



Número: **0801148-67.2019.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **31/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HENRIQUE FERNANDES (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23150772	31/07/2019 15:56	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
23150779	31/07/2019 15:56	<a href="#">Petição Inicial</a>	Outros Documentos
23150899	31/07/2019 15:56	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
23150900	31/07/2019 15:56	<a href="#">Doc. Pessoais e Comp. de Residência</a>	Documento de Identificação
23150905	31/07/2019 15:56	<a href="#">SAMU, BO e Comp. de Pag. Administrativo</a>	Outros Documentos
23150908	31/07/2019 15:56	<a href="#">Doc. Médica 1</a>	Outros Documentos
23150913	31/07/2019 15:56	<a href="#">Doc. Médica 2</a>	Outros Documentos
23203174	13/08/2019 10:35	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

Petição Inicial em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA  
CIVIL DA COMARCA DE SOLEDADE-PB.**

**HENRIQUE FERNANDES**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de nº 393587538, e CPF de nº 090.672.754-50, residente e domiciliado na Rua Manoel Galdino de Souto, s/n, Bairro: Centro na cidade de Cubati/PB, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex<sup>a</sup>, propor o presente:

**ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.**

**COMPLEMENTO**

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

**DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO**

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização



de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.

### **DOS FATOS E DOS DIREITOS**

No dia **03.03.2019**, foi vítima de um acidente automobilístico, quando estava trafegando na PB 177, próximo de Seridó-PB em seu carro Ford KA, de placa MNZ-5695/PB, ano/modelo 2008/09, Chassi de nº 9BFZK03A89B026262, quando foi atingido por um outro automóvel de placa, e condutor e demais características que desconhece, vindo a sofrer lesões graves devido ao impacto, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao hospital de Hospital de Emergência e Trauma em Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como como: **FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE PARA FIXAÇÃO (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem dúvidas resultou no comprometimento do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e perícia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 1.687,50 (MIL, SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com



veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

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

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

***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.***

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

***APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006.***

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 584000-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



**PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO.** 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007, devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidez permanente, devido o autor não possui capacidade econômica para arcar com tais despesas, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

#### **DO REQUERIMENTO:**

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 584000-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão.

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com o **rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

**05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);**

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

**08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;**

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor **R\$ 11.812,50 (ONZE MIL, OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

**Campina Grande - PB, em 31 de Julho de 2019.**





**INACIO BRUNO SARMENTO**  
**- Advogado - OAB/PB 21.472**

---

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 584000-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 31/07/2019 15:53:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19073115534104200000022448514>  
Número do documento: 19073115534104200000022448514

Num. 23150779 - Pág. 6



## QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

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

PACIENTE:\_\_\_\_\_.

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Sem mais, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

(Assinatura – carimbo – CRM)

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 584000-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

**OUTORGANTE:** Henrique Fernando, brasileiro (a),  
separado, solteiro, portador da Cédula de Identidade nº:  
393587538, inscrito no CPF nº: 090.16721754/50, residente e domiciliado  
na Rua Mameil Galvão de Sá Nº 511, Bairro, Centro,  
na Cidade de Cubati /PB. 98885-8920

**OUTORGADO:** INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na  
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: **Dinamarca Alves Correia,**  
**1020, loja 02, Dinamarca, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-**  
**5048/98769-2274.**

**PODERES:** Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do  
Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta  
Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante,  
defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar,  
desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar  
compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a  
presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os  
atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme  
e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo  
Civil com redação dada pela Lei nº 8.052 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de  
04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

**CONTRATO:** O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária  
advocatória remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%,  
calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei nº 1.060/50, declara que é pobre  
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem  
comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 05 de junho de 2019.

Henrique Fernando  
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº 1020, loja 02,  
Dinamarca, Campina Grande - PB. CEP: 58400-000.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**PB**

NOME  
**HENRIQUE FERNANDES**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
393587538 SSP SP

CPF  
090.672.754-50

DATA NASCIMENTO  
10/07/1989

FILIAÇÃO  
JOVELINO FERNANDES  
FILHO  
MARLI CORDEIRO  
FERNANDES

PERMISSÃO  
ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
06837855931

VALIDADE  
13/09/2021

1ª HABILITAÇÃO  
03/05/2017

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1633779346

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
11/05/2018

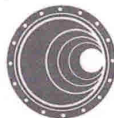
Assinatura do Emissor

92170481512  
PB036776130

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1633779346





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68169787

REFERÊNCIA

ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

HENRIQUE FERNANDES  
RUA MANOEL GALDINO DE SOUTO, S/N - CENTRO CUBATI  
PB 58167-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
039.001.205.0404.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y14N322430	04/11/2014	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M <sup>3</sup> )	HUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA
201		204	3	20		24/05/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2019	4	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
FEV/2019	4	TURBIDEZ		0	0	0
JAN/2019	5	CLORO		0	0	0
DEZ/2018	5	CCL.TERMOT		0	0	0
NOV/2018	5	CCR		0	0	0
OUT/2018	5	CCL.TOTAIS		0	0	0
DADOS REFERENTES A: FEV/2019						
MEDIA(M)	4					

DATA DA IMPRESSÃO: 25/04/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 09:18:48
DESCRICAO	CONSUMO TOTAL(R\$)
AGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE AGUA	3 M3 37,91
ESGOTO	
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 01/2019	0,75
JUROS DE MORA 01/2019	0,47

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/05/2019 Total a Pagar: R\$ 39,13



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:  
ABRIL VERDE: #CHEGADEACIDENTEDL TRABALHO.







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 07/2019**

**DATA DO FATO: 03/03/2019 HORA DO FATO: 17:30**

**LOCAL DO FATO: SERIDÓ-PB**

**DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:**

**Às 15:00 hs do dia 29/05/2019.**


**MOTIVO/TIPIFICAÇÃO: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO**

**DO (A) COMUNICANTE:** HENRIQUE FERNANDES, brasileiro, solteiro, agricultor, RG nº 393587538 SSP-SP, nascido em 10/07/1989, filho de JOVELINO FERNANDES FILHO e MARLI CORDEIRO FERNANDES, Residente na Rua Manoel Galdino, 404, Cubati-PB, cel: 988858920.

**NARRAÇÃO DO FATO:** Narra o comunicante que na data de 03/03/2019, por volta das 17:30 hs, estava trafegando na PB 177, próximo a cidade de Seridó-PB, em seu carro, quando foi atingido por outro automóvel. Que não recorda dos fatos após o acidente, mas lembra de ter sido socorrido por uma equipe do SAMU para o hospital de trauma de Campina Grande. Que carro se trata de um FORD KA FLEX, PLACA MNZ5695/PB, ANO-MOD 2008/09, CHASSI Nº 9BFZK03A89B026262, RENAVAM Nº 00967682282, LICENCIADO EM NOME DE REGINALDO BARBOSA DUARE. Era o que havia a registrar.

Cubati-PB, 29 de MAIO de 2019.

**COMUNICANTE:** Henrique Fernandes

  
**CARLOS EDUARDO MALTA NASCIMENTO**  
MAT:168311-0  
AG. INVESTIGAÇÃO





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU SOLEDADE



### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 3/3/2019	HORA: 17:30	ID N°: 1759365 USA 31
NOME: HENRIQUES FERNANDES		
QUEIXA: COLISÃO CARRO COM CARRO		
LOCAL: PB 177		
COMPLEMENTO: SENTIDO SÃO VICENTE		
CIDADE: SOLEDADE		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Soledade, 28 de maio de 2019.

*Glancia Michaelle F. Costa*  
Coordenadora SAMU

GLANCIA MICHAELLE F. COSTA  
COREN 284.878

Coordenação  
SAMU Soledade 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Horácio da Costa Lima, Centro CEP: 58155-000 Soledade-PB





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200851578  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0096768228-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME REGINALDO BARBOSA DUARTE

CPF / CNPJ 08003291470 PLACA MNZ5695/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB 9BFZK03A89B026262 CHASSI

ESPÉCIE TIPO PAS/AUTOMOVEL/ COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO FORD/KA FLEX ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2009

CAP. / POT. / GIL 5 P/73 /CV CATEGORIA PARTIC CÔR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª  
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª  
\*\*\*\*\* 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 23/08/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO E OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA  
0

CUBATI - PB LOCAL 23/08/2018 DATA

14311



20109

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

PB Nº 014200851578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/08/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 08003291470 PLACA MNZ5695/PB

RENAVAM 00967682282 MARCA / MODELO FORD/KA FLEX

ANO FAB. 2008 CAT. TAR. 1 Nº CHASSI 9BFZK03A89B026262

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) \*\*\*\*\* TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 23/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

20109-1053410-20180823





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

**Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190364735**

**Vítima: HENRIQUE FERNANDES**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: HENRIQUE FERNANDES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000041**

**Conta: 000000526531-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00857/00858 - carta\_30 - INVALIDEZ





## Diagnóstico

FX exp de patela D

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

paciente	Henrique Fernandes, 29a	Alojamento	2	Leito	1	Convênio	
----------	-------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/03	<p>① Dieta zero de retorno da URPA</p> <p>② SRL 1500 ml IV 21/24 h</p> <p>③ Dilatado 20mg IV 1x dia</p> <p>④ Fomeal 100mg + 100ml de S.O. 9% IV - 8/8h SN</p> <p>⑤ Anapril 20mg 4cp VO pela manhã</p> <p>⑥ Gentamicina 80mg IV 8/8h</p> <p>⑦ Clindamicina 150mg/ml - 2ml IV 6/6h</p> <p>⑧ Dipirona 500mg/ml - 2ml IV 6/6h</p> <p>⑨ S.S. IV + C.C. 66 SAT 5000 UI. NPA, IM</p> <p>⑩ Dieta Lina após RPA</p>	<p>OK 18-20</p> <p>OK 18</p> <p>OK SN</p> <p>OK F</p> <p>OK 18-20</p> <p>OK 18-20</p> <p>OK 18-20</p> <p>OK 18-20</p> <p>OK 18-20</p>	<p># Admissão</p> <p>Paciente vítima de trauma, pata traseira exposta em patela distal, apresentando dor e edema local.</p> <p>CP: Ao Centro Cirúrgico</p>
	Dr. Homero M. Gondim MÉDICO CRM-PB 11789		Dr. Homero M. Gondim MÉDICO CRM-PB 11789
			prontuário anexado classificação nem intercorrência
			cd: enc. A
			UNPA
			Dr. Valdir Menezes Guimarães Ortopedia / Traumatologia CRM-PB 16.551/7-0001 35.090



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/03/2019

Horas: 06:31:21

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845450 Paciente: HENRIQUE FERNANDES Idade: 029 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES Data de Nascimento: 10/07/1989 Admissão: 03/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

DIA 05/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	18h - 6h
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18h - 6h
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22h
8	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h 0D/7D Diluir em 50 ML SF	22h - 6h - 14h
9	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 0D/7D Diluir em 50 ML SF	18h - 24h - 6h - 12h
10	DIETA LIVRE	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	

### EVOLUÇÃO

DATA: 05/03/2019 HORA: 06:31:08

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO  
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz  
CRM: 9907



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/03/2019

Horas: 09:28:35

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845450 Paciente: HENRIQUE FERNANDES Idade: 029 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES Data de Nascimento: 10/07/1989 Admissão: 03/03/2019

Clínica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

DIA 06/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h 1D/7D Diluir em 50 ML SF	22h - 6h - 14h
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h 1D/7D Diluir em 50 ML SF	18h - 24h - 6h - 12h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18h - 6h
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22h
9	DIETA LIVRE	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	JELCO SALINIZADO	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	

### EVOLUÇÃO

DATA: 06/03/2019 HORA: 09:28:28

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO  
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
MR ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 5001

cd: este paciente apresenta fratura de A. Agnelo +  
rotura + osteog.


Dr. Euler Fabricio A. Cruz  
MR ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 5001





C = Contaminado

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Benício Fernandes</b> DN: <b>10/07/1987</b>						 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI: <b>—</b>	LEITE: <b>Sala 03</b>	CONVÊNIO: <b>SUS</b>	IDADE: <b>29a</b>	REGISTRO: <b>1845348</b>			
CIRURGIA: <b>Trat. cirur. trat. exp. de patela direita</b>			CIRURGIÃO: <b>Dr. Valth.</b>				
ANESTESIA: <b>Raqui</b>			ANESTESIA: <b>Dr. Felix</b>				
INSTRUMENTADORA: <b>José</b>		DATA: <b>03/03/19</b>	INÍCIO: <b>22:20</b>	FIM: <b>23:50</b>			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<b>01</b>	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<b>02</b>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<b>01</b>	Dimor amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	<b>01</b>	Ethibond <b>Nº 5,0 - (05)</b>	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<b>01</b>	<b>Macacina</b> % 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.	<b>4.5</b>	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	<b>9.5</b>	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	<b>04</b>	Mononylon <b>3-0</b>	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<b>01</b>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
<b>02</b>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
<b>01</b>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
<b>02</b>	Dipirona amp.	<b>01</b>	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	<b>02</b>	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<b>4.0</b>	Oxigênio l/m <b>3l/min</b>			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	<b>9.5</b>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<b>9.5</b>	Sabão Antisséptico	<b>01</b>	SG Normotérmico fr 500 ml <b>100 ml. Gelado</b>	
	Lasix amp.		Saco coletor	<b>02</b>	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrozinazol.	<b>02</b>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<b>01</b>	<b>Atropina</b>	<b>01</b>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	<b>06</b>	SG fr 500 ml <b>up/fluagem</b>	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptonon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<b>02</b>	<b>Cefazolin</b>		Sonda Nasogátrica	<b>01</b>	<b>Fio de Sutura N° 3.0</b>	
<b>02</b>	<b>Clotil</b>		Sonda Uretral nº			
<b>01</b>	<b>Ranitidina</b>		Steridrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28 <b>40x12</b>		Latex			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<b>05</b>	<b>Guia-vidros</b>			
<b>01</b>	Aguilha p/ raque nº <b>25</b>	<b>05</b>	<b>Sacos up/lixo</b>			
<b>9.5</b>	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
<b>06</b>	Ataduras de Crepon <b>.....</b>					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
<b>02</b>	<b>Atropina</b>					

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



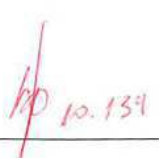
Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 31/07/2019 15:53:46

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19073115534619600000022448593

Número do documento: 19073115534619600000022448593

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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		3
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		3
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		3
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		3
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

  
Assinatura do anestesista







2-1

## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Henrique Fernandes	Idade: 29 anos
Convênio: SUS	Data: 08/08/2015
Procedimento: Trat. cirurgico de fratura de patela direita	
Cirurgião: DR Valth	Auxiliar: R1. Homerus
	Anestesista: Felix
Início: 22:20	Término: 23:50
	Anestesia Raqui

[illegible][illegible]

Observações:

10.139

Assinatura Anestesista

Circulante

### Relatório de Operação

MOD. 103





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Henrique Fernando</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>03/05/19</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Valth</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Agnaldo</i>		
2º Auxiliar <i>Dr. Homero</i>	3º Auxiliar	Instrumentador <i>José</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta de patela D.</i>			
Tipo de Operação <i>fto Cirurgica</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 mono</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Paciente em D.D.H.</li> <li>2) Mepna + antisséptico + Campos estéril</li> <li>3) Anestesia da pele</li> <li>4) Lavagem extensiva com SFO, 9% + Desbridamento de tecidos desvitalizados</li> <li>5) Observado perfuração óssea no polo proximal e face lateral da patela</li> <li>6) Realizada fixação do tendão do quadríceps com Krakow e pontos transversais com ethibond nº 5.</li> <li>7) Sutura do retináculo lateral na patela</li> <li>8) Sutura da pele</li> <li>9) Curativos</li> <li>10) Tala tipo gesso em extensão</li> </ol>
<p>Homero M. Gondim MÉDICO CRM-PB 71789</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Data de internação: 03/03/2019 Hora: 22:04:50

HTCG-Painel Administrativo

03/03/2019

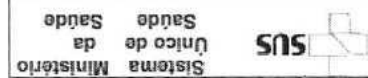


Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 31/07/2019 15:53:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19073115534619600000022448593>

Número do documento: 19073115534619600000022448593

Num. 23150908 - Pág. 8



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		HENRIQUE FERNANDES	
7 - CARTÃO DO SUS		700008582369004	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		MARLI CORDEIRO FERNANDES	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		MANOEL GALDINO DE SOUZA, 0, CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		Cubatí	
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		250500	
15 - UF		PB	
16 - CEP		58167000	
Identificação de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
2 - CNES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
4 - CNES		2362856	
6 - N.º DO PRONTUÁRIO		1845450	
8 - DATA DE NASCIMENTO		10/07/1989	
9 - SEXO		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
11 - N.º DE TELEFONE		83 987265210	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		MANOEL GALDINO DE SOUZA, 0, CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		Cubatí	
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		250500	
15 - UF		PB	
16 - CEP		58167000	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		Do, febre e dor no abdômen	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		TDO Uniquano	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		Rx e ECG em mãos	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		Rx e ECG em mãos	
21 - CID 10 PRINCIPAL		I20	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		I20	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		I20	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
26 - CLÍNICA		02	
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO (X) CNES ( ) CPF		980016296777642	
29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		03/03/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		CRM-PB 9116-1 EOT-15265	

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAÍTO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N.º DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA		( ) EMPREGADOR		( ) AUTÔNOMO	
( ) DESEMPREGADO		( ) APOSENTADO		( ) NÃO SEGURADO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N.º DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA					
( ) EMPREGADOR					
( ) AUTÔNOMO					
( ) DESEMPREGADO					
( ) APOSENTADO					
( ) NÃO SEGURADO					

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO		50 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO		51 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO	





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Henrique Fernandes		
End:	Rua Manoel Falcão de Aguiar, S/N		
Data de Nascimento:	30.07.89	Documento de Identificação:	Brazil
Queixa:	Acidente		
Data do Atend.:	03.03.19	Hora:	19:24
Documento:			
Acidente de trabalho?	( ) Sim (x) Não		

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

MOD. 110

(x) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Herla Hany  
COREN-PA 448.575-EM

Assinatura e carimbo do profissional



03/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

# BMF 22:00

Paciente encontra-se consciente, orientado, supino.  
apresenta escoriações em face, sem sinais de  
fratura em face.

José Ricardo dos Santos, Júnior  
Residente em Clínica de  
Traumatologia e Ortopedia

CS: O Anter. pnc + Anter. em fronte  
Alta da BMF  
Os cuidados da ortopedia

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

( ) Centro cirúrgico  
( ) Internação (setor) ( ) Alta hospitalar ( ) Já revellia  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL ( ) Óbito

X Desuane Fernandes Soares  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

03/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

2-L

Cirurgião

3

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1845349

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/03/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Maria Klidia Andre Lopes Dos Santos

PACIENTE: HENRIQUE FERNANDES CEP:58167000 Nascimento:10/07/1989

Endereço:MANOEL GALDINO DE SOUTO

Sexo:M

Telefone: 987265210

Cidade: Cubati

Idade:029

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES

RG:

Nº:0

Responsável:

CPF: 09067275450

Profissão:

Estado Civil:

Data de  
Atend:03/03/2019

CNS:700008582369004

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 19:29:56

CONVÊNIO:SUS

Médico:

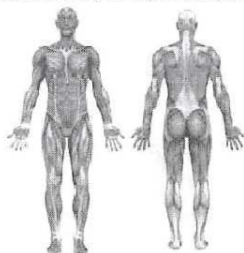
CRM:

Especialidade:

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. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Ac. no. / Tra. Penetr. + Cont. de Sudo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Prontório com lesões no membro  
superior direito, com lesão venosa profunda, lesão  
na base do úmero, fratura da cabeça do úmero e  
fratura da cabeça do fêmur.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Etorreagentes ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow

PA

HGT:

Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BMR / às : Dia 03/03/19

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipente 250mg	
2	Vom. 10ml	
3		
4		
5	Serum com Glicose	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Gadelha  
CIRURGIA GERAL  
CRM: 4739

rojetohctg/impreurgencia.php?contar=1845349

1/2

Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 31/07/2019 15:53:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19073115534699100000022448598

Número do documento: 19073115534699100000022448598

Num. 23150913 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**Vara Única de Soledade**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801148-67.2019.8.15.0191

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Cite-se.

SOLEDADE, data e assinaturas digitais.

Juiz(a) de Direito

