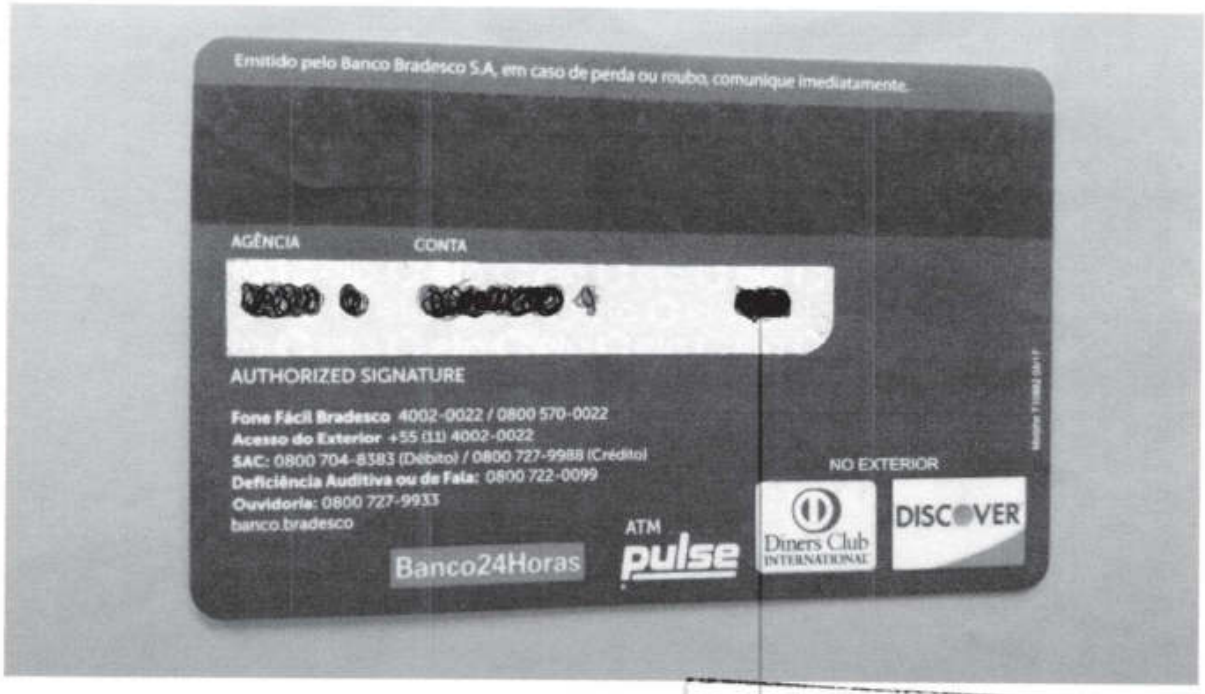
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

C. Grande, 23 de Abril de 2018
Local e Data

Luciano Santos Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00128.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 05/02/2018 **Hora:** 22:00:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Br 142, Próximo do Assentamento Salabrinho, indeterminado, Andarai, BA.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Luciano Francisco Santos Sousa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria José dos Santos Sousa e Antonio Francisco de Sousa
Idade: 32 **Data de Nascimento:** 01/09/1985 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: união estável
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Motorista
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 055.799.474-88
Endereço: Rua Tucurui, 132-A, Três Irmãs, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 99197-0614

TESTEMUNHA

Nome: Hérica Simone de Almeida Santos
Conhecido por: Não informado
Filiação: Sônia Maria de Almeida Silva e Roberto Venâncio dos Santos
Idade: 33 **Data de Nascimento:** 09/03/1985 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Técnica de Enfermagem
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 053.653.474-80
Endereço: Rua Terezinha Karla Agra de Medeiros, 82, Três Irmãs, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98674-4403

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00128.01.2018.2.00.420

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DETRAN - POLÍCIA MILITAR - POLÍCIA CIVIL

DE TRÂNSITO

02 - LOCAL DO ACIDENTE: BR 104 — CÓD.
03 - PONTO DE REFERÊNCIA: Proximo do Posto Salabrinho
04 - MUNICÍPIO: Sandarsi — CÓD.
05 - DATA: 05/05/2018 — 06 - HORÁRIO: 22:00

07 - TIPO DE ACIDENTES:
- [ ] 1 - ABALROAMENTO
- [ ] 2 - ATROPELAMENTO
- [ ] 3 - CAPOTAMENTO
- [ ] 4 - CHOQUE
- [x] 5 - COLISÃO
- [ ] 6 -

08 - CLASSIFICAÇÃO:
- [x] 1 - COM VÍTIMA
- [ ] 2 - SEM VÍTIMAS

09 - PLACA: OFD-3068 — 10 - MUNICÍPIO: Campina Grande — CÓD. — 11 - UF: PB — 12 - MARCA / MODELO: Ford/2438 cargo truck — CÓD. — 13 - TIPO: Caminhão — CÓD.
14 - CATEGORIA: Particular — CÓD. — 15 - COR: Branca — CÓD. — 16 - NOME DO PROPRIETÁRIO: Flávio Quintino Da Costa
17 - ENDEREÇO: Rua Dr. Vasconcelos, s/n Box 05 Bloco A, Alto Branco — 18 TELEFONE: (83) 9919666 09
19 - CONDUTOR: Luciano Francisco Santos Silva — 20 - IDADE: 32 — 21 - SEXO: [ ] F [x] M
22 - ENDEREÇO RESIDENCIAL / TRABALHO: Rua Dr. Vasconcelos s/n Box 05 Bloco A, Alto Branco — 23 - MUNICÍPIO: Campina Grande — 24 - TELEFONE
25 - IDENTIDADE: 3076606 — 26 - ÓRG. EMISSOR: SSP — 27 - CPF: 055 799 474 88 — 28 - Nº DE REGISTRO CNH: 03533559009 — 29 - UF: PB — 30 - CATEG.: AE — 31 - DATA 1ª HAB.: 11/05/2005

32 - PLACA — 33 - MUNICÍPIO — CÓD. — 34 - UF — 35 - MARCA / MODELO — CÓD. — 36 - TIPO — CÓD.
CATEGORIA — CÓD. — 38 - COR — CÓD. — 39 - NOME DO PROPRIETÁRIO
40 - ENDEREÇO — 41 - TELEFONE
42 - CONDUTOR — 43 - IDADE — 44 - SEXO [ ] F [ ] M
45 - ENDEREÇO RESIDENCIAL / TRABALHO — 46 - MUNICÍPIO — 47 - TELEFONE
48 - IDENTIDADE — 49 - ÓRG. EMISSOR — 50 - CPF — 51 - Nº DE REGISTRO CNH — 52 - UF — 53 - CATEG. — 54 - DATA 1ª HAB.

55 - PLACA — 56 - MUNICÍPIO — CÓD. — 57 - UF — 58 - MARCA / MODELO — CÓD. — 59 - TIPO — CÓD.
60 - CATEGORIA — CÓD. — 61 - COR — CÓD. — 62 - NOME DO PROPRIETÁRIO
63 - ENDEREÇO — 64 - TELEFONE
65 - CONDUTOR — 66 - IDADE — 67 - SEXO [ ] F [ ] M
68 - ENDEREÇO RESIDENCIAL / TRABALHO — 69 - MUNICÍPIO — 70 - TELEFONE
IDENTIDADE — 72 - ÓRG. EMISSOR — 73 - CPF — 74 - Nº DE REGISTRO CNH — 75 - UF — 76 - CATEG. — 77 - DATA 1ª HAB.

78 - NOME: Luciano Francisco Santos Silva — 79 - IDADE: 32 — 80 SEXO [ ] F [x] M
81 - ENDEREÇO: Rua Dr. Vasconcelos, s/n Box 05 Bloco A, Alto Branco — 82 - TELEFONE
83 - CONDIÇÃO DA VÍTIMA:
- [ ] 1 - PEDESTRE
- [x] 2 - CONDUTOR
- [ ] 3 - PASSAGEIRO

VEÍCULO PLACA: OFD-3068
84 - CONDUZIDO PARA: Hospital
85 - LESÕES APARENTES: [x] 1 - LEVE [ ] 2 - GRAVE [ ] 3 - FATAL

86 - NOME — 87 - IDADE — 88 - SEXO [ ] F [ ] M
89 - ENDEREÇO — 90 TELEFONE
91 - CONDIÇÃO DA VÍTIMA:
- [x] 1 - PEDESTRE
- [ ] 2 - CONDUTOR
- [ ] 3 - PASSAGEIRO

VEÍCULO PLACA:
92 - CONDUZIDO PARA: COMPREV
93 - LESÕES APARENTES: [x] 1 - LEVE [ ] 2 - GRAVE [ ] 3 - FATAL

94 - NOME — 95 - IDADE — 96 - SEXO [ ] F [ ] M
97 - ENDEREÇO — 98TELEFONE
99 - CONDIÇÃO DA VÍTIMA:
- [ ] 1 - PEDESTRE
- [ ] 2 - CONDUTOR
- [ ] 3 - PASSAGEIRO

VEÍCULO PLACA:
100 - CONDUZIDO PARA:
101 - LESÕES APARENTES: [ ] 1 - LEVE [ ] 2 - GRAVE [ ] 3 - FATAL

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ESTEMUNHAS

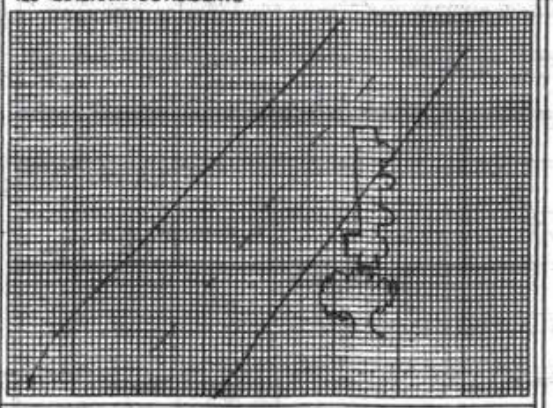
01	105 - ENDEREÇO		106 - TELEFONE
02	107 - NOME	108 - IDENTIDADE	109 - ÓRG. EMISSOR
	110 - ENDEREÇO		111 - TELEFONE
03	112 - NOME	113 - IDENTIDADE	114 - ÓRG. EMISSOR
	115 - ENDEREÇO		116 - TELEFONE

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

117 - CONDIÇÕES DA VIA	118 - TIPO DE PAVIMENTO	119 - SEMÁFORO	120 - TEMPO
☐ 1 - SECA	☒ 1 - ASFALTO	☐ 1 FUNCIONANDO	☐ 1 - BOM
☒ 2 - MOLHADA	☐ 2 - CONCRETO	☐ 2 - DESLIGADO	☐ 2 - NEBLINA
☐ 3 - OLEOSA	☐ 3 - TERRA	☐ 3 - DEFITUOSO	☐ 3 - CHUVA
☐ 4 - DANIFICADA	☐ 4 - PARALELEPÍPEDO	☒ 4 - INEXISTENTE	☐ 4 -
☐ 5 - EM OBRA	☐ 5 - CASCALHO		
☐ 6 -	☐ 6 -		

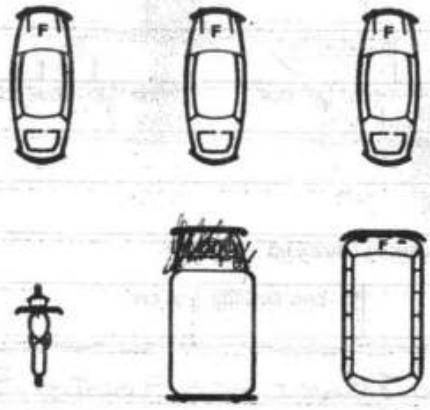
121 - CONDUTOR	PLACA	PLACA	PLACA	122 - AÇÃO DO CONDUTOR - NA VERSÃO DO	PLACA	PLACA	PLACA
PERMANECEU NO LOCAL				DESRESPEITO À SINALIZAÇÃO			
EVADIU-SE				ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA			
USAVA CINTO				CONTRA MÃO DE DIREÇÃO			
USAVA CAPACETE				EXCESSO DE VELOCIDADE			
APARENTE ESTADO DE EMBRIAGUEZ				NÃO MANTEVE DISTÂNCIA DE SEGURANÇA			
OUTROS				OUTROS			

123 - DIAGRAMA DO ACIDENTE



☐ PERICIA ☐ VISTORIA ☐ Nº DE GUIA _____

124 - PONTO DO IMPACTO



125 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O caminhão Ford/12128 carga Bitruck perdeu o controle do veículo vindo a parar a contramão e colidir de frente com uma árvore no acostamento da via. A ocorrência foi solicitada, constatamos a perícia de dos fatos e foi tomada as medidas cabíveis.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

INFORM.

126 - NOME	127 - IDENTIDADE / RGPM	128 - UO
Hernan Victor Santana Lima De Carvalho	3052682-2	22ª CIPM
129 - ASSINATURA	130 - DATA	131 - HORÁRIO
	05/05/2013	23:00

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Luciano Francisco Santos Sousa	055.799.474-88	05/02/2018

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 realiza 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 à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, [illegible] do § 1º 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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

P. Grande, 23 de Abril de 2018
Local e Data

Luciano Santos Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1595018 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

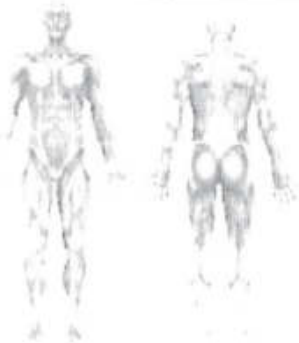
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/02/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA

Endereço:TUCURUI	CEP:58400002	Nascimento:01/09/1985
Cidade: Campina Grande	Sexo:M	Telefone: 987274123
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS SOUSA	Idade:032	Bairro:VERDEJANTE
Responsável: SUENIA	RG:	Nº:132
Estado Civil:Casado(a)	CPF:	Profissão:MOTORISTA
Motivo: ACIDENTE DE CARRO	Data de Atend:08/02/2018	CNS:709008822845712
Médico:	Hora: 20:39:12	CONVÊNIO:SUS
	CRM:	Especialidade

COMPFILE
COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalitamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Corte
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura ossea fechada
20. Fratura ossea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Entravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
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: Trauma de Face

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Vítima comprometida, vítima de acidente de caminhão, no qual estava o veículo em uma elevação na beira-fogo. Estava no interior da Bahia sendo atendido somente no interior apenas no PSF. Apresenta trauma de mandíbula e refere dor em meio (?).
Problema: Fraturas, dispneia e imobilidade

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 15 **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / BMF às 21:05 **Dia** 08/02/18
Especialista: _____ / _____ às ____:____ **Dia** ____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta da cirurgia ortopedia	21:05h
2		
3	Tilt [illegible]	22:25
4	Dipirona [illegible]	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Marcelo Souza
Médico
CRM 21717

JOSE ADRIANO SANTOS
RUA TUCURUI, 132/ CASA A - CATINGUEIRA
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58109000 (AO 401)

Emissão: 22/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
Roteiro: 13 - 401 - 133 - 4650

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A
Av. Pedro II - Centro - Campina Grande / PB - CEP 58400-700
CNPJ: 09.049.489/0001-05 Insc.Est: 16.003.939-1

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº000.164.779
Cód. para Déb. Automático: 00003029428

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	22/01/2018	21/02/2018	2138915437

UC (Unidade Consumidora): 4/252942-8

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos saber sempre bem mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
21/12/17	1754	22/01/18	1919	1	165	32

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total(R$)	Valor Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Valor(R$)	Base Calc. PIS/Cofins(R$)	Alíq. PIS/Cofins(R$)	Valor(R$)
0801	Consumo em kWh	75,000	0,507530	45,56	45,56	25	11,39	45,56	0,38
0601	Adic. B. Vermelha		0,99	0,99	25	0,24	0,99	0,01	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB ILUM PUBLICA		8,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
2604	JUROS DE MORA 12/2017		0,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
2605	MULTA 12/2017		0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	CCI: Código de Classificação de Item	TOTAL		53,32	46,54	11,63	46,54	0,39	0,79

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
63	29/01/2018	R$ 53,30

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/17	Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
53	65	64	70	61	59	56	75	75	66	61	94

RESERVADO AO FISCO
4c82.e437.bc86.7001.0da0.6aa7.4b92.1af3.

Indicadores de Qualidade (Histórico Campina Grande)

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,19	1,17
DIC TRIMESTRAL	11,98	
DIC ANUAL	23,18	1,50
FIC MENSAL	3,42	
FIC TRIMESTRAL	8,08	
FIC ANUAL	13,70	1,17
DMIC	5,37	
DICRI	13,32	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	202
LIMITE INFERIOR	231
LIMITE SUPERIOR	

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia (TUSD)	11,91	22,35
Compra de Energia	17,45	34,11
Serviços de Transmissão	1,78	3,30
Encargos Setoriais	5,81	10,63
Impostos Diretos e Encargos	20,57	38,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**53,30**	**100,00**

Valor do EUCD (Ref. 11/2017) R$ 17,02

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALDE JUNIOR GOMES SILVEIRA
RUA DOM PEDRO I 172 - SAO JOSE
CAMPINA GRANDE - PB CEP 58400414 (4G 401)

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2017	05/07/2017	07/08/2017	45846481449

UC (Unidade Consumidora): 4/202782-9

Canal de contato

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
02/06/17	19398	05/07/17	19540	1	153	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Tarifa (R$)	Valor (R$)	Base Calc. ICMS (R$)	Aliq. ICMS (%)	Base Calc. PIS/COFINS (R$)	Valor PIS (R$)	Valor COFINS (R$)
0801 Consumo em kWh	154,000	0,593290	91,38	91,38	25	22,84	91,38	0,43
0821 Adic. B Amarelo			0,66	0,66	25	0,16	0,66	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0901 CONTRIB ILUM PUBLICA			13,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00
TOTAL			105,27	92,02		23,00	92,02	0,43

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
200	12/07/2017	R$ 105,27

Histórico de Consumo (kWh)

Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Feb/17	Jan/17	Dec/16	Nov/16	Oct/16	Sep/16	Aug/16	Jul/16
177	193	158	209	196	186	211	248	395	336	299	182

4200.71df.b8dd.448d.56f3.aef1.2b3a.722e.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
DEC MENSAL		0,00
DEC TRIMESTRAL	10,62	
DEC ANUAL	21,29	
FEC MENSAL	3,38	0,00
FEC TRIMESTRAL	6,75	
FEC ANUAL	13,49	
DMIC	3,00	0,00
DIC	15,00	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	380
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	355
LIMITE SUPERIOR	399

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. e Energia BC	12,90	11,94
Compra de Energia	33,72	31,20
Serviços de Transmissão	1,12	1,03
Encargos Setoriais	9,78	9,04
Encargos Centros Energia	34,71	32,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	105,27	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

SOBREDEMA

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/07/2017	R$ 105,27

FATURA A SER QUITADA ATRAVES DE DEBITO AUTOMATICO BANCO 001
CONSIDERAR ESTA NOTA FISCAL QUITADA SOMENTE APOS O EFETIVO DEBITO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FLAVIO QUINTINO DA COSTA,

RG nº 1432381-PB, data de expedição 31/03/1992 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 854359104-04, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) ADHEMAR MAIA PAIVA, nº 148, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LUCIANO FRANCISCO S. SOUSA cujo o condutor era LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA

Veículo: CAMINHÃO FORD
Modelo: CARGO 2428e MASTER
Ano: 2011/2012
Placa: OFD 3068
Chassi: 9BFYGAYXXCBS96266
Data do Acidente: 05/FEVEREIRO/2018
Local e Data: CAMPINA GRANDE, 03/ABRIL/2018

4º CARTÓRIO FECHINE

Flavio Quintino da Costa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

4º CARTÓRIO FECHINE

FECHINE

Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de: FLAVIO QUINTINO DA COSTA
Em test.da verdade. Campina Grande-PB 13/04/2018 16:48:21
Shirlaine de Sousa Melo - Escrevente
[2018-009451]EMOL:R$ 17,48 FARPEN:R$ 0,28 FEMP:R$ 1,90 ISS:R$ 0,47
SELO DIGITAL: AGS3A638-N10Y
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

FECHINE SERVIÇOS NOTARIAL E DE OFÍCIO
Shirlaine de Sousa Melo
Escrevente

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Luciano Francisco Santos Sousa PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____ SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S72.6 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 03/02/18 A 16/02/18 NECESSITANDO DE 30 (Trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 16/02/2018

Dr. Josué R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCO MÁXILO FACIAL - CRO - 669

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

Dr., _____ autorizo o codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

_____
Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Luciano Escaman Santos Sousa PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____ SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S72.6 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 03/02/18 A 16/02/18 NECESSITANDO DE 30 (Trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 16/02/2018

Dr. Josué R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA BUCO MAXILO FACIAL - CRO - 669

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

Dr., _____ autorizo o a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

_____
Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

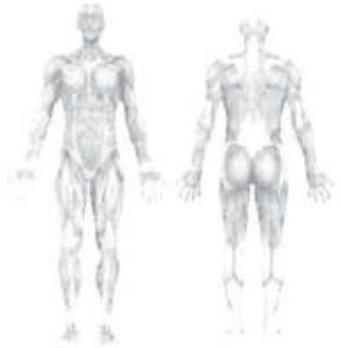
PRONT (B.E) Nº:1595018 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/02/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA
Endereço:TUCURUI
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS SOUSA
Responsável: SUENIA
Estado Civil:Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE CARRO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:01/09/1985
Sexo:M Telefone: 987274123
Idade:032 Bairro:VERDEJANTE
RG: Nº:132
CPF: Profissão:MOTORISTA
Data de Atend:08/02/2018 CNS:709008822845712
CONVÊNIO:SUS
Hora: 20:39:12 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea exposta
20. Fratura óssea fechada
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
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: Trauma de Face

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente caminhoneiro vítima de acidente de caminhão, no qual colidiu o veículo em uma árvore na beira da estrada. Estava no estado da Bahia sendo atendido somente de então apenas no PSF. Apresenta trauma de mandíbula e refere dor em mão (D).
Abdome flácido, depressível e indolor.

ALERGIA: ∅
MEDICAMENTOS: ∅
PATOLOGIAS: ∅
EXAME FÍSICO ∅
PUPILAS (-) Fotorreagentes (-) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow 15 **PA** _____ **HGT:** _____ **Sat02** _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / BMF **às** 21:05 **Dia** 08/02/18
Especialista: _____ / _____ **às** ___:___ **Dia** ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta da emergência geral	21:05h
2		
3	Tilar 40 mg (ev)	22:25
4	Dipirona 2 ml (EV)	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Marcelo Souza
Médico
CRM 21717

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDARAÍ
HOSPITAL MUNICIPAL DE ANDARAÍ
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

PROCEDÊNCIA: HOSPITAL MUNICIPAL DE ANDARAÍ / ANDARAÍ-BA

DESTINO:

NOME: Lucíano Francisco [illegible]

IDADE: 32 anos SEXO: masculino

Exame Clínico do Paciente:

Pac sofreu acidente automobilístico c/ trauma em mandíbula c/ fratura mentual. Pupila isocórica, fotorea, pac orientado. Deambulando AA, sem queixa álgica a nível de tórax, encaminhado em MAXI, corte joelho D, pons sem prova álgica. Deambulando apresentou cansaço ao esforço devido fratura, dreno torácico. Dor 1º dedo mão D. Local edema [illegible] c/ fratura [illegible] Glasgow 15.

Suspeita(s) Diagnóstica(s):

Fratura Mandíbula + Fratura 1º dedo mão D.

Conduta (medicamentos e procedimentos realizados):

- Dipirona
- Antiflamat
- Hidratar

Motivo da Transferência: - Lesão parte Direita

Necessidade cirurgia

06/02/2018

Dr. [illegible] Médico Plantonista CRM - BA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SAMP TS 3014.0182

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDARAI
CNPJ: 13.922.570/0001-50
HOSPITAL MUNICIPAL DE ANDARAI

ANDARAI

Feciano Francisco Santos.

Paciente vítima de acidente automobilístico há ± 96 hrs, encontra consciente, orientado, referindo dôr no local do trauma. No Rx de face constata-se fratura na região mentoniana (queixo) e fratura no 5º dedo (~~falange~~ Falange) da mão direita. Restante do exame físico sem lesões internas (fraturas), com deambulação conservada.

Dra. Ana Maria Almeida C.
MEDICA
CRM : 28062 - BA

07/06/18

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

CONFERE
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ficha de Acolhimento

Nome: Leuciano Francisco Santos Souza
End: R. Tucuruí 132 1 Bairro: Verde Jante
Data de Nascimento: 01-09-85 Documento de Identificação: 3076606
Queixa: Ac de Data do Atend.: 08-02-18 Hora: 20:30 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Carro

Classificação de Risco

Nível de consciência: (✓) Bom ( ) Regular ( ) Baixo
Aspecto: (✓) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:
Frequência cardíaca: 91
Pressão arterial: 140x90
Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:
Mucosas: (✓) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Estratificação

MOD. 110

( ) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
(✓) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

urgência

Dr. Polianna Espinosa Pinto
CRM 6532

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Luciano Francisco Santos Souza. Idade: 32
Convênio: SUS Data: 15/02/18
Procedimento: Rd. cruenta + fixação de mandíbula.

Cirurgião: Dr. [illegible] Auxiliar: _____ Anestesista: Dr. [illegible]

Início: 8:45 Término: 09:45 Anestesia Geral

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
10:15	148 x 102	99	92%	Madalena	+ +	Consciente
10:50	146 x 95	72	98%	Madalena	+ +	Consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

COMFIRE
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura Anestesista Circulante

Relatório de Operação MOD. 103

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE _____/_____/_____ **às** _____:_____ **hs.**

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar / ( )A revelia / ( )Decisão Médica

( )Óbito

Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

Evolução Psicológica

Nome: Luciana F. Santos Souza

Setor: NB 4 Leito: 3

Data	
15/02/18	Paciente em pós-cirurgia/ortopedia. Atendimento
16/02/18	psicológico à leito/acompanhante (sônia).
	Apresenta-se inicialmente preocupada e
	apresentando sentimentos de ansiedade e
	preocupação, sendo necessário
	internação e acompanhamento de
	consultas de adm familiar.
	Revela que a paciente se encontra emo-
	cionalmente instável, apresentando humor
	irritadiço e sentimento de revolta, tendo
	em vista o cancelamento de seu procedimen-
	to cirúrgico (sic). Exame psicológico apre-
	sentou relacionamentos e orientação
	têm sido realizados. Realizado en-
	trevista com a sra de informação
	acerca do caso.

Rachel Melo
Assistente Social
Psicóloga
CRP 13/4040

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 100

COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

A. COSTA COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.
CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTUDAL 16.123.801-7
Rua João Quirino, 548 - Catolé - Campina Grande - Paraíba - CEP: 58410-370
Fones: 83 3337.3628 / 3337.6573 - Fax: 83 3337.3510 - TeleVendas: 0800 281 7161

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paciente: _____ Data da Cirurgia: 19 / 03 / 18
Hospital: _____ Prontuário: 1595018
Médico: _____ Convênio: SUS
Procedimento: _____ Código Proc.: _____

Controle Cirúrgico

Nº 00057

Quant.	Descrição do material utilizado	Lote	Cod. Anvisa
15	[illegible]	26	
		20	

Verificado por: _____ Circulante: _____ Médico: Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCO MAXILO FACIAL - CRO - 669

CONFERE
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente: Luciano F. Santos Sousa		Nº Prontuário: 1595018
Data da Operação: 15/02/18	Enf.	Leito
Operador: Josué Cavalcante	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador: Ruth
Anestesia: Wandely	Tipo de Anestesia: Geral	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura Mandibula		
Tipo de Operação: Red. Cruenta + fixações.		
Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo		
Relatório Imediato da Patologia: não houve		
Exame Radiológico no Ato: não houve		
Acidente Durante a Operação: não houve.		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- Acesso intra bucal;
- Uso de 04 IMF
- Incisão no fundo do sulco vestibular inferior anterior
- Descolamento mucoperiostal;
- Redução cruenta do fr. anterior
- Fixação c/ 04 miniplacas, 18 p.c
- Sutura.
- Rel. Consultas pós cirúrgicas.

Dr. Josué R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCO MAXILO FACIAL - CRO - 669

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Luciano F. Santos | IDADE | SEXO: M | COR

DATA: 15-03-18 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | URÉIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | ESTADO FÍSICO | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA ÀS | EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS: O² Gen.

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

INDUÇÃO
Satisf.:_____ Excit.:_____ Tosse:_____
Laringo esparmo:_____ Lenta:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

MANUTENÇÃO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANESTESIA SATISF.: Sim_____ Não_____
Não, por quê? _____

DESPERTAR
Reflexos na SO:_____
Obstr.:_____ Co_2: _____ Excit:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

Com cânula:
Paro o Leito Sim_____ Não_____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: Supina
AGENTES: Lidocaína 2% + Bupi. 0,5% + Sent. 2ml + Morf. 10mg + Dexa. 10mg + Sero. 10ml + Fenat. 50ml
TÉCNICA: Geral
OPERAÇÃO: Trat. cir. Fratura Tibia
CIRURGIÕES: [illegible]
ANESTESISTAS: [illegible]
OBSERVAÇÕES

CÂNULAS

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

MOD. 066

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Luciano Francisco Souza Sousa
IDADE: 32
PRONTUÁRIO: 759528

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ► ►

ENTRADA

☑ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☑ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☑ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

☑ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?
NÃO
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
NÃO
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO ► ► ► ► ► ► ► ► ► ►

PAUSA CIRÚRGICA

☑ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☑ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS? Não 100 ml

☑ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? Sim

☑ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) Sim
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? Não

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
SIM
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☑ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☑ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☑ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE Não

☑ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE Sim

Assinatura
COREN - 2332-0

GOVERNO DA PARAÍBA

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):	LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA	Protocolo:	0000386006	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	11-02-2018 19:23	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	32 anos	Destino:	ENF 04 - L 01

GLICOSE (JEJUM)..... 99 mg/dl

[DATA DA COLETA: 11/02/2018 19:58]
Material: Plasma
Método: Automatizado CM 200 WIENER

Valores de Referência:
Pró-termo....: 20 a 60 mg/dL - Crianças.....: 60 a 100 mg/dL
Termo.....: 30 a 60 mg/dL - Adultos.....: 60 a 109 mg/dL
1 a 5 dias..: 40 a 80 mg/dL - 60 anos e mais: 80 a 115 mg/dL
NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum....:110 a 125 mg/dL
Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dL.
NOTA: Estes criterios seguem a nova classificac para Diabetes Mellitus da Associacao Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alteradas devem ser confirmados com uma nova coleta.

URÉIA

[DATA DA COLETA: 11/02/2018 19:59]
Resultado..... **34 mg/dl**

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:
Material: Soro
Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 11/02/2018 19:59]
Resultado..... **1,0 mg/dl**

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Criancas...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos....: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuracao da Creatinina e Sumario de urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores: 25/01/16: 1,2]
Material: Soro
Método: Automatizado CM 200 WIENER

Emissão : 11/02/2018 20:25 - Página 1 de 2

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 6409

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Laboratorio Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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):	LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA	Protocolo:	0000386006	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	11-02-2018 19:23	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	32 anos	Destino:	ENF 04 - L 03

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 11/02/2018 19:56]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.2 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	16,4 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	49 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	94 fL		82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	32 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,0 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	11.400 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	4,0	456	
Segmentados	78,0	8.892	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	1,0	114	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	14,0	1.596	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	3,0	342	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	305.000 mm³		140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 6409

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIU 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Emissão : 11/02/2018 20:25 - Página 2 de 2

Laboratório Newlab

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

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

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Luciano F. S. Souza IDADE: 32 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 22/02/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(X) Assintomática ( ) Sintomática ( ) Oligossintomática

SINTOMAS:

( ) Cefaléia
( ) Dispnéia de esforço
( ) Palpitações
( ) Dor Precordial
Relacionada ( ) Esforço

( ) Tontura
( ) Grande
( ) Média
( ) Tosse Seca
( ) Típica
( ) Emoções ( ) Frio

( ) Sincopse
( ) Pequena
( ) Ortopnéia
( ) Expectoração
( ) Atípica
( ) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

( ) Hipertensão Arterial Sistêmica N
( ) Diabetes Mellitus
( ) Arritimias N

( ) Hipertensão Pulmonar
( ) Insut. Cardiaca Congestiva N
( ) insuf. Renal

( ) DPOC ( ) Outros
( ) Insuficiência Coronariana N
( ) Aguda ( ) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Alergia a Medicamentos: Dipirona
( ) Etilismo N
( ) Dislipidemia

( ) Cirúrgico: p/ hérnia de femur

( ) Tabagismo N
( ) Sedentarismo
( ) Outros

Medicamentos em uso (X) Não ( ) Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR, 2T, AN

FC: 68 b.p.m P.A.: 120 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: hg 16,4 cr: 1,0

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

(X) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
( ) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
( ) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possivel evitar)

Obs.:

Ass. do Médico

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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Luciano Francisco Santos Souza DN 01-09-85

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	32	1595018

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

CIRURGIA: Rut. Emerg. + fixação de
CIRURGIÃO: Dr Jorge
ANESTESIA: Peral Raquidiana
ANESTESIA: Dr Wanderley

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
Ruth	15 02 18	8:45	9:45

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxig.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide	01	Catgut Simples Sertix 3-0	
25	Etrane ml Fluorano		Dreno	0	Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	15	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	03	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Repifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 4-0	
01	Tramadol ml Ezl		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	1C	Oxigênio l/m 2 l			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemace ml		PVPI Degermante ml			
	Heparina ml	015	PVPI Tópico ml Betadeina	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml 11 Pro c	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol	01	Seringa desc. 10 ml	01	SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Plasil amp. Metoclopramida	02	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica		Emp. A Contra	
02	Cefazolina		Sonda Uretral nº			
02	Tubulex		Sterydrem ml	04	Placa	
			Torneirinha	18	Parafuso	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
01	Agulha desc. ~~25 x 7~~ 40x12		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	01	Lâmina de bisturi			
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Eletrodo			
	Agulha p/ raque nº					
01.5	Álcool de Enfermagem					
	Álcool iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- (X) Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- (X) Oxicapiógrafo
- (X) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

Alexice E. M. Santos
CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 666

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fratura de Septo nasal direito

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Luciano Francisco S.	Alojamento	6	Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
08/02	① Dieta Pastosa	VO					Pós 08/02 TR - PSOAS
	② SF 0,9% 1000ml EV	10	20				Paciente estável sob
	③ Cefazolina 1g 8/8h - EV			06			cuidado ambulatorial
	④ Dexametasona 1amp 8/8h - EV			06			Alta 48 hs.
	⑤ Tenoxicam 1amp 12/12h - EV			24			ad. ① Cef. IC
	⑥ Dipirona 1g 6/6h - EV			24	06		② Antibioticoterapia
	⑦ SSN 1000ml	EV					

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
13									

Lucineta O. de A. Carneiro
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 001.133.465

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Luciano Francisco Santos Souza
IDADE: 32 SEXO: M [X] F [ ] DATA DE NASCIMENTO: / / às : h
SETOR: Isolamento LEITO: 25
DIAGNÓSTICO MÉDICO:
ALERGIAS: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA: SIM [ ] NÃO [X] QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA: SIM [ ] NÃO [X] LOCAL:

PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO [ ]	NORMOPOTENSO [ ]	HIPERTENSO [ ]	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE [X]	INCONSCIENTE [ ]	ORIENTADO [X]	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO [ ]	TAQUIPÊNICO [ ]	EUPNÉICO [ ]	BRADIPNÉICO [ ]
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL [ ]	POLÚRIA [ ]	OLIGÚRIA [ ]	SVD [ ]
	DUSÚRIA [ ]	CISTOSTOMIA [ ]	ANÚRIA [ ]	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA [X]	DEÂMBULA C/ APOIO [ ]	ACAMADO [ ]	S/ DEFICITE MOTOR [ ]
	TETRAPLEGIA [ ]	HEMIAPLEGIA [ ]	PARESIA [ ]	RESTRITO NO PEITO [ ]
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO [ ]	SNG [ ]	SNE [ ]	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO [X]	DESNUTRIDO [ ]	OBESO [ ]	CAQUÉTICO [ ]
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC: PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

[ ] RISCO DE QUEDA	CD/FR:
[ ] RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
[X] RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: Pele íntegra
[ ] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
[ ] RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA [ ] RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
[ ] RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
[ ] NÁUSEA	CD/FR:
[ ] DOR AGUDA [ ] DOR CRÔNICA	CD/FR:
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
[ ] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
[ ] DÉFICIT NO AUTO CUIDADO [ ] ALIMENTAR-SE [ ] PARA BANHO	CD/FR:
[ ] INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
[ ] RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
[ ] RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
[ ]	CD/FR:
	CD/FR:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Alex Gonçalves Martins
Enfermeiro
Coren/PB 512403
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
[X] MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	08 20	
[ ] REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
[ ] ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
[ ] INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
[ ] AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
[ ] ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
[ ] POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.		
[ ] MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
[X] MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.	M.T.N	
[X] ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	sempre	
[X] REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS ÀOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.	sempre	

MOD 125

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
09/02/18	14:0	-	-	-	-	-	Paciente admitido na ala neuro para tratamento específico, encontra-se consciente, orientado, respirando ar ambiente, com acesso venoso periférico em MSD pérvio, medicado conforme prescrição médica, recebe cuidados gerais	Camila Adelaide Volney TÉC. ENFERMAGEM COREN-PB 331.249

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente | Alojamento | Leito | Convênio 4-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica

Josuel R. Cavalcante Jr.
Cirurgião Bucomaxilo Facial
CRO 3164

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
19/03/18	21:40				150/40	+		
20/03/18	20:00	—	—	—	120/80			

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fratura de Mandíbula

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Juliano Francisco	Alojamento		Leito	4-3	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
10-02-2018	1) Dieta pastosa						BMT
	2) Dipirona 1g EV 6/6h						Paciente evolui com edema de face em regressão
	3) SG 5% 500ml						aguardando ortodontia
	4) Dexametasona 4mg EV 8/8h						Cirurgia
	5) Cefazolina 1g EV 8/8h						
	6) Dipirona 2ml + 1ml ADENILISA						
	7) Higiene oral 3x dia						
	8) SSVV						
	9) GCG						
	10) Rocefin 1g EV 12/12h						
	11) Tilatil 20mg EV 12/12h						

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
11/02	08h00	–	78	18	110x80		[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible] –	[illegible]
11/02	14h00						[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible]	[illegible]
11/02							[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible]	
							[illegible] –	[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fx. Mandíbula

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Luciano Francisco	4	3	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/2/18	Dn 1 ampola EV 8/8h Dipirona 1g EV 8/8h Dexametasona 4mg EV 8/8h Sinais vitais Balanço hídrico Higiene oral	14 2 06 ~~14~~ ~~20~~ 06	BAF: Paciente nega queixas Ausência de sangramento Edema leve Curativo limpo e seco Boa aceitação Solução, Pat. gl. Cd. Fernando Lira

Dr. Heco Henrique Araujo Morais
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Implantodontia
CRO-PB 4441

Dr. Heco Henrique Araujo Morais
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Implantodontia
CRO-PB 4441

RECEBIDO
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FRAT. MANDIBULA

4-3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	LUCIANO FRANCISCO	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/10/18	Dieta pastosa. SSF a 9% 500ml EV 8/8h Cefazolina 1g EV 12/12h Dipirona 1g + AD EV 6/6h Omeprazol 40mg EV 24/24h SINAIS VITAIS CUIDADOS GERAIS HIGIENE ORAL Dr. Hecio Henrique Araujo Morais Cirurgia Buco-Maxilo-Facial Implantodontia CRO-PB 4441	14 22 06 2º dia 18	BRT: 08.2 anos Paciente no 5º PO de RAFI em bom pós-op. do qual, Estável, orientado, cooperativo, eupneico, afebril. CD: Aguardar cirurgia. Dr. Hecio Henrique Araujo Morais Cirurgia Buco-Maxilo-Facial Implantodontia CRO-PB 4441
	Beta 3h após 24h		

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :___/___/___

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:

Abdômen: ( )Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:

RHA: ( )Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados

Eliminação intestinal: (✓)Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )Outros:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (✓) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:

Coloração da pele: ( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica | **Turgor da pele:** ( )Preservado

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:___/___/___

Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição: Curativo :___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: (✓) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.

Limitação física: ( )Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comportamentos:** ( ) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

paciente evolui consciente, orientado, afebril não refere queixas no momento

COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Juquelina Alves de S... ENFERMEIRA COREN 2...

DATA: 13/12/18 HORA: 9.05 h

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

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luciano Francisco Silva | Registro: | Leito: 4-3 | Setor Atual: Neuro

2.AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
22 MAIU 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_20

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

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

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

Tosse: (X) Improdutiva ( ) Produtiva | **Expectoração:** ( ) Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
13-02	08:00	36			110/80		Paciente sem queixas	Kelly A. Soares TEC. ENFERMAGEM COREN-PB 602.601
13/02/19	20:00	-	-	-	130/80		Paciente estável sem queixas medicado conforme prescrição médica. Segue aos cuidados de enfermagem.	Diana Alves Mendes COREN-PB 172522-TEC

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

FRAT. MANDÍBULA

Paciente	LUCIANO FRANCISCO	Alojamento	4	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/10/20	Dieta normal SF 0,9% 500ml EV lento Cefalexina 1g EV 12/12 hrs Dipirona 1g + Prometo EV 6/6 hrs Omeprazol 40mg EV 24/24 hrs SINAIS VITAIS BALANÇO HÍDRICO HIGIENE ORAL	8 12 18 00 SIN 06	Bom: 07:00 HORAS Paciente no 6º D.H. em bom estado geral, bem orientado, consciente, deambulando, eupneico, afebril. CD: Aguardo cirurgia

Dr. Hécio Henrique Araújo Moraes
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Implantodontia
CRO PB 4441

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSE Data da punção 14/02/18

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (✓) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :___/___/___

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:

RHA: (✓)Normoativos ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados

Eliminação intestinal: (✓)Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )Outros:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações (✓)Outro:

Coloração da pele: (✓)Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica | **Turgor da pele:** ( )Preservado

Condições das mucosas: (✓)Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:___/___/___

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em:___/___/___

Úlcera de pressão: ( )Estágio: Local: Descrição: Curativo :___/___/___

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: (✓) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.

Limitação física: ( )Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

SONO E REPOUSO

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada | **Sentimentos e comportamentos:** ( ) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Paciente com programação cirúrgica pela BMF cardio, negou intercorrências.

RECEBIDO
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Gabriela P. Batista ENFERMEIRA COREN 418.563/PB

DATA: 14/02/18 HORA: 23:29 h

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

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Lucano Francisco | Registro: | Leito: 4-3 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (✓) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
14.02.15	12				110/70		Paciente veio sem interconsultas de emergência sem os exames de informação. Cuidado 822 282 Enf. JPA	
14.07/78	20				120/80		Paciente veio queixa-se Tireoide acima normais. Cuidado 822 282 Enf. JPA	

COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 MAIU 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura de mandíbula.
Sínfise + ramo/c(E).

Paciente	Lucrecio Francisco.	Alojamento	[illegible]	Leito	4.3	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
14/02/18	① Dieta pastosa							DIA 7: PIN
	② SF 0,9% 1000ml ev lento	VO	26					Em bom estado geral, [illegible]
	③ Cefuroxima 1g ev 12/12h.	08	06					02: procedimento cirúrgico realizado
	④ Dipirona 1g 8/8h ev 8/8h SN							p/ 15/02/18.
	⑤ Metoclopramida 10mg ev 8/8h.	OK						
	Sinais Cardiacos Gerais	el						
	Higiene bucal 4x/dia	MT						
	Flaviano Falcão de Araujo CIRURGIÃO DENTISTA CRO-RN 1349/RN							Flaviano Falcão de Araujo CIRURGIÃO DENTISTA CRO-RN 1349/RN
14/02/18	Dieta zero a partir das 22h.	AM						
	Flaviano Falcão de Araujo CIRURGIÃO DENTISTA CRO-RN 1349/RN							

CONFERE
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
15/02/18	12:00	–	–	–	120 × 80		Paciente consciente orientado deambula sem queixas no momento medicado conforme prescrição médica. eupneico aceita dieta,	Diana Alves Mendes COREN-PB 1122522-TEC
15/02/18	20:00	–	–	–	170/80		Paciente segue aos cuidados de enfermagem sem queixas	Diana Alves Mendes COREN-PB 1122522-TEC

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Red. Fratura Arco Maxil.

Paciente	Luciano F. Santos Sousa	Alojamento	4	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
15	① Dieta conforme tolerância			Paciente submetido a redução cruenta de fraturas arco maxilar e fixação c/ osteossíntese e 18 pontos cirúrgicos. Foi observado fraturas em ângulos. Solicitado Rx, fez curativo por precaução.
03	② Soro salinizado	ok		
18	③ Ceftriaxona 1 GA EV 6/6 h 5/5	ok	17	
	④ Dexametasona 4mg EV 8/8 h	ok	22	06
	⑤ Cuidados gerais	ok		
16	Alta hospitalar,			
03	mediante			
18				

Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCO MAXILO FACIAL - CRO - 669

Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCO MAXILO FACIAL - CRO - 669

Dr. Josuel R. Cavalcante
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGISTA
BUCO MAXILO FACIAL - CRO - 669

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

Data da internação: 08/02/2018 Hora: 23:08:38

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1595080

7 - CARTÃO DO SUS: 709008822845712
8 - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1985
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA JOSE DOS SANTOS SOUSA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 987274123

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): TUCURUI , 132 , VERDEJANTE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: -> Fratura de mandíbula

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: -> Fratura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Fratura de mandíbula

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Simples de mandíbula
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Enfermaria
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: Cirurgia
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016282837281

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GUSTAVO JOSE DE LUNA CAMPOS
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/02/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data da internação: 08/02/2018 Hora: 23:08:38

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1595080
7 - CARTÃO DO SUS: 709008822845712
8 - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1985
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA JOSE DOS SANTOS SOUSA
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 987274123
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): TUCURUI , 132 , VERDEJANTE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura de mandíbula

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Fratura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Fratura de mandíbula

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Luxação de mandíbula
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Endoscopia
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: Cirurgia
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016282837281
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GUSTAVO JOSE DE LUNA CAMPOS
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/02/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

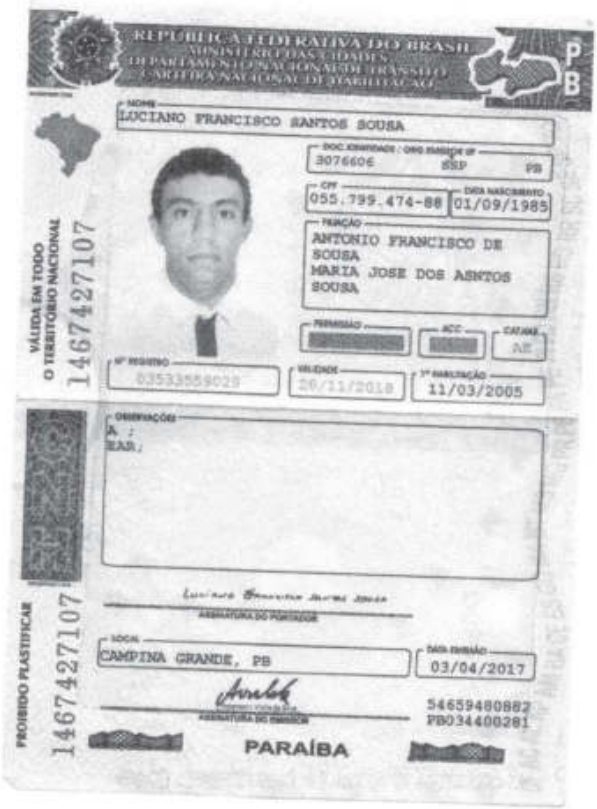
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3076606 SSP PB

CPF
055.799.474-88

DATA NASCIMENTO
01/09/1985

FILIAÇÃO
ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA
MARIA JOSE DOS ASNTOS SOUSA

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AE

Nº REGISTRO
03533559029

VALIDADE
26/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
11/03/2005

OBSERVAÇÕES
A ;
EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
03/04/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

54659480882
PB034400281

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467427107

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467427107

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCOIS MARQUES AMORIM

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
32471014 SSP/SP

CPF
119.840.458-22

DATA NASCIMENTO
30/03/1973

FILIAÇÃO
FRANCISCO DE ASSIS AMORIM
MARIA DAS DORES MARQUES AMORIM

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
00802532661

VALIDADE
19/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
22/09/1994

OBSERVAÇÕES

LOCAL
ARACATUBA, SP

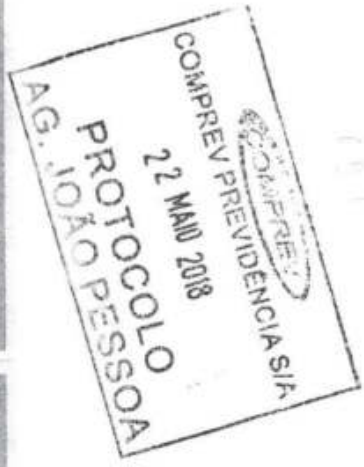
DATA EMISSÃO
21/12/2016

78508100283
SP938445535

DETRAN SP (SÃO PAULO)

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1377461370

PRÉVIO PLASTIFICAR
1377461370



COMPREV
COMPREVIDENCIA SIA
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180235121 **Cidade:** Andaraí **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA **Data do acidente:** 05/02/2018 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Luciano Francisco Santos Sousa
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Casado
Profissão: Motorista Identidade: 307.666
CPF: 055.799.474-88 Endereço: Rua Tucuxui, 132, Casa A, Catingueira, Campina Grande/PB.

OUTORGADO:

Nome: Francisco Marques Amorim
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Divorciado
Profissão: Assessor Jurídico Identidade: 324.710.14
CPF: 119.840.498-22 Endereço: Rua Dom Pedro I, 173, Sala: 102 1º andar, São José, Campina Grande/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vitima Luciano Francisco Santos Sousa.

Campina Grande - PB, 09 de Abril 2018
Local e data

2º CARTÓRIO C. GRANDE-PB

Luciano F. Santos Sousa
Assinatura d
(reconhecer firma po

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelião: Maria de Fátima Leitão Cavalcanti
Praça da Bandeira, 143, Sala 1 - C.Grande - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA.
Campina Grande/PB 20/04/2018
Em testemunho da verdade. Dou fé
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Selo Digital: AGU99611-0T09
Confira os dados em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$9,48 ISS R$0,47 Farpen R$0,28 Fetj R$1,42 FEMP R$0,15

Cláudia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

2º CARTÓRIO DE NOTAS CAMPINA GRANDE-PB

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08105067820188150001

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 **LUCIANO FRANCISCO SANTOS SOUSA**, 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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 23 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB