Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

05/08/2021

Número: **0800278-73.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**
Última distribuição : **10/01/2020**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (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
46728677	05/08/2021 15:26	Petição	Petição
46728680	05/08/2021 15:26	2697307_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46728681	05/08/2021 15:26	2697307_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190683740 **Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

Data do Acidente: 07/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANIA DOS SANTOS QUEIROZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00445/00446 - carta_01 - INVALIDEZ

00040223

Carta nº 15206099

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

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190683740 **Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

Data do Acidente: 07/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VANIA DOS SANTOS QUEIROZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00135/00136 - carta_02 - INVALIDEZ

00070068

Carta nº 15235443

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190683740 **Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ**

Data do Acidente: 07/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VANIA DOS SANTOS QUEIROZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00335/00336 - carta_04 - INVALIDEZ

00070168

Carta nº 15267925

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 04354 29139
3 - CPF da vítima: 03868513442
4 - Nome completo da vítima: Vania Santos Quiroz Torres

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Vania Santos Quiroz Torres
6 - CPF: 03868513442
7 - Profissão: Comerciante
8 - Endereço: Rua Jaime Pereira Coelho
9 - Número: 112
10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Cruz
12 - Cidade: Campina Grande
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58417140
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 83333341239

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3331 6 (Informar o dígito se existir) CONTA: 7458 6 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 06/12/2013

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Vania Santos Quiroz Torres

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7ª DELEGACIA DISTRITAL DE CAMPINA GRANDE/PB
Rua João Viana Amorim Guedes, 1037, Catingueira – Campina Grande.

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA
DPC - 7ª DD
SEDS/PB - POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 166/19

Versando sobre LESÃO CORPORAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
Hora e data do fato: Às 23:11, do dia 7 de setembro de 2019.
Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:30, do dia 5 de dezembro de 2019.
Local do Ocorrido: RUA OTÁVIO BATISTA CABRAL, ROCHA CAVALCANTE

COMUNICANTE: VANIA SANTOS QUEIROZ *TORRES, do sexo feminino, nascida no dia 19/05/1981, com 38 anos de idade, ID: 2637081 SSP-PB, COMERCIANTE, filha de JOSÉ GONÇALVES DE QUEIROZ e de MARIA APARECIDA DOS SANTOS QUEIROZ, escolaridade: FUND. COMPLETO, DIVORCIADA, natural de CAMPINA GRANDE, BRASILEIRA, residente na RUA JAIME PEREIRA COELHO, 112, bairro CRUZEIRO, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 9.8791-2077*

VÍTIMA: O(A) *COMUNICANTE*
TESTEMUNHAS: IVALDO MIGUEL DA *SILVA, VIDRACEIRO, residente na RUA DEPUTADO EVERALDO DA COSTA AGRA, 127, bairro SANTA ROSA, na cidade de C. GRANDE, PB, celular Nº 83 9.8839-3617.* ***JOSÉ HERBERTH*** *QUEIROZ, do sexo feminino, DO LAR, BRASILEIRA, residente na RUA AUGUSTO DOS ANJOS, 56, bairro JOSÉ PINHEIRO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.*

ACUSADO(S): *PREJUDICADO*

HISTÓRICO: *RELATA A COMUNICANTE QUE, NO DIA 07/09/2019, POR VOLTA DAS 23, TRANSITAVA, PILOTANDO A MOTO HONDA PCX 150 DLX, ANO 2017, COR MARROM, PLACA QFS9154/PB, CHASSI 9C2KF2210HR204013, EM NOME DA COMUNICANTE, OCASIÃO EM QUE, PRÓXIMO A UMA LOMBADA, SITUADA NA RUA OTÁVIO BATISTA CABRAL, AO FREAR, ACABOU DERRAPANDO EM AREIA EXISTENTE NO ASFALTO, CAINDO; QUE, APESAR DE UTILIZAR CAPACETE, ESTE CAIU COM O IMPACTO, LHE CAUSANDO TRAUMATISMO CRANIANO, TENDO PASSADO POR CIRURGIA, NO HOSPITAL DE TRAUMA DESTA CIDADE.*

AUTORIDADE — *KARINE DE LIMA VASCONCELOS*
COMUNICANTE — Vania Santos Queiroz Torres
VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES
ESCRIVÃ — *SIMONE RODRIGUES*

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 04354 29139
3 - CPF da vítima: 03868513442
4 - Nome completo da vítima: Vania Santos Quiroz Torres

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Vania Santos Quiroz Torres
6 - CPF: 03868513442
7 - Profissão: Comerciante
8 - Endereço: Rua Jaime Pereira Coelho
9 - Número: 112
10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Cruz
12 - Cidade: Campina Grande
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58417140
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 83333341239

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3331 6 (Informar o dígito se existir) CONTA: 7458 6 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 06/12/2013
Vânia Santos Quiroz Torres
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

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

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 7/9/2019	**HORA:** 23:21 HRS	**ID Nº:** 179884	
NOME: VÂNIA SANTOS QUEIROZ TORRES			
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO			
LOCAL: R. OTAVIO BATISTA CABRAL - ROCHA CAVALCANTE			
COMPLEMENTO:			
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB			
DADOS DA REMOÇÃO			
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma			

Campina Grande, 7 de outubro de 2019.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

VANIA

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JUN/2019
CÓDIGO MINHA OI
401426385168

VENCIMENTO
09/07/2019
Emissão em 25/06/2019
Período de 23/05/2019 a 23/06/2019

PAGAR (R$)
40,92

CTC RECIFE PE PL8
VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES
RUA JAIME PEREIRA COELHO 112 CA 112
SANTA CRUZ
58417-140 - CAMPINA GRANDE - PB

00010539

7200039896 00000 00000000000 10 250619

QUE TAL FALAR COM A GENTE PELO WHATSAPP?

Adicione o Assistente Virtual da Oi: (31) 3131 3131. Um jeito rápido e fácil de receber informações da sua conta.

MUDE PRA CONTA DIGITAL.

SERVIÇOS UTILIZADOS	
OI MAIS	39,86
OI MÓVEL	
TOTAL DE MENSALIDADES	39,86
Multa e Juros	1,06
TOTAL DA SUA FATURA	**40,92**

VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES
CPF: 038.685.134-42
NÚMERO DO CLIENTE: 2051988010
NÚMERO DA FATURA: 204873192
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401426385168

CÓDIGO MINHA OI
401426385168

www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Jun 2019	40,92
Mai 2019	39,86
Abr 2019	39,72
Mar 2019	50,87
Fev 2019	51,96
Jan 2019	50,87

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata dia. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

07/09/2019

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1986227 **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: 07/09/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

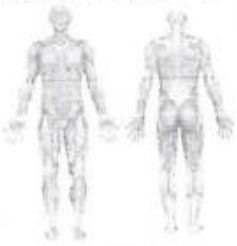
PACIENTE: VANIA QUEIROZ TORRES
Endereço:JAIME PEREIRA COELHO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA SANTOS QUEIROZ
Responsável:
Estado Civil:Solteiro(a)

CEP:58400002 | Nascimento:19/05/1981
Sexo:F | Telefone: 88393617
Idade:038 | Bairro:SANTA CRUZ
RG: | Nº:112
CPF: | Profissão:COMERCIANTE
Data de Atend:07/09/2019 | CNS:22366
Hora: 23:50:31 | CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

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. Emagrecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contusa
15. F. Cortante
16. F. Corto-contusa
17. F. Perfuro-contusa
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura osseo fechado
20. Fratura osseo aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento tonico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Parabisa
31. Parasia
32. Paresteseia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de isquemia
36.

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:
Pós trauma.

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente vítima de queda de moto, queixa dor em MMII e cefaleia. Traz colar cervical, imóveis e prancha de deslocamento.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO 08 09 19 07 09 19

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

Glasgow _____ **PA**_____ **HGT:**_____ **Sat02**_____

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia Dr. [illegible] **às** 03:05 **Dia**___/___/___
Especialista: _____/_____ **às**___:___ **Dia**___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRO 5: 500ml Cr	03:00
2	Dipirona 1amp EV Cr	03:00
3	Evadu-SP	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dra. Suzana Correia Lima Costa CRM 1982

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1986227&dataatend=2019-09-07&horaatend=23:51:22 1/2

ANTONIO TARGINO

REGISTRO DE INTERNAÇÃO

HORA: 11:09:08

2361076

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
785086	VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES	19/05/1981	38	F		CAMPINA GRANDE	1-CATOLICA

Estado Civil: -
CPF: 38.685.134-42
RG: 2637081 SSP PB
Grau de instrução:
Profissão:

Filiação
Mãe: MARIA APARECIDA DOS SANTOS QUEIRO; Pai: JOSE GONCALVES DA QUEIROZ

Fone Residencial: (Helena filha) 8743-1060
Fone Trabalho: 9860-1106

Endereço
R AUGUSTO DOS ANJOS,56 - JOSE PINHEIRO, CAMPINA GRANDE-PB CEP:

Complemento Endereço:

Atendimento	Data	Hora	Setor
2361076	08/09/2019	10:58	3008-SECRETARIA CONVENIOS

Médico Atendente: 1709-LUCIANO FERREIRA HOLANDA
Alta 14/09/19 09:00hs

Tipo Atendimento: 6-INTERNACAO CLINICA
Motivo Atendimento: 4-INTERNACAO/URGENCIA

Plano / Convênio: 1-UNIMED/1-PLANO EMPRESA
Nº Carteira: 00354400000777014
Validade: 18/09/2019
Nº CNS:

Posto: ALA CARDIOLOGICA
Acomodação: 202812 APARTAMENTO 32
Leito: Apto 32-1

Guia: INTERNACAO
Procedimento: 99996666 INTERNACAO

APARTAMENTO 01 LEITO *785086*

AGENDA PROFISSIONAL
DATA: 09/09/19
COLETA: 08/09/19
HORA:
Glauca

OK Jaqueline as 07:54h

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro honrar pessoalmente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de hospitalização e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.
Obrigo-me assim, a solver os valores tão logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

Assinatura

CAMPINA GRANDE, 08 de 09 de 2019

Patrícia Benevides Araújo
ENFERMEIRA
COREN-PB 522.217
07.10.19

CAMPINA GRANDE, 08 de Setembro de 2019

FABIO RODRIGUES IZIDRO
Responsável pelo Atendimento

VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 09/09/19

TOMOGRAFIA
08/09/19

Responsável: VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES
Endereço: R AUGUSTO DOS ANJOS, 56 Bairro JOSE PINHEIRO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 3341-8071

R4310I

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Vania Santos Alves 1.58
LEITO: 32
CONVÊNIO:
DATA: 08/09/19
DIAGNÓSTICO: TCE Grave

MEDICAMENTOS | HORÁRIO

1- Paracetamol 1 ampola

André Cavalcanti M. Júnior
MÉDICO
CRM-PB 8122

DR. MARCOS WAGNER DE S. PORTO
NEUROCIRURGIÃO
09 SET 2019
CRM-PB
SOC. BRAS. N

EVOLUÇÃO MÉDICA

TCE
Paciente sem melhora do quadro
Glasgow 5/14
TC cerebral sem alterações
Tomografia de tórax sem alterações

Admissão
Paciente vítima de queda de moto sem capacete, evolui com vômitos e taquipneia
PA: 130x80
FC: 79
Glasgow 13, vômitos e taquipneia
Exame físico sem alterações
Pupilas isocóricas e fotorreagentes
Hd TC cerebral
Paracetamol 1 ampola

André Cavalcanti M. Júnior
MÉDICO
CRM-PB 8122

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UTI GERAL

PRESCRIÇÃO

unimed

DATA:	08/09/19	CONVÊNIO:	~~PARTICULAR~~	LEITO: 18
DIA:		PRONTUÁRIO:	956098	
NOME:	VÂNIA SANTOS QUEIROZ			
IDADE:	38 A	SEXO:	FEMININO	
DIAGNÓSTICO:	POI DRENAGEM DE HIP			

OXIGÊNIO VMI
DATA: 08/09/19 LIGADO(H): 16:15 ASS: Hewellyn
DATA: 08/09/19 DESLIGADO(H): 17:45 ASS: Hewellyn

OXIGÊNIO O2 contínuo
DATA: 08/09/19 LIGADO(H): 17:45 ASS: Hewelly
DATA: 08/09/19 DESLIGADO(H): 19:45 ASS: Hewell

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS					
1. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	-					
2. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =	-					
3. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =	-					
4. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM	-					
5. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM	-					
6. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =	-					
7. SVD/SVA ACM	-					
8. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	14:30	17:30	20:15			
9. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
10. DIETA ZERO						
11. SRL 500ml EV 500ML EM BIC 42ML/H			~~19~~			
12. CEFTRIAXONA 500MG EV 2 X DIA (D0=08/09) DIA 00			20			
13. DIPIRONA 2CC 9IV DE 6 X 6 h			~~20~~	02		
14. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H ACM						
15. TILATIL 20MG IV 12/12H		~~13~~		~~01~~		
16. HGT 12X 12h E IR IV CONFORME HGT		~~14~~	~~17~~	~~23~~		
17. DECUBITO ELEVADO	CT					
18. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
19. CUIDADOS GERAIS	CT					

Marcelo Henrique Feitosa
Médico
CRM-PB 10.750
Assinatura do Médico

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 08 / 09 / 19

Nome: Vânia Santos Queiroz	Idade: 38a
DIH:	DI CTI: Admissão

Diagnósticos:
TOI drenagem de UIP

História da Moléstia Atual:
Pcte vítima de TCE, evoluindo c cefaléia e prostração. Drenado e admitido na UTI

Antecedentes Patológicos / Medicações de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB: Ceftriaxona (1o)	ATB: –
DVA: –	ANALG: +
SED: –	PROFXS: +
DIETA: zero	OUTROS: +

Controles:

FC: 116	PA: 160 x 100	TEMP: 36
DIURESE: +	BH: –	EVAC: –
SAT O: 96%	SECREÇÃO: –	

Dispositivos:

1- DVP	Data:	2-	Data:
3- SVD	Data:	4-	Data:

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo: –	FR: –	VC: –
FIO_2: –		SAT. O^2: –

Exame Físico:
COTE, hidratada, anisocórica, anictérica
ACV: RCR 2T, BNF S/S
AR: MV ⊘ AUT S/ RA
SN: ECG 15, RPM (+)

Marcelo Henrique Feitosa
Médico
CRM-PB 10.756

HOSPITAL

BALANÇO HÍDRICO

Data: 08/09/19

Nome: Vania Santos Quirez Torres

Sexo: fem Idade: 38

Leito: 18 Convênio: Unimed

Hora	T.A.	TEMP	F.C.	P.A	PAM	PVC	F.O	SPO2	DIETAS					SORO/MEDICAÇÕES		DRENOS						HEMOGRAMA CAPILAR
07h														Soro Hid								
08h																						
09h																						
10h																						
11h																						
12h	20	35,5	93	130/100				98%						administrado								
GANHOS MANHÃ																SOMA DAS PERDAS:					BAL.PARCIAL:	
13h																						
14h	22	36	103	140x90			–	97		14				–	–			esp.				90
15h														–	–							
16h												zero		–	–							
17h	VM	36	116	160x100			–	96		14				–	–			soro = 300ml				96
18h														–	–							
GANHOS TARDE																SOMA DAS PERDAS:		100			BAL.PARCIAL	– 100
19h			96											42								
20h	18	36,2	130/77					97%		9 ofertado				42				200				
21h												zero		42								
22h														42								
23h														42								
00h														42								123
01h	20	36,5	84	140/80				96%		7 ofertado				42								
02h														42				300				
03h		4												42								
04h														42		drenos capítulo						
05h	18	36	79	130/80			/			12				42				100				104
06h														42	40							
GANHOS NOITE:														504 + 40 = 544		SOMA DAS PERDAS:		650			BAL.PARCIAL	– 106
BALANÇO TOTAL EM 24h:																						– 206 ml.

Enf.Resp.

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UTI GERAL

PRESCRIÇÃO

unimed

DATA:	09/09/19	CONVÊNIO:	[redacted]	LEITO: 18
DIA:		PRONTUÁRIO:	956098	
NOME:	VÂNIA SANTOS QUEIROZ			
IDADE:	38 A	SEXO:	FEMININO	
DIAGNÓSTICO:	POI DRENAGEM DE HIP			

OXIGÊNIO
DATA: ___/___/___ LIGADO(H):_____ ASS:_____
DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H):_____ ASS:_____

OXIGÊNIO
DATA: ___/___/___ LIGADO(H):_____ ASS:_____
DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H):_____ ASS:_____

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS					
1. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	-					
2. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =	-					
3. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =	-					
4. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM	-					
5. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM	-					
6. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =	-					
7. SVD/SVA ACM	8:45	14:45	19:10			
8. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	8:30	14:30				
9. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	08	11	14	17	20	01
10. DIETA ORAL BRANDA			19			
11. SRL 500ml EV 500ML EM BIC 42ML/H	08		20			
12. CEFTRIAXONA 500MG EV 2 X DIA (D0=08/09) DIA 01	08	14	20	02		
13. DIPIRONA 2CC 9IV DE 6 X 6 h	20	13		01		
14. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H ACM				23		
15. TILATIL 20MG IV 12/12H	11					
16. HGT 12X 12h E IR IV CONFORME HGT	CT					
17. DECUBITO ELEVADO	CT					
18. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
19. CUIDADOS GERAIS	15:28	04				
20- Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV SN						

Marcelo Henrique Feitosa
Assinatura do Médico
CRM-PB 10.756

09/09/19.

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

BALANÇO HÍDRICO

Dia: 09/09/19
Nome: Vana Santos Queiroz
Sexo: Fem Idade: 38
Leito: 8 Convênio: Unimed

Hora	FR	TEMP	FC	PA	PAM	PVC	SAT	SDRH	DIETAS					Hidratação e Medicação		DRENOS														
07h														42																
08h	20	36°4	84	120/80			17	97%	café					42					200											
09h														42																
10h									lanche					42																
11h	20	36°5	74	110/70			10	99%	almoço+180					42					100										84	
12h														42	50															
GANHOS MANHÃ																302	SOMA DAS PERDAS:		300		BAL.PARCIAL									
13h														42																
14h	20	37°2	81	120/80			7	100%	Náusea					42					100ml											
15h									Lanche+100					42																
16h														42																
17h	22	37	96	140x90			21	97%	janta+100					42					300											
18h														42	110															
GANHOS TARDE																200 + 252 + 110 = 562	SOMA DAS PERDAS:		400		BAL.PARCIAL			162					
19h														42																
20h	20	35°3	74	130x80			21	98%	RAPA					42	40				200ml											
21h														42	40															
22h														42																
23h														42																
24h														42															103mg/dl	
01h	18	36°6	66	120x80			22	97%						42					500ml											
02h														42																
03h														42																
04h														42																
05h	18	34,4	68	160x90			13	98%						42					150	Dipirona 50ml										
06h														42																
GANHOS NOITE																334	SOMA DAS PERDAS:		850		BAL.PARCIAL			-296					
BALANÇO TOTAL EM 24h:																-132														

Amilar P. Oliveira Lima
COREN-PB 280.627-ENF

Ana Clara de Sousa Antonio Basílio
Enfermeira
Coren-PB 252859

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UTI GERAL

PRESCRIÇÃO

DATA:	10/09/19	CONVÊNIO:	UNIMED ~~PARTICULAR~~	LEITO: 18
DIA:		PRONTUÁRIO:	956098	
NOME:	VÂNIA SANTOS QUEIROZ			
IDADE:	38 A	SEXO:	FEMININO	
DIAGNÓSTICO:	POI DRENAGEM DE HIP			

OXIGÊNIO	OXIGÊNIO
DATA: ____/____/____ LIGADO(H):_____ ASS:_____	DATA: ____/____/____ LIGADO(H):_____ ASS:_____
DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H):_____ ASS:_____	DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H):_____ ASS:_____

MEDICAMENTOS		HORÁRIOS					
1. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA		-					
2. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =		-					
3. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =		-					
4. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM		-					
5. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM		-					
6. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =		-					
7. SVD/SVA ACM		-					
8. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA		8:45	14:45	19:45			
9. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA		8:30	14:30				
10. DIETA ORAL BRANDA + líquidos		~~08~~	~~11~~	~~14~~	~~17~~	~~20~~	
11. SRL 500ml EV 500ML EM BIC 42ML/H, dia 84ml/h.		~~12~~	~~18~~	19	~~24~~	~~06~~	07
12. CEFTRIAXONA 500MG EV 2 X DIA (D0=08/09) DIA 02	SA	~~08~~		~~20~~			
13. DIPIRONA 2CC 9IV DE 6 X 6 h	SA	~~08~~	~~14~~	~~20~~	~~02~~		
14. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H ACM	SA	~~10~~					~~07~~
15. TILATIL 20MG IV 12/12H (SUSPENSO)			13		01		
16. HGT 12X 12h E IR IV CONFORME HGT		~~11~~			~~23~~		~~05~~
17. DECUBITO ELEVADO		CT					
18. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h		CT					
19. CUIDADOS GERAIS		CT					
20. TRAMAL 100MG + 100ML SF IV S/N							06
21. Ranitidina 40mg + ABD IV 1 x dia.	S	~~06~~					
22. Catapres 50mg SL S/N.			~~20~~				

José Rubeon V. Farias
CRM 3313
CPF 379.884.824-20

Valeriano Soares Azevedo
CRM: 4115 PB.
CIRURGIÃO GERAL

Assinatura do Médico

AUDITADO
10/09/19
Débora
VISTO
UNIMED

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

BALANÇO HÍDRICO

Data: 10/09/19
Nome: Vânia Santos Quiroz
Sexo: F Idade: 38
Leito: 18 Convênio: Particular

Hora	T.A.	TEMP	FC	P.A.	MAP	PVC	FR	SpO2	DIETAS					Hidratação / Medicação	Diurese	DRENOS						HEMOPÍRIA FAMILIAR
07h																						
08h	20	36,4	76	130/80			19	98%	café					42								
09h														42								
10h														42								
11h	20	36,2	78	120/80			12	96%	lanche almoço + 180					42	110		200	-	Enfermeira			
12h														42								
GANHOS MANHÃ														84			300	-	X			98mg
13h															584	SOMA DAS PERDAS:	500	BAL.PARCIAL:		+ 84		
14h	20	37,8	83	150x90			13	97%	Lanche + 100					84								
15h														84			esp. 300 ml					
16h														84								
17h	22	37,9	97	160x90			15	98%	jantar + 100					84								
18h														84			esp. 500 ml					
GANHOS TARD.									200 + 504 + 30 =					84	110							
19h									leite + 100					84		SOMA DAS PERDAS:	800	BAL.PARCIAL		- 86		
20h	20	36,6	69	140/110			11	100%						84								
21h														84			esp. 300 ml					
22h														84								
23h														84								
24h														84								
01h	22	36,6	67	150/90			18	98%						84								91mg
02h														84			esp = 0					
03h														84								
04h														84								
05h	22	36,6	62	140/90			16	98%						84								
06h														84								
GANHOS NOITE														84	40		esp.					101
BALANÇO TOTAL EM 24h:									100 + 1008 + 40 =						1048	SOMA DAS PERDAS:	300	BAL.PARCIAL		748		

746

Juliana Vieira Lopes Pordeus Carneiro
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.230

Enf.Resp.:

Juliana Vieira Lopes Pordeus Carneiro
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.230

Amorim Gomes
COREN-PB 280.627-ENF

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UTI GERAL

PRESCRIÇÃO

DATA:	11/09/19	CONVÊNIO:	UNIMED	LEITO:	18
DIA:		PRONTUÁRIO:	956098		
NOME:	VÂNIA SANTOS QUEIROZ				
IDADE:	38 A	SEXO:	FEMININO		
DIAGNÓSTICO:	PO DRENAGEM DE HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO				

OXIGÊNIO	OXIGÊNIO
DATA: ____/____/____ LIGADO(H):_____ ASS:_____	DATA: ____/____/____ LIGADO(H):_____ ASS:_____
DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H):_____ ASS:_____	DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H):_____ ASS:_____

MEDICAMENTOS		HORÁRIOS					
1. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA		-					
2. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =		-					
3. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =		-					
4. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM		-					
5. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM		-					
6. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =		-					
7. SVD/SVA ACM		-					
8. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA		8:45	14:45	19			
9. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA		8:35	14:35				
10. DIETA ORAL BRANDA + LÍQUIDOS		08	11	14	17	20	
11. SRL 500ml EV EM BIC 84 ml/h		12	18		24		06
12. CEFTRIAXONA 500MG EV 2 X DIA (D0=08/09) DIA 03	SA	08		20			
13. DIPIRONA 2cc + ABD IV DE 6 X 6 h	SA	08	14	20	02		
14. NAUSEDRON 8MG IV 8/8H ACM							
15. OMEPRAZOL 40mg + ABD IV DE 24/24h	SA						06
16. HGT 12X 12h E IR IV CONFORME HGT			17			05	
17. DECUBITO ELEVADO		CT					
18. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h		CT					
19. CUIDADOS GERAIS		CT					
20. TRAMAL 100mg + 100ml SG 5% IV S/N							
Ketoprofeno 100mg 100 12/12			12		24		
Cataflam 25mg de 8/8		14		14			

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Dr. João Hélvan Viana Farias
CRM 5013 - CPF 379.904.924-20

DR. JARDCLENEMTIN SE JUNIOR

Assinatura do Médico

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 11/08/19

Nome: [illegible] | Idade: 38 A.

DIH: | DI CTI: 4º dia

Diagnósticos:
PÓ. NRC DREN +SD

História da Moléstia Atual:
[illegible]

Antecedentes Patológicos / Medicações de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB: CEFTMA 2 DIA 3		ATB:	—
DVA:		ANALG:	+
SED:	—	PROFXS:	+
DIETA:	[illegible] VO	OUTROS:	+

Controles:

FC: 59 BPM	PA: [illegible]	TEMP: 36°C	
DIURESE: ESPONT	BH: [illegible]	EVAC:	
SAT O2: 99%	SECREÇÃO:		

Dispositivos:

1- ACESSO VENOSA	Data:	2- —	Data:
3- —	Data:	4- —	Data:

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR: 20 IPM	VC:	
FIO2:		SAT. O2: 99%	

Exame Físico:
Cabeça - NDN
Pulmões - NDN
RCR - BCNF
Abdome NDN
Diurese - ESP/Bom volume

DR. JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO
CRM-PB 3024
CPF 132 058 034 34

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

BALANÇO HÍDRICO

Data: 11/09/19
Nome: Vânia Santos Queiroz
Sexo: F Idade: 38
18 Convênio: Unimed

Hora	F.R.	TEMP	F.C.	P.A.	PAM	PIC		SpO2	DIETAS					SOMA MEDICAÇÕES		DRENOS							HOLEMA FECAL
07h														HD	Acolue								
08h	20	36°C	59	110/110		18		99%	oral					84									
09h														84	20								
10h														84									
11h	20	36°	73	160/119		nebulizado a pic		99%	almoço	180				84				600					
12h														84									
GANHOS MANHÃ															704	SOMA DAS PERDAS:		600	BAL.PARCIAL:	+104			
13h	20	36	77	140/100				100%	lanche	+180				84									
14h														84				400ml					
15h														84									
16h	20	35°8	68	140/80				96%	jantar	+180				84									
17h														84				300ml		101			
GANHOS TARDE														84	10								
									360 + 504 + 10 = 874														
19h	18	36°4	64	120/70				96%	lanche	+180				84		SOMA DAS PERDAS:		700	BAL.PARCIAL:	174			
20h														84	20								
21h														84				0					
22h														84									
23h														84									
24h														84									
01h	18	36	64	152/102				96%						84									
02h														84				500					
03h														84	10								
04h														84									
05h	20	35°8	60	140/90				95%						84				0				86ml	
06h														84	100								
GANHOS NOITE:														84	30								
BALANÇO TOTAL EM 24h:									100 + 1008 + 140 = 1248							SOMA DAS PERDAS:		500	BAL.PARCIAL	748			
																		1026 ml					

Enf. Resp.: Juliana Virginia Rodrigues Carneiro ENFERMEIRA COREN-PB 280.627-ENF

Hewellyn Rodrigues ENFERMEIRO COREN/PB 493964

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UTI GERAL

PRESCRIÇÃO

DATA:	12/09/19	CONVÊNIO:	UNIMED
DIA:		PRONTUÁRIO:	956098
NOME:	VÂNIA SANTOS QUEIROZ		
IDADE:	38 A	SEXO:	FEMININO
DIAGNÓSTICO:	PO DRENAGEM DE HEMATOMA INTRA PARENQUIMATOS		

LEI 1

OXIGÊNIO
DATA: ____/____/____ LIGADO(H):_____ ASS:_____
DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H):_____ ASS:_____

OXIGÊNIO
DATA: ____/____/____ LIGADO(H):_____ ASS:_____
DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H):_____ ASS:_____

MEDICAMENTOS		HORÁRIOS				
1. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA		-				
2. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =		-				
3. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =		-				
4. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM		-				
5. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM		-				
6. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =		-				
7. SVD/SVA ACM		-				
8. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA ✓		13:45	14:45			
9. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA ✓		8:30	14:30			
10. DIETA ORAL BRANDA + LÍQUIDOS		08	11	14	17	20
11. SRL 500ml EV EM BIC 84 ml/h		12	18		24	
12. CEFTRIAXONA 500mg EV 12 X 12 h (D0=08/09) DIA 04	SA	08		20		
13. DIPIRONA 2cc + ABD IV DE 6 X 6 h	SA	08	14		20	02
14. OMEPRAZOL 40mg + ABD IV EM JEJUM	S					
15. HGT 12X 12h E IR IV CONFORME HGT			17			05
16. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h	SA	08	14		20	02
17. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h	SA	10.		18		02
18. TRAMAL 100mg + SF 100ml IV DE 8 X 8 h ACM						
19. NAUSEDRON 8mg IV DE 8 X 8 h	SA	08		16		24
20. LOSARTANA 50mg VO DE 12 X 12 h		12	08	24	20	
21. CAPTOPRIL 25mg SL SN		–				
22. DECUBITO ELEVADO		CT				
23. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h		CT				
24. CUIDADOS GERAIS DE UTI		CT				

Assinatura
Italo Cesar da Silva Siqueira
CRM-PB 8189
MÉDICO - CRM-PB
Intensivista/Ultrassonografista

AUDITADO
13/09/19

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 12 / 9 / 19

Nome: VÂNIA SANTOS QUEIROZ	Idade: 38A
DIH:	DI CTI: D - 5

Diagnósticos:

P01 NRC DIOV HSD

História da Moléstia Atual:

Paciente evoluindo com quadro clínico [illegible] Acordado, coerente, orientado, respirando espontâneo.

Antecedentes Patológicos / Medicações de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB: CEFTRIAX D - 4	ATB: –
DVA: –	ANALG: +
SED: –	PROFXS: +
DIETA: V.O	OUTROS: +

Controles:

FC: 76	PA: 180 x 120	TEMP: 36°C
DIURESE: [illegible]	BH: –	EVAC: –
SAT O2: 98%	SECREÇÃO: –	

Dispositivos:

1- Acesso Venoso	Data:	2-	Data:
3-	Data:	4-	Data:

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR:	VC:
FIO_2:		SAT. O^2:

Exame Físico:

ACV [illegible]

AR - [illegible]

ABDM - [illegible]

Ítalo César da Silva Siqueira
MÉDICO - CRM 6189-PB
Intensivista/Ultrassonografista

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

Laboratorio:

Hb:	Ht:	Leuco:	Plaqs:
Na^+:	K^+:	TGO:	TGP
Ur:	Cr:	GLI:	

Imagens:

Data:	
Data:	
Data:	

Gaso:

pH					
PaO_2					
$PaCO_2$					
HCO_3					
B.E					
SaO_2					
PaO_2/FIO_2:					

Culturas:

Data:	Sítio:	Resultado:
Data:	Sítio:	Resultado:
Data:	Sítio:	Resultado:

Anotações: 12/09/19 - PTTP do CTI
evolui e enfermo

Ítalo César da Silva Siqueira
MÉDICO - CRM 6189-PB
Intensivista/Ultrassonografista

HOSPITAL

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: Vânia Santos / Idade: ______ Médico (DR): ______

Data	Evolução	Data	Evolução
12	Paciente [illegible]		
9	[illegible] [illegible]		
	intensivo em [illegible]		
14	de TOT, TOT, [illegible]		
	[illegible] [illegible]		
	com quadro clínico		
	regular.		
	[illegible] do CTI,		
	[illegible], o [illegible]		

Ítalo César da Silva Siqueira
MÉDICO - CRM 6189-PB
Intensivista/Ultrassonografista

HOSPITAL

BALANÇO HÍDRICO

Data: 12/09/19

Nome: Vânia Santos Queiroz

Sexo: Fem Idade: 38

Leito: 18 Convênio: Unimed

SINAIS VITAIS									DIETAS					SOROS/MEDICAÇÕES					DRENOS									HIDRATAÇÃO CAPILAR
	F.R	TEMP	F.C	P.A	PAM	PVC	SIO	SPO2																				
07h														(Hi)	NS													
08h	20	36°	76	14x/5x				97%						84														
09h									café,					84	31													
10h									leite					84								600ml		esgot				
11h	20	36	72	14x/5x				97%	Mamão					84	20													
12h									almoço					84														
LANHOS MANHÃ											180			84								300		esgot				
13h																	303		SOMA DAS PERDAS:									
14h	20	36°	78	13x/9x				99%						84								900		DAL.PARCIAL:		-597		
15h														84								200		esgot				
16h														84														
17h																												
18h																												
LANHOS TARDE																												
19h																												
20h																												
21h																												
22h																												
23h																												
00h																												
01h																												
02h																												
03h																												
04h																												
05h																												
06h																												
LANHOS NOITE:																												
BALANÇO TOTAL EM 24h:																			SOMA DAS PERDAS:					BAL.PARCIAL				

100 (AMA)

Enf. Resp.

Maria [illegible] Oliveira Lima
COREN-PB 280.627-ENF

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: João Gomes Bezerra

ALA: AT | LEITO: 44 | CONVÊNIO: UNIMED

DIAGNÓSTICO:

DATA: 13/09

MEDICAMENTOS	HORÁRIO	
13/9 (1) Ketoprofeno		
(2) Dipirona 8/8/8	20	02
(3) Omeprazol 40mg IV 1x		06
(4) Metoclopramida 8/8/8	18	02
(5) Nimesulida IV 12/12		
(6) Dimenidrinato 1x	08	
(7) Metilprednisolona IV 12/12	16	00
(8) Cefuroxima		20
(9) Cefotaxima IV 12/12	08	

Dr. Rafael R. Rolanda
Neurocirurgião
CRM-PB 1291

EVOLUÇÃO MÉDICA

13/9 Queixa de muita dor em quadril.

Dr. Rafael R. Rolanda
Neurocirurgião
CRM-PB 1291

13 09 19.

HOSP TA ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: [illegible]

A.A.:

DIAGNÓSTICO:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
14/9 (1) [illegible]	
(2) [illegible]	
(3) [illegible]	
(4) [illegible]	
(5) [illegible]	
(6) [illegible]	
(7) [illegible]	

Dr Rafael R Holanda
NEUROLOGIA - NEUROCIRURGIA
CRM-PB 1281

EVOLUÇÃO MÉDICA

14/9 [illegible]

Dr Rafael R Holanda
NEUROLOGIA - NEUROCIRURGIA
CRM-PB 1281

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 08 / 09 / 2019 | HORÁIO: 12 : 45 | Nº DO PRONTUÁRIO: 785086

NOME: Vânia Santos Queiroz Torres. | IDADE: 38a | SEXO: M [ ] F [X]

SETOR: UTI Convênios | LEITO: 18 | CONVÊNIO: Unimed

DIAGNÓSTICO MÉDICO: PDI hematoma

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

SINAIS VITAIS: PA - 180x100 mmHg T - 35,5°C FR - 20 FC - 93 HGT - —

ALERGIAS:	SIM ( ) NÃO (✓) QUAIS:
DOENÇAS CRÔNICAS:	SIM ( ) NÃO (✓) QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ( ) NÃO (✓) QUAIS:
ESTADO GERAL:	ESTÁVEL (✓) REGULAR ( ) GRAVE ( )
SIST. TEGUMENTAR: (PELE E MUCOSAS)	CORADA (✓) HIPOCORADA ( ) ICTÉRICA ( ) HIDRATADA ( ) DESIDRATADA ( ) SUDORÉICA ( ) ÚLCERA DE PRESSÃO ( ) Local: FERIMENTOS
SIST. CARDIOVASCULAR: (PA E FC)	HIPOTENSO NORMOTENSO HIPERTENSO (✓) BRADICARDIA NORMOCARDIA (✓) TAQUICARDIA
SIST. MÚSCULO-ESQUELÉTICO:	EDEMA ( ) Local: DEFORMIDADE ( ) Local: DEAMBULA ( ) NÃO DEAMBULA ( ) DEAMBULA COM AJUDA ( ) MOVIMENTA-SE NO LEITO COM AJUDA ( ) SEM MOVIMENTOS ( ) ACAMADO ( ) RESTRITO AO LEITO (✓)
SIST. NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE (✓) INCONSCIENTE ( ) ORIENTADO (✓) DESORIENTADO ( ) SEDADO ( ) TORPOROSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO ( )
SIST. RESPIRATÓRIO:	EUPNÉICO (✓) DISPNÉICO ( ) TAQUIPNÉICO ( ) BRADIPNÉICO ( )
SIST.GENITURINÁRIO: (DIURESE)	NORMAL (✓) POLIÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) SVD ( ) DISÚRIA ( ) OSTOSTOMIA ( ) ANÚRIA ( )
SIST.GASTROINTESTINAL: (DIETA)	VO (✓) SNG ( ) SNE ( ) GASTROSTOMIA ( ) ACEITA A DIETA ( ) ACEITA PARCIALMENTE ( ) NÃO ACEITA A DIETA ( )
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO (✓) DESNUTRIDO ( ) OBESO ( ) CACQUÉTICO ( )

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

	FATORES RELACIONADOS
[X] RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	Procedimentos invasivos
[ ] RISCO DE QUEDA	
[ ] RISCO DE ASPIRAÇÃO	
[X] RISCO DE INFECÇÃO	Procedimentos invasivos
[ ] RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	
[ ] RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	
[ ] RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	
[ ] RISCO DE SANGRAMENTO	
[ ] DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
[ ] PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	
[X] DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA [X] BANHO [X] ALIMENTAÇÃO	
[X] MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	Restrita ao leito / dor
[X] DOR AGUDA [ ] DOR CRÔNICA	trauma cranioencefálico.
[ ] VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	
[ ] RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	
[ ] RISCO DE TRAUMA VASCULAR	
[ ] RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	
[ ]	
[ ]	
[ ]	
[ ]	

Hewellyn Rodrigues
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL
COREN-PB

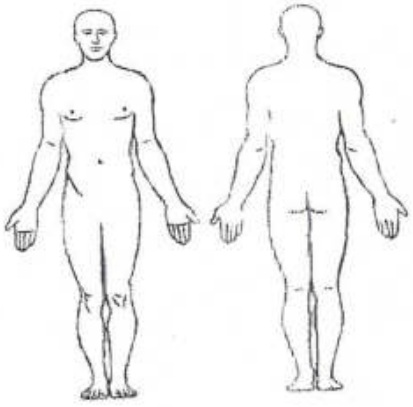
HOSPITAL

ADMISSÃO

PELE: ( )corada; ( )descorada; ( )ictérica; ( )desidratada; ( ) sudoréica; ( )fria

Úlcera por pressão: ( ) Sim (✓) Não

Região:_____ **/ Grau:**_____

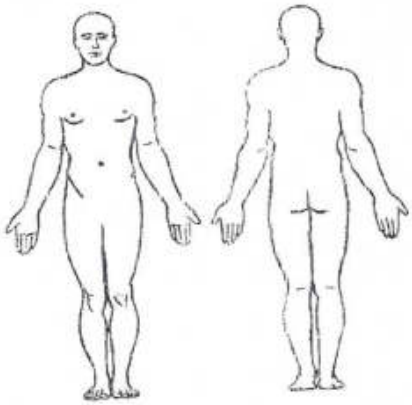


OBSERVAÇÕES:
não possui lesão por pressão, apenas algumas escoriações pelo corpo devido traumas
08/09
15h

ALTA

Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não

Região:_____ **/ Grau:**_____



OBSERVAÇÕES:

Curativos: Tipo _____

Região_____

ENFERMEIRA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

ACOMPANHAMENTO DE DISPOSITIVOS

DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	ASSINATURA
SNG:		A cada 5 dias		
SNE:		A cada 3 Meses ou quando houver necessidades.		
SVD:	08/09	Trocar no caso de obstrução, grande quantidade de sedimentos ou indicação clínica.		
EQUIPO AV:	08/09	72/72 h		
EQUPO NPT:		24/24 h		
EQUIPO DIETA:		24/24 h		
UMIDIFICADOR	08/09	A cada 3 dias		
LÁTEX:	08/09	24/24 h		
ASPIRADOR:		24/24 h		
CIRCUITO VM	08/09	Trocar quando apresentar falha no funcionamento ou quando sujeira visível.		
FILTRO DE VM	08/09	Trocar quando obstrução e/ou presença de sujidade.		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

08/09 12:45h: Paciente jovem, admitida nesta UTI proveniente da cirurgia cardiológica; Chegou consciente, orientada, eupneica, normocorada, hipotermica, hipertensa, queixando-se de cefléia intensa, com hematoma periorbital em olho esquerdo e algumas escoriações pelo corpo, não possui doenças de base nem faz uso de medicações contínuas, não possui alergias, (SIC). Foi encaminhada ao centro cirúrgico às 14h e retornou às 16:1 intubada, Após evolução foi extubada às 17:45h e segue em uso de O2 contínuo sob cateter nasal, com dreno de sucção em ferida operatória, monitorização da PIC, AVP em MSE, Segue mantendo estado geral regular, afebril, hipertensa e com diurese presente por SVD (passada no centro cirúrgico), normoglicêmica; aos cuidados intensivos.
OBS: Vítima de acidente automobilístico.

HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

NOME: Vânia Santos Queiroz Torres | IDADE: 38
SETOR: UTI Convênios | LEITO: 18 | CONVÊNIO: Unime

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

08/09: Paciente no POI de hematoma intracerebral, segue mantendo quadro estável, consciente, orientada, normocorada contactuante, desligado O2 contínuo às 19:45h, afebril, normocardica, normotensa, com dieta zero até 2ª ordem, diurese presente por SVD, normoglicêmica; com dreno cefálico apresentando pouco débito, AVP em MSE, com monitorização da PIC, mapm, realizado banho no leito, segue os cuidados intensivos.

09/09/2019 (M) Pct segue em EGR, consciente, orientada, colaborativa, contactuante, sem queixas, dieta V.O (bem aceita) em ar ambiente; diurese por SVD. AVP em MMSE; segue com dreno em região cefálica. monitorização da pic, normotensa, normocardica, afebril; MCPM, segue os cuidados da equipe.

Anniza D. Oliveira Lima
COREN-PB 280.627-ENF

09/09/19 (Tarde) - Paciente evolui com E.G. Regular, consciente orientada, contactuante, eupneica sem suporte de O2, normocorada, dreno cefálico, monitorização de PIC afebril, normocárdica, normotensa, dieta V.O bem aceita diurese presente por S.V.D, mapm, segue os cuidados intensivos.

Suliany Fernandes Alves
ENFERMEIRA
COREN-PB 126405

09.09.19 NOITE

Paciente segue EGR, consciente e orientada, intolerante a lactose aceita dieta via oral eupneica, com curativo na cabeça e uso da PIC + dreno FC, com AVP em MSE preservado, olho de guaxinim e edema, diurese (+) por SVD, sem LPP, mantem cuidados intensivos, pede.

Evolui em pós-operatório tardio NRG, normotensa, normocardica, aceita dieta oral, diurese por SVD

Ana Clara de Sousa Amorim Basílio
Enfermeira
Coren-PB 252959

10/09/2019 (M) Pct segue em EGR, consciente, orientado, aceita dieta V.O bem; foi retirado o dreno de sucção por ordem de Dr Rafael; segue em PIC; AVP em MSE; olho E.G com Hematoma e edema; diurese espontanea; foi retirado a SVD por ordem de Dr Robson; segue sem LPP; normocardica, normotensa, afebril, MCPM, segue os cuidados.

Anniza D. Oliveira Lima
COREN-PB 280.627-ENF

10/09/19 Tarde - Paciente em EG Regular consciente orientada refere cefaleia eupneica livre de suporte de O2 dieta VO com monitorização de PIC hipertensa normocardica, livre de droga vasoativa, diurese espontânea. Medicada cpm YP

Suliane Virginia Nobrega Pereira Carneiro
ENFERMEIRA
COREN-PB 297.230

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

NOME: Vânia Santos Queiroz | IDADE:
SETOR: | LEITO: 18 | CONVÊNIO: Unim

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

10/09/19 - Paciente em EG Regular, consciente orientada, eupneica livre de suporte de O2 dieta VO, sem monitorização de PIC normocorada afebril hipertensa normocardica livre de droga vasoativa, diurese espontânea. Medicado cpm SP. Realizado RX de controle de crânio SP

Juliana Virginia Nobrega Pordeus Carneiro
ENFERMEIRA
COREN-PB 297.230

Juliana Virginia Nobrega Pordeus
ENFERMEIRA
COREN-PB 297.2

11/09/2019 (M) PCT em EGR; consciente, orientado, contactante; livre de O2, em ar ambiente, se queixa de cefaleia; pela manhã após o café teve episódio de náusea; Dr Luciano pediu p/ retirar pic, livre de DVA, segue com hematoma ocular em lado esq, com edema; diurese espontânea; MCPM, segue cuidados da equipe.

Anaize P. Oliveira Lima
COREN-PB 280.627-ENF

11/09/19 Tarde - Paciente em EG Regular, consciente orientada eupneica, livre de suporte de O2 dieta VO refere cefaleia, normocorada apresenta sangramento em orifício de inserção da PIC, normocardica apresenta pico hipertensivo, diurese espontânea. Medicada cpm SP.

Juliana Virginia Nobrega Pordeus Carneiro
ENFERMEIRA
COREN-PB 297.230

11/09 noite: Paciente com estado geral regular, consciente orientada, eupneica, sem suporte ventilatório, normocorada afebril, normocardica, hipertensa, aceitou dieta oral diurese espontânea presente, normoglicêmica, com hematoma periorbital em olho esquerdo, com AVP em MSE; realizado banho no leito, mcpm, segue cuidados internamento tempo: realizado curativo em região cefalica.

Novellyn Souto C. M. Rodrigues
ENFERMEIRA
COREN-PB 493.

12/09/2019 (M) PCT segue em EGR; consciente, contactante, orientado, em ar ambiente, segue com curativo em região cefalica. diurese espontânea; diurese V-O; segue com hematoma em região ocular esq hipotêmo, normocardica, afebril; segue cuidados da equipe.

Anaize P. Oliveira Lima
COREN-PB 280.627-ENF


VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1838792506
LUCIA SANTOS QUEIROZ TORRES
PATRONI
PB
039.685.131-42
15/05/1981
JOSE GONCALVES DE
QUEIROZ
MARIA APARECIDA DOS
SANTOS QUEIROZ
15/05/2006
11/06/2021

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013814016512

DENATRAN

LACRE 004531529

VIA: 1
COD. RENAVAM: 01127202550
CRLV: 2018001312
EXERCICIO: 2018

NOME: VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES

CPF/CNPJ: 03868513442
PLACA: QFS9154/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB
CHASSI: 9C2KF2210HR204013

ESPECIE TIPO: PAS/MOTONETA/NAO APLIC
COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/PCX 150 DLX
ANO FAB: 2017
ANO MOD: 2017

CAP/POT/CIL: 2 P/149 /CI
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: MARROM

IPVA
COTA UNICA: IPVA PAGO EM
VENC. COTA UNICA: 00/00/0000
VENC/COTAS: 1ª 2ª 3ª
FAIXA I.P.V.A: ********
PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ********
IOF (R$): SEGURO
PRÊMIO TOTAL (R$): P A G O
DATA DE PAGAMENTO: 15/02/2018

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO
0

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL: CAMPINA GRANDE-PB
DATA: 26/02/2018

CONTRAN

41076 33553

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

PB Nº 013814016512 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

EXERCICIO: 2018
DATA EMISSÃO: 26/02/2018

VIA: 1
CPF / CNPJ: 03868513442
PLACA: QFS9154/PB

RENAVAM: 01127202550
MARCA / MODELO: HONDA/PCX 150 DLX

ANO FAB: 2017
CAT. TARIF: 9
Nº CHASSI: 9C2KF2210HR204013

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R$): ******
IOF (R$): SEGURO
TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$): P A G O

PAGAMENTO
DATA DE QUITAÇÃO: 15/02/2018

COTA ... ELADO

...DER - DPVAT
...0001-04

33553 1459474 20180226

CONTRAN

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3190683740***

Nome do(a) Examinado(a): ***VANIA DOS SANTOS QUEIROZ***

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Jaime Pereira Coelho, 112 - Santa Cruz - Campina Grande - PB - CEP 58417-140

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***2637081***

Data e local do acidente: [***07/09/2019***] ***CAMPINA GRANDE***

Data e local do exame: [***19/12/2019***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADE, SEM EDEMAS

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 07/09/2019; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS COSNTATANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO (SIC), MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 14/09/2019 (SIC). SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIEMNTO, ORIENTADO, SEM DEFICIT COGNITIVO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILIBRIO, ALIMENTAÇÃO NORMAL, SEM CRISE CONVULSIVA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ] Sim [***X***] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): _____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela): _____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela): _____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela): _____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683740 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADE, SEM EDEMAS. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO, ORIENTADA, SEM DEFICIT COGNITIVO, SEM DEFICIT DE FORÇA, SEM DEFICIT DE EQUILIBRIO, ALIMENTAÇÃO NORMAL, SEM CRISE CONVULSIVA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 07/09/2019; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS COSNTATANDO O TRAUMA CRÂNIO ENCEFALICO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO (SIC), MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 14/09/2019 (SIC).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Sem sequelas funcionais ao presente exame.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683740 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA EM REGIÃO OCULAR)

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683740 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA EM REGIÃO OCULAR)

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438429/19

Vítima: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ

Data do acidente: 07/09/2019

CPF: 038.685.134-42

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VANIA DOS SANTOS QUEIROZ : 038.685.134-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 06/12/2019 Nome: VANIA DOS SANTOS QUEIROZ CPF: 038.685.134-42	Data do cadastramento: 06/12/2019 Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA CPF: 614.058.096-04
VANIA DOS SANTOS QUEIROZ	SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08002787320208150001

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 **VANIA SANTOS QUEIROZ TORRES**, 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, 3 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB