Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

11/11/2020

Número: **0807920-97.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**
Última distribuição : **30/04/2020**
Valor da causa: **R$ 10.968,75**
Assuntos: **Seguro, Indenização por Dano Material**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GLEBERSON RAIA COSTA (AUTOR)	VERA LUCE DA SILVA VIANA (ADVOGADO) PABLO GADELHA VIANA (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
36537631	11/11/2020 15:32	Petição	Petição
36537640	11/11/2020 15:32	2721544_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_01	Outros Documentos
36537644	11/11/2020 15:32	2721544_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	Outros Documentos

EM ANEXO

Autorizacao de pagamento

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: .
CPF da Vítima: 062.905.484-33
Nome completo da vítima: GLEBERSON RAIA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: GLEBERSON RAIA COSTA
CPF titular da conta: 062.905.484-33
Profissão: ARMAZENISTA
Endereço: PEDRO LEAO
Número: 21
Complemento:
Bairro: CATOLE
Cidade: CAMPINA GRANDE
Estado: PB
CEP: 58 410 133
Email: gadelhaviana@gmail.com
Telefone (DDD): (83) 993345632

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA NRO. ____ DV ____ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. ____ DV ____ (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: BANCO DO BRASIL NRO: 001
AGÊNCIA NRO: 5892 DV: 0 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: 4.304 DV: 4 (Informar dígito se existir)

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

C. Grande-PB, 25 de julho de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Ourocard
International
VISA
ELECTRON

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

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

Boletim de ocorrencia
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00229.01.2018.2.00.420

INV

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 19/05/2018 **Hora:** 11:07:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Em Frente Ao Fórum da Liberdade, Liberdade, Campina Grande, PB.
Ponto de referência: Próximo do Fórum Afonso Campos

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Gleberson Raia Costa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Rosana Raia Costa e Genetton Oliveira Costa
Idade: 30 **Data de Nascimento:** 06/09/1987 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Armazenista
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 062.905.484-33
Endereço: Rua Pedro Leão, 21, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Farmácia Dias
Telefone: (83) 99334-5632

TESTEMUNHA

Nome: Jocima de Lima Correia
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ana Araújo de Lima e José Severino de Lima
Idade: 51 **Data de Nascimento:** 08/01/1967 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: divorciado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Cabeleireira
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 886.185.364-15
Endereço: Rua Pedro Leão, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Ref: Perto da Farmácia Dias
Telefone: (83) 98831-5399

SEGURADORA LIDER DPVAT DP2 01-AGO-2018 16:34 499373 1/1

Procedimento Policial: 00229.01.2018.2.00.420

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

TESTEMUNHA

Nome: Joselita José Pessoa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa Maria da Conceição e Severino José Pessoa
Idade: 47 **Data de Nascimento:** 10/08/1970 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Pilar
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Cozinheira
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: Não informado
Endereço: Rua Pedro Leão, 21, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Bar de Joãozinho
Telefone: (83) 99190-1907

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Shineray, modelo 1 13154, tipo de veículo Ciclomotor, cor vermelha, ano 2012, placa QFJ-3813, chassi LXYXCBL00C0547950, renavam 0113439481-8

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Shineray, Ano/Modelo 2011/2012, cor vermelha, Placa QFJ-3813-PB, Chassi de Nº LXYXCBL00C0547950, licenciada em nome do comunicante Gleberson Raia Costa,quando trafegava em frente ao Fórum Afonso campos, bairro da Liberdade, momento em que a moto derapou na via, tendo o comunicante perdido o controle de direção da moto, vindo cair aos solo e sofrido fratura do Punho da mão direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

Campina Grande/PB, 23 de julho de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

GLEBERSON RAIA COSTA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00229.01.2018.2.00.420

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

Comprovacao de ato declaratorio

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: 19/5/2018	**HORA:**	11:07 HS	**ID Nº:**	1696436	
NOME:	GLEBERSON RAIA COSTA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	EM FRENTE AO FORUM - LIBERDADE				
COMPLEMENTO:	NO GIRADOURO				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 17 de julho de 2018.

Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Declaracao de Inexistencia de IML

Seguradora LIDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
GLEBERSON RAIA COSTA	062.905.484-33	19/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

C. Grande-PB 25 de julho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEBERSON RAIA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05892-0

CONTA: 000000004304-4

Nr. da Autenticação 7A84481728F20768

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO

Eu, **JOSELITA PESSOA**, brasileira, solteira, cozinheira, com CPF de n.º 886.074.884-49 e de RG de n.º 2.832.803 2.º via SSP/PB, residente na Rua Pedro leão, 21 F, bairro do Catolé, CEP: 53410 133 em Campina Grande - PB, declaro para devidos fins de comprovação de Residência, que o **Sr. GLEBERSON RAIA COSTA**, brasileiro, solteiro, armazenista, com CPF de n.º 062.905.484-33 e de RG de n.º 3133132 SSP/PB, reside no endereço acima citado, por ser morador e inquilino do imóvel, desde o ano 2015, conforme comprovante de residência em anexo.

Campina Grande – PB, dia 25 de julho de 2018.

Joselita Pessoa

JOSELITA PESSOA
CPF de n.º 886.074.884-49

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP 58.015-530 CNPJ [illegible]

JOSE [illegible] PESSOA
RUA PEDRO [illegible] CAPOLEO CAMPINA GRANDE PB
[illegible]

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
[illegible]	[illegible] 2012	[illegible]	LIGADO	LIGADO

[illegible]

VENCIMENTO 28/07/2018 Total a Pagar: R$ 0,94

[illegible] OBSERVADO EM 30/06/2018, REGISTRANDO QUE [illegible]
[illegible] COMPARECIA AO [illegible]

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Comprovante de residencia

Pablo

OUTBACK

PABLO GADELHA
RUA
CATOLE
58410 457 CAMPINA GRANDE PB

Vencimento
05/07/2018

Seguradora LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445

Declaracao Circular SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu PABLO GADELHA VIANA inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.822.044/39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GLEBERSON RAIA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.905.484/33, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GLEBERSON RAIA COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.905.484/33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 2.500,00 e apresento os documentos comprobatórios: INSCRIÇÃO DA OAB/PB 15.833

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA FREI TITO		Número: 63	Complemento:
Bairro: CATOLÉ	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58410457
Email: gadelhaviana@gmail.com		Telefone comercial(DDD): (83) 988939327	Telefone celular (DDD): (83) 3063 6603

C. Grande-PB 25 de julho de 2018

Local e Data

OAB/PB 15.833

Declaracao do proprietario do veicu

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GLEBERSON RAIA COSTA,

RG nº 3133132, data de expedição 20/07/2003

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.905.484-33, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) PEDRO LEÃO, BAIRRO DO CATOLÉ, nº 21, complemento ———, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima GLEBERSON RAIA COSTA cujo o condutor era GLEBERSON RAIA COSTA.

Veículo: SHINERAY, mod. 113154, tipo veiculo ciclomotor
Modelo: 2012 modelo 113154
Ano: 2011
Placa: QFU 3813/PB
Chassi: LXYXCBL00C0547950
Data do Acidente: 19/05/2018
Local e Data: C. Grande -PB, dia 25 de julho 2018

Gleberson Raia Costa
Assinatura do Declarante

4º CARTÓRIO FECHINE

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

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
Antonio Hamilton Fechine Santos - Tabelião
Sarah da Silva Fechine - Tabelã
Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
GLEBERSON RAIA COSTA
Em test.da verdade.-Campina Grande-PB 25/07/2018 16:04:54
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
[2018-017711]EMOL:R$ 9,48 FAMPEN:R$ 0,28 FERJ:R$ 1,90 ISS:R$
SELO DIGITAL: AHE90490-OCYV
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1657514 **CLASS. DE RISCO:** [redacted]

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: 19/05/2
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Ligiana Veronica Silva Coutinho

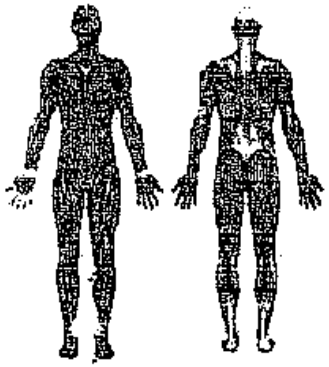
PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA
Endereço:PEDRO LEAL
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe:
Responsável:
Estado Civil:Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

CEP:58400002 | Nascimento:06/09/1986
Sexo:M | Telefone: 91587844
Idade:031 | Bairro:CATOLE
RG: | Nº:21
CPF: | Profissão:CARREGADOR
Data de Atend:19/05/2018 | CNS:3265985236
Hora: 11:50:49 | CONVÊNIO:SUS
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. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID: Politrauma

Documentação médico – hospitalar

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente trazido pelo SAMU com colar cervical, maca rígida, intubado, vítima de acidente de colisão moto-muro, sem capacete, lesões (+), com presença de escoriações em face, edema em região palpebral (+). Médico que fez intubação fez relato de administração de 1000 ml de 0,9%.

ALERGIA: ?
MEDICAMENTOS: ?
COMORBIDADES: ?

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 19/05/18

EXAME FÍSICO
PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )
Glasgow 6 PA 130x60 HGT: SaO2
(R) = Não sinais [illegible] (TOT)
(B) = Boa ventilação
(B) = Pulsos (+) simétricos
(B) = Pupilas isocóricas e fotorreagentes
(B) = Escoriações em face e região [illegible]

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias: cervical, torax e pelve
( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR, ____ às 12:15 Dia 19/05/18
Especialista: ____, BNF às 18:00 Dia 19/05/18

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Midazolam 2FA + Fentanil	
2	2FA + [illegible]	
3		
4		
5		
6		

Realizada 19/05/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Sebastião Maria da S. Filho
MÉDICO
CRM-PB 8507

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 22/05/18

Num. 36537640 - Pág. 14
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

18/5/2018 # Ncr
às 12h37

Vítima de politrauma por acidente com motocicleta evoluindo com rebaixamento de consciência.
Ao exame:
Sedado, intubado
Ramsay 06
Pupilas isocóricas e fotorreagentes
RCR sem anormalidades
Intercorrências que necessitem de tratamento cirúrgico
Lx col. cervical (cate CC): s/ fratura.

Cl: Estabilização clínica na vermelha. Retirar colar.

DESTINO DO PACIENTE ___/___/___ às ___:___ hs.

( )Centro cirúrgico _____
( )Internação (setor) _____
( )Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
( )Alta hospitalar / ( )A receber alta
( )Decisão Médica
( )Óbito

Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

Cirurgia Geral

Pcte com quadro de R.N.C. FCG: 6, Nega indicação cirúrgica pela Cirurgia Geral no momento.

Cl: Alta da Cirurgia Geral

18/5/2018 # Ncr
às 14h30

Dr. Sebastião Tavares da S. Filho
MÉDICO
CRM-PE 6572

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Num. 36537640 - Pág. 15
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELLO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: Clebenson Costa	Registro:	Leito: Ext 01	Setor Atual: UTI

2- AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 130x90 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOPATOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH20

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Assinado eletronicamente por: SUELLO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.jjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

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

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___

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

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

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

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Liliane C. de Oliveira e Mota
COREN-PB 337474-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 30/05/18 HORA: ___ h

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

DA PARAIBA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Enfermaria: Extra Leito: 01

Paciente: Deborzam Costa Raja

1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	
		Hábitos de evacuação irregulares ( )	Lesão neurológica ( )			
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )			
		Fatores psicológicos ( )	Outro ( )			
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )	
		Ansiedade ( )				
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )				
		Outros ( )				
5	Hipertermia	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )	
		Aumento da taxa metabólica ( )				
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( )	Circulação prejudicada ( )			
		Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )		
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular		
		Prejuízos músculo esquelético ( )	Desuso ( )	Outro ( )		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( )	Queimaduras ( )	Vômito ( )	Diarréia ( )	
		Drenos ( )	Outros ( )			
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( )	Defesas primárias inadequadas ( )			
		Procedimentos invasivos ( )	Outro ( )			
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( )	Medicações ( )			
		Extremos da idade ( )	Agitação/Desorientação ( )			
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( )	Outro ( )			
		Ruído ( )	Imobilização física ( )			
13	Outro					
14	Outro					

Abdome distendido ( )	Dor à evacuação	Outro ( )	
Anorexia ( )	Dor abdominal ( )		
Cavidade bucal ferida ( )	Diarréia ( )	Outro ( )	
Dor abdominal ( )	Mucosas pálidas ( )		
Incapacidade de acessar o banheiro ( )	Outro ( )		
Incapacidade de lavar o corpo ( )			
Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )		
Relato verbal de dor ( )			
Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )			
Taquicardia ( )	Taquipnéia ( )	Outro ( )	
Destruição de camadas da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )		
Rompimento da superfície da pele ( )	Outro ( )		
Dificuldade para virar-se ( )	Dispnéia ao esforço ( )	Outro	
Movimentos descontrolados ( )			
Alterações na profundidade respiratória ( )	Dispnéia ( )		
Batimento de asa de nariz ( )	Ortopnéia ( )	Outro ( )	
Ausente			
Ausente			
Mudança do padrão normal do sono ( )	Outro ( )		
Relatos de dificuldade para dormir ( )			

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

( ) Avaliar distenção abdominal.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		
( ) Avaliar alterações de sinais vitais.		
( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Analisar condições do curativo.		
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca).		
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	Sem 3 dias	( ) Diminuir o risco de infecção.
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	Sem pus.	
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		( ) Diminuir o risco de queda.
(X) Manter as grades do leito elevadas.	Sem risco	
( ) Conter o paciente quando necessário.		
(X) Manter ambiente calmo e tranquilo.	Sem risco	( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		( ) Outros
( ) Outros		
( ) Outros		( ) Outros

Liliane C. de Oliveira e Melo
COREN-PB 397474-ENF

FONTE: NIC;2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.: SAE 2 ed

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : _____

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem : _____

Num. 36537640 - Pág. 19

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELLO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gleberson Costa Maia	Registro:	Leito: 05102	Setor Atual: Ortopedia 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Miióticas ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH20

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Assinado eletronicamente por: SUELLO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

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

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M.S.E. Data da punção 26/05/18

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :__/__/__

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

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

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

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

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

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Valuska Luna de Carvalho COREN-PB 358.988-ENF DATA: 28/05/2018 HORA:_____ h

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

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

Nome: Glebenson Costa
Idade: 31 Data de Nascimento: ___/___/___
Leito: 01

Unidade de Tratamento Intensivo [redacted]

CONTROLE GERAL

Data	19/05								19/05						
Evacuação								BE							
Ganhos								HCO_3							
Perdas								FiO_2							
Balanço								Lactato							
Bal. Cumul.								Glicose							
Sangue								Uréia	40						
Diurese								Creatinina	1,0						
Perdas SNG								Sódio							
Drenos								Potássio							
Temp. min/max								Cloro							
Hemácias	5.02							Cálcio							
Hematócrito	42							Fósforo							
Hemoglobina	14							Magnésio							
Leucócitos	8.900							Proteína							
Bastonetes	4,0							Albumina							
Segmentados	84							Globulina							
Eosinófilos	2,0							Bilir. Tot.							
Basófilos	0							B. Direta							
Linfócitos	9,0							B. Indireta							
Monócitos	1,0							Fosf. Alcal.							
Plaquetas	142.000							Amilase							
TP								TGO							
TTPa								TGP							
pH								DHL							
PaO_2								CPK							
$PaCO_2$								CK - MB							
Sat. O_2															

MOD. 010

Num. 36537640 - Pág. 22
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data da internação: 19/05/2018 Hora: 18:35:36

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1657703
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1986
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 91587844
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): PEDRO LEAL , 21 , CATOLE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Politrauma por acidente com motocicleta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tratamento conservador

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): TCC

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE
21 - CID 10 PRINCIPAL: S06
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento conservador do TCE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016284947408
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/05/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): George Mendes CRM PB 8348

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data da Internação: 19/05/2018 Hora: 18:35:36

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1657703
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1986
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 91587844
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): PEDRO LEAL , 21 , CATOLE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Politrauma por acidente com motocicleta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tratamento conservador

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): TCC

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE
21 - CID 10 PRINCIPAL: S06
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento conservador do TCE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016284947408
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/05/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): George Mendes — Neurocirurgia / Neuroradiologia — CRM-PB 1195

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

NOME:	N.º PRONTUÁRIO	
UTI	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	BMF	
	Paciente vítima de acidente de moto com trauma crânio de face + lesão lácero contusa de pálpebra inf. A visualização TC não evidenciamos fratura	
	conduta terapêutica	
	1) limpeza do ferimento	
	2) sutura pálpebra inf.	
	3) alta do ambulatorial	
	Dr. Pedro de Farias Nóbrega CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL CRO 839-CPF 086.992.754-04	

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

TCE

Paciente	GLEBERSON COSTA RAMA	Alojamento		Leito	1 - 21	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
20/5/18	DIETE oral branda	8h						20/5/18 #NCN
	Dipirona 2mL EV 6/6h (SN)							
	Neosedon 8mg E 8/8h (SN)							
	Ranitidina 150mg 1cp VO 12/12h	12	24					sem intercorrencia
	VAGA NA enfermaria							Glasgow 15
								sem deficit motor
								OBS: Controle tomografia
								Vaga na enfermaria
	George Mendes Neurocirurgião CRM PB 8346							George Mendes Neurocirurgia / Neurologia CRM PB 8346

MOD.

Num. 36537640 - Pág. 28

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Paciente:

	Prescrição Médica							
	DIETA LIVRE LAXATIVA							NCR
	SF0,9% 2000 mL ev 24h,							melhor e alerta
	dipirona 02 ml + abd 10 ml iv 6 em 6 hs se necessário							
	Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,							
	Nausedron 8mg IV 8/8H s n							
	Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg,							
	Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,							
	Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n							
	Fisioterapia motora e respiratória,							
	curativos							

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
CRM-PB 2018
CRM-PB GONÇALVES-PE 1456

Equipe da Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Num. 36537640 - Pág. 30

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

1/2 NEURO

Paciente: Eleluza

TCE

Prescrição Médica

DIETA LIVRE LAXATIVA								NCR
SF0,9% 2000 ml, ev 24h,	1º	2º	3º	4º				melhor e alerta
dipirona 02 ml + abd 10 ml iv 6 em 6 hs se necessário								
Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200ml. IV 12/12h,								
Nausedron 8mg IV 8/8H s n								
Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg,								
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,								
Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n								
Fisioterapia motora e respiratória,								
curativos								

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
CRM-PB 6662 / CRM-PE 14567
22 MAIO 2018

Equipe da Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
CRM-PB 6662 / CRM-PE 14567
22 MAIO 2018

Num. 36537640 - Pág. 31
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

21:05
08:00
[illegible]
T=31°
Retido SVD
[illegible]

20:00 Paciente evolui com dor intensa, mesmo sendo aos cuidados de equipe
Isabela

Num. 36537640 - Pág. 32
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

04/ 06

Paciente		Alojamento		Leito	1-2,	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22.05.18	BMG		
	Ob.: SOLICITO TC DE FACE REAVALIAÇÃO DA BMG		

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO/PB 5184

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
CRM/PB 2018

MOD.

Num. 36537640 - Pág. 33
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assís
22/05/18	8hs	36°C	80	80	120/80	+	Paciente evolui	
							EGR, consciente,	
							orientado, com	
							hemodinâmica no	
							leito, foi medicado	
							conforme prescrição	
								Valmir da Silva Soares TEC. EM ENFERMAGEM COREN 224.858
22/05/18							Foi liberado alcoro	
							e pertence.	Valmir da Silva Soares TEC. EM ENFERMAGEM COREN 224.858

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gilberson Porto Raia	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
23/05/2018								# BAF 17:40
								Paciente consciente, orientado, eupneico, afebril, hidratado, clinicamente apresenta equimose de face, com limitação de abertura bucal, sem sinais de fratura, palpação sem queixas/ou interferências.
								TC não denota fratura em face.
								CD: ① Alta da BAF ② Aos cuidados da ortopedia.
								José Ricardo dos Santos Souza Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial CRO/PB 6404

MOD. 1

Num. 36537640 - Pág. 35
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

DIAGNÓSTICO

Fx luxo escafo – semilunar (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gleberson Costa	Alojamento: 1	Leito 2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta livre		
	2.SNC 1500ml EV/24h zelco	de Folz	
24/05	3.Diprona 02ML+ AD EV 06/06h	22 16 6 06	Pt c/ alta da NCIR outeiro c/ suspeita de fratura em punho (D).
	4. Tiatil 20mg + AD EV 12/12h — SN		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN	
	7.Neusedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN	RX Fx escafóide (D)
	8. Clexane 40mg SC/dia Sung		
	9.SSVV + CCGG	6/6	Aprovar
			Pré op: dr
			cali VPM
			Transfer p/
			ortop (D) p/
			marcar cirurgia
			o quanto antes

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9969

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9969

Num. 36537640 - Pág. 37
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Num. 36537640 - Pág. 38

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Eleberma Costa	Alojamento:	5	Leito	2	Convênio	Fx-Fex. [illegible]

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta		
28/05	2.SRL 1500ml EV/24h	AM	
	3.Dipirona 02VIL+ AD EV 06/06h	12 18 24 06	Recusa [illegible]
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12 24	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9.SSVV + CCGG	AM	

Dr. Schubert Coêlho
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Dr. Schubert Coêlho
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Num. 36537640 - Pág. 39
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

25/05 21:00 H P.A: 147070 PACIENTE EVOLUI COM SEMI-COMA, DIABETICO.
NÃO REFERI DOENÇAS

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx - Antebraço Esquerdo Fechada (E)

0

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1
LEITO 52

Paciente	0 Gilberson Costa Reis	Alojamento	5	Leito	2	Convênio	LEITO 52

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
								9 º DIH
26/5	1 DIETA LIVRE	ef						
	2 JELCO SALINIZADO	ef						BEG, corado, hidratado, anicterico
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	(Δ)	(17)	(24)	(08)	F		
	3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN						Diurese: (+) Evacuação (+)
	4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN	SN						
	5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN	SN						CD: VPM
	6 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ		(06)	F				
	7 FISIO MOTORA	ef						
	8 CCGG+SSVV	ef						
	(9) Dexametasona 10mg 01 ap. 12 à cada	ef						
	(10) Amoxicilina 875mg 01 ap. 12/12 à cada							

Dr. Everton Meira
Mt Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

Dr. Everton Meira
Mt Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

MOD.

Num. 36537640 - Pág. 41

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
26/05		-			150x100	+	Pet consciente	
18							orientado feito	
							SSW + curativo	
							medicado c/m	
							aos cuidados de	
							enfermagem.	
26/05	21:00		65		140/80		Paciente segue	
18							aos cuidados	
							da enferma-	
							gem feito troca	
							de AVP,	
							lo 22.	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX/LUX ESCAFO-SEMILUNAR D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1
LEITO 5-2

Paciente	GLEBERSON COSTA MAIA, 31	Alojamento	OK	Leito		Convênio	LEITO 5-2

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
29/06/2018	1 DIETA LIVRE							8º - DIN
	2 JELCO SALINIZADO							
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12	18	00	06			BEG, estável, sem queixas.
	4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN							
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H							Diurese: ⊕ evacuações: ⊕
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN							
	7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ							CD: VPU
	8 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H							aguarda cirurgia p/ hoje
	9 FISIO MOTORA							
	10 SSVV+CEGG							
	11 - DURAGESIC 50 mg 01 cp VO à noite.							
	12 - PARACETAMOL 750 mg 01 cp VO 8/8h							

MMM

Num. 36537640 - Pág. 43
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/05	15:00	–	–	–	120/80		Paciente evolui	
							consciente, orientado	
							não queixa de dor	
07/05	19,24				120/80			
							Paciente evolui sem	
							queixas, são cuidados	
							de enfermagem	
							Josane Cristina de Albuquerque COREN-PB 174938 - TE	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx 2x esq/ko-semilunar

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Galberlesson Gomes	Alojamento	EK	Leito	08	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
29/05	Dipirona 1ml							
	Dipirona							
	Gilrtil 20mg (EV) 17/17h							BEG, eupneico
	Cefazolina							
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643							
								Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

MOD. 0

Num. 36537640 - Pág. 45
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX/LUX ESCAFO-SEMILUNAR D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1
LEITO 5-2

Paciente	GLEBERSON COSTA MAIA, 31	Alojamento		Leito	EV. 01	Convênio	[redacted]

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE		DIH: 9º
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, estável, sem distúrbios
	4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H		Diurese: ⊘ Fisio: ⊘
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ		CD.VDM
	8 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H (30SP a 30)		Curativo Drogrando p/ amanhã.
	9 FISIO MOTORA		
	10 SSVV+CCGG		
	11 Bezapam 10mg 01 p valvat		
3.706	Dieta 7pm		C. Mungia Mazzo à Tarde
	CCGG + SSVV		

Dr. Eurico Meira
Ass Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

Dr. Eurico Meira
Ass Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Num. 36537640 - Pág. 47
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/05	08:00				120/80		Paciente sem quadro OTT no momento. Recusa medicação de horário.	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Gleberson — Sítio Rua 2 Ortop II Extra 1
Dr Aristóteles + Dr Julio Cesar MR2
HD: Fx/Luxação escafóide punho D
Procedimento: Fixação

Descrição cirurgia

1) Paciente em DDH sob anestesia
2) Asseptia e antisseptia
3) Campos estéreis
4) Incisão dorsal punho D por planos
5) Redução cruenta de fratura escafóide + fixação com 4 fios K 2,0 sob escopia
6) Lavo FO C/ SFO ...
7) Sutura por planos + curativo + Talz

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

1/2

Paciente:

Prescrição Médica

DIETA LIVRE LAXATIVA	NOR
SF0,9% 2000 mL ev 24h.	melhor e alerta
diprona 02 ml + abd 10 ml iv 8 em 8 hs se necessário	
Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h.	
Neusedron 8mg IV 8/6H s n	
Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg.	
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,	
Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n	
Fisioterapia motora e respiratória.	
curativos	

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
CRM-PB 5632/UNIFAP 11897

27 MAIO 2013

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Num. 36537640 - Pág. 50
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Elberson Costa Raia | IDADE: 3ra. | SEXO: M | COR:

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
30/05/18						

TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA					

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO: ymm > 8h | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL: LOTE | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA: nega | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de punho dir | ESTADO FÍSICO: II | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA AS | EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS | °F

LÍQUIDOS: SR 1500ml

PNI
ECG
SpO2

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

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

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

MANUTENÇÃO
cefazolina 2
tilatil 2
buscopan c. 1
decadron 1
antak 1
dormonid 1
fentanil 1

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

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

Com cânula:
Para o Leito Sim_____ Não_____
CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: 17h15 → 18h00

POSIÇÃO: D

AGENTES: bupi 0,5% + lido 1%

TÉCNICA: bloq. plexo bra. USG | CÂNULAS: AN 02.

OPERAÇÃO: Tto cirúrgico de fratura de punho dir.

CIRURGIÕES: Aristóteles + Júlio

ANESTESISTAS: Taufali

OBSERVAÇÕES

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

Tayla Cássia M.S. Oliveira
MEDICINA ANESTESIOLOGIA
CRM-PB 8641

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Gilberson Gosta Reis Idade: 31
Convênio: SUS Data: 30.05.2018
Procedimento: Tfa cirurgico de fratura de punho (E)

Cirurgião: Dr Aristoteles Auxiliar: Dr Julio Cesar Anestesista: Dr Taylor

Início: 1715 Término: 1830 Anestesia: Bloq de plexo + sedação

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
19.30	121x72	58	100%	[illegible]	-	sonolento
20.10	111x68	75	100%	[illegible]	-	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELLO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saída*
Nenhum Movimento = 0 *Movimenta 2 membros = 1* *Movimenta 4 membros = 2*		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Gleberson Costa Maia Dn 06-09-1986

CÓD	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		Sus	31 a	1657514

CIRURGIA: T.T.º Cirurg. Fratura de Punho D. | CIRURGIÃO: Dr Aristóteles + Dr Julio

ANESTESIA: Bl. plexo + Sedação | ANESTESIA: Dra Taylah

INSTRUMENTADORA: Rebeca | DATA: 30-05-18 | INÍCIO: 17:45 | FIM: 18:30

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

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Diazepan amp.
01	Dimorpa + Zola
	Dolantina amp.
	Efrane ml
	Fenegam amp.
01	Fentanil ml
	Inova ml
	Kelafac ml
02	Mabocaina 2% ml c/ Vas
	Nubahin amp.
	Pavulon amp.
	Protigmine amp.
	Protoxido l/m
	Quelicin ml
	Repifen amp.
	Thionembutal ml
	Tracrium amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
04	Agua Destilada amp.
01	Decadron amp.
	Dipirona amp.
	Flaxidil amp.
	Flebocortid amp.
	Geramicina amp.
	Glicose amp.
	Glucon de Cálcio amp.
	Haemacel ml.
	Heparema ml.
	Kanakion amp.
	Lasix amp.
	Medrotinazol.
	Plasil amp.
	Prolamina
	Revivan amp.
	Stuphanon amp.
	Cefalotina 1g

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
	Agulha desc. 28 x 28
	Agulha desc. 3 x 4,5
	Agulha p/ raque nº
05	Álcool de Enfermagem 70%
	Álcool Iodado ml
	Ataduras de Crepon
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

Qtd.		Bolsa Colostoma
	01	Cateter p/ Oxg.
	09	Cateter De Urinar Sist. Fech.
	04	Compressa Grande
		Compressa Pequena
		Cotonoide
		Dreno
		Dreno Kerr nº
		Dreno Penrose nº
		Dreno Pezzer nº
		Equipo de Macrogotas
		Equipo de Macrogotas
		Equipo de Sangue
		Equipo de PVC
	06	Esparadrapo Larco cm
		Furacim ml
	05	Gase Pacote c/ 10 unidades
		H_2O_2 ml
		Intracath Adulto
		Intracath Infantil
	01	Lâmina de Bisturi nº 23
		Lâmina de Bisturi nº 11
		Lâmina de Bisturi nº 15
		Luvas 7.0
	03	Luvas 7.5
	02	Luvas 8.0
		Luvas 8.5
	01	Oxigênio l/m
	01	Polifix
	01	PVPI Degermante ml
		PVPI Tópico ml.
	05	Sabão Antiséptico
	04	Saco coletor p/ Urina
	02	Seringa desc. 10 ml
	02	Seringa desc. 20 ml
	03	Seringa desc. 05 ml
		Sonda
		Sonda foley
		Sonda Nasogástica
		Sonda Uretral nº
		Sterydrem ml
		Tomeirinha
		Vaselina ml
		Gelcon 18
		Latex
	05	Eletrodo

Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sutupak	
	Fio de Algodrão Sutupak	
	Fita cardíaca	
	Mononylon	
02	Mononylon 2-0	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Vicryl Sertix	
02	Vicryl Sertix 0	
	Vicryl Sertix	

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
01	SG Ringr fr 500 ml
02	SF fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: Matilde Lucia de Almeida
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 103.722

MOD 065

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

FX/LUX tornozelo-semilunar D

Paciente	Gilbrson Costa Faia	Alojamento	Enfa	Leito	01	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário			Evolução Médica
30/05	(1) Dieta livre após UR PA						DOI
	(2) SF 0,9% 1000 ml EV / 24h						Paciente submetido a procedimento cirúrgico sem intercorrências.
	(3) Clindamicina 600mg + ABD EV 6/6h						CD: VPH
	(4) Dipirona 1g + AD EV 6/6h						Rx de controle
	(5) Tilatil 20mg + AD EV 12/12h						
	(6) Omeprazol 40mg EV / manhã						
	(7) Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h						
	(8) Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h S/N						
	(9) Curativo						
	(10) Rx de controle						
	(11) CCCG + SSVV						

MOD. 035

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Paciente chegou do bloco às 20:45 h

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

P.O Fx Lx escafoide D

Paciente	Glebleson Costa	Alojamento	EXT	Leito	01	Convênio	

Data		Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
30/5	1	DIETA LIVRE 2/03 RPA							
	2	~~SRL 1500ML EV 24H~~			~~14~~	~~20~~	~~32~~		~~ORTOPEDIA~~
D	4	CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H suspenso							
D	5	GENTA 240 mg EV 1X/DIA				~~22~~ ~~22~~			
	6	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				~~24~~	06		Pós procedimento cirúrgico ortopédico sem intercorrências
	7	OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	06						
	8	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N							
	9	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N							cn: RX Controle
	10	~~TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h~~				~~24~~			
		~~CLEXANE 40 UI SC 1x/DIA~~ suspenso							
	12	CURATIVO 1 X DIA							
	13	SSVV + CCGG							
		Clindamycin 600mg EV 6/6h				~~24~~	~~06~~		
		Dr. Suelio Moreira Cavalcanti							
10h 31/05		Alta hospitalar Retorno ambulatorial Atestado 60 dias AINE'S + ATB Fisioterapia							
		Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA							

MOD 025

Num. 36537640 - Pág. 58

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404834	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	4.5 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	13,2 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	40,0 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	89 fL		82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	29 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,0 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	7.300 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	219	
Segmentados	74,0	5.402	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	1,0	73	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfócitos			
Típicos	20,0	1.460	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	2,0	146	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	141.000 mm³		140.000 à 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 20/05/2018 11:00 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4448-50A0-B0E3-5A3D-AB62-B973-6895-664A

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0080404834	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

UREIA
[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]
Resultado..... **43 mg/dl** De 15 A 41 mg/dL
Resultados anteriores: 19/05/18: 40]
Material: Soro
Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA
[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]
Resultado..... **0,9 mg/dl**

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

Resultados anteriores: 19/05/18: 1,0]
Material: Soro
Método: Automatizado CM 200 WIENER

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 20/05/2018 11:00 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6BCC-6F69-1FFB-2A59-3C62-75AD-4BA5-BCFA

Laboratório Newlab — SELO DE QUALIDADE — PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404934	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

POTASSIO ..... **4,0 mmol/l**

(DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l
Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l
Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou maior que 6.5 mmol/l
Valor crítico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l maior que 8.0 mmo/l

SÓDIO ..... **148 mmol/l**

(DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38)
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 132 a 148 mmol/l
Criancas.....: 134 a 148 mmol/l
Valor Critico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão : 20/05/2018 11:00 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E12E-B8A7-E065-ECDF-1D8A-9924-365E-2AB9

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

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

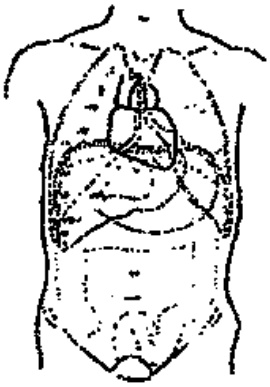
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: GLEBSON COSTA RAIA Idade: 31 anos

Exame: USG DAST Data: 19/05/18

Médico solicitante: Sexo: M

RELATÓRIO



FÍGADO: ☑ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☑ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☑ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☑ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☑ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☑ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☑ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☑ Normal ☐ Alterado

Outras observações:
Ausência de líquido livre, no ato do exame.

CONCLUSÃO

Dr. [illegible] CRM-PB

Campina Grande, 19/05/2018

MOD 022

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:14]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.02 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	14,0 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	42,0 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	84 fL		82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	28 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,9 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.800 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	4,0	352	
Segmentados	84,0	7.392	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	2,0	176	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfócitos			
Típicos	9,0	792	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monócitos	1,0	88	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	142.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens repetidas e confirmadas.

Deyvisson Bruno S. Cabral
BIOMÉDICO
CRBM-PE 5241

Deyvisson Bruno S. Cabral
BIOMÉDICO
CRBM-PE 5241

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FCF7-9207-E48F-74F8-6D85-B56E-3A64-7B54

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Emissão : 19/05/2018 21:23 - Página 2 de 3

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a):	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

URÉIA

(DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15)

Resultado..... 40 mg/dl — De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

(DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15)

Resultado..... 1,0 mg/dl

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

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Emissão : 19/05/2018 21:23 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E06D-888A-2227-CEAD-AB81-8273-EB6F-7492

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

TEMPO DE COAGULACAO ..... **8'00 min**

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... **2'00**

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 63D7-CD16-8230-0FA7-CF61-C13F-C565-5FF5

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

NOME	Gleberson Costa Paia				
IDADE	31a	INTERNAÇÃO	1	LEITO	02
LOCAL	Politrauma	ADMISSÃO	21.05.18	HORA	T

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ OVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☒ Trauma ☐ PNM
☐ Hemorragia ☐ Outros:

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA: paciente evadiu-se EGH e foi deste consultório
Cooperativo, com intubação em VEA.
apresentando lesão nos olhos e escoriações pelo
corpo e fratura do punho E. AP inicial
em AHT 1/10.

SV: FC bpm | FR ipm | PA: | SpO2 % | T °c

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal — Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☒ Normal

Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☒ Normal — Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5

Bloqueios Articulares (Regiões)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☒ Eupneico ☒ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☒ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT) ☐ VNI ____ ☐ VMI

O2 SUPLEMENTAR: ☒ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sitema de Venturi ____ %

☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais

☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ___/4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☒ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica

Ausculta Pulmonar: MV ↓ em AHT 1/10 — Ratio X Tórax:

TOSSE: ☐ Sim ☒ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito ____

Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões: ____ ☐ Cacifos

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB ☐ TEP (cicloergômetro) ☐ TEP (dins) ☐ VNI ____ ☐ O2 ____

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☒ Cinesioterapia ☐ MRP

☐ Treino de Marcha ☒ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação

☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☒ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: Politrauma

Campina Grande, 21/05/2018

Sebastião Cassiano Pereira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO

Fisioterapeuta/CREFITO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

NOME					
IDADE		ENFERMARIA		LEITO	
R.G		ADMISSÃO		HORA	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM
☐ Hemorragia ☐ Outros: _____

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA:

SV: FC bpm | FR irpm | PA: | SpO2 % | T °c

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow _____

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal — Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal

Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☐ Normal — Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bloqueios Articulares (Regiões)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☐ Eupneico ☐ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT) ☐ VNI _____ ☐ VMI

O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sitema de Venturi ____%

☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais

☐ Uso de musc. acessórios Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor __ /4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica _____

Ausculta Pulmonar: _____ Raio X Tórax: _____

TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito _____

Pertuso: ☐ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões: _____ ☐ Cacifos

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB | ☐ TEP passivo | ☐ TEP ativo | ☐ VNI _____ | ☐ O2 _____

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP

☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação

☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:

Campina Grande,

____/____/____

Fisioterapeuta/CREFITO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115252846000000034880514
Número do documento: 20111115252846000000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Gleisson Costa Pereira		ortopedia II	1	EFTRA

Data	Hora		Data	Hora
3/05/11	14	Paciente M/Gleisson EGR. Apresenta fratura do escapula e sem fraturas D. e escoriações no rosto e ombro D. CID: Cinesioterapia leve em todo MSD passiva e ativa no leito. Obs: Dr. Gerson		

Sebastião Cesário Teixeira
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 15344-F

Num. 36537640 - Pág. 70

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

GOVERNO DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Gleberson Costa Reis		Neuro	2	1

Data	Hora		Data	Hora	
22.05.18	T	Paciente em ECR, colaborativo, aaa, eupnéico em VEIAA. Apresenta fratura MSD, não tem deficit motor, nem descompensa-te respiratório. AR: MV+ em AHT. SIRA. Conduta: MLP, cinesioterapia ativa, redução, deambulação e o. gerais.			

Dr. Aldo Barbosa da Silva
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 46812-F

MOD. 012

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 3ia

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elbersson Costa Raio | Registro: EXT | Leito: 01 | Setor Atual: Ortopedia II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 110x70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

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

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

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

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Verônica Alves
Enfermeira
COREN-PE 292.152

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 29/05/18 HORA: 15:00 h

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Enfermaria:	Leito:	Data: / /

1	Constipação	Diurélicos ( ) Desidratação ( ) Estresse ( ) Outro ( )	Abdome distendido ( ) Dor à evacuação Outro ( )
		Hábitos de evacuação irregulares ( ) Lesão neurológica ( )	Anorexia ( ) Dor abdominal ( )
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( ) Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Cavidade bucal ferida ( ) Diarréia ( ) Outro ( )
		Fatores psicológicos ( ) Outro ( )	Dor abdominal ( ) Mucosas pálidas ( )
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( ) Dor ( ) Fraqueza ( ) Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( ) Outro ( )
		Ansiedade ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )	Alterações na pressão sanguínea ( ) Outro ( )
		Outros ( )	Relato verbal de dor ( )
5	Hipertermia	Anestesia ( ) Desidratação ( ) Trauma ( ) Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )
		Aumento da taxa metabólica ( )	Taquicardia ( ) Taquipnéia ( ) Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( ) Circulação prejudicada ( )	Destruição de camadas da pele ( ) Invasão de estruturas do corpo ( )
		Hipotermia ( ) Imobilização física ( ) Outro ( )	Rompimento da superfície da pele ( ) Outro ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( ) Desconforto ( ) Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( ) Dispnéia ao esforço ( ) Outro
		Prejuízos músculo esquelético ( ) Desuso ( ) Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( ) Dor ( ) Fadiga ( ) Obesidade ( ) Outro ( )	Alterações na profundidade respiratória ( ) Dispnéia ( )
			Batimento de asa de nariz ( ) Ortopnéia ( ) Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( ) Queimaduras ( ) Vômito ( ) Diarréia ( )	
		Drenos ( ) Outros ( )	
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( ) Defesas primárias inadequadas ( )	
		Procedimentos invasivos ( ) Outro ( )	
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( ) Medicações ( )	
		Extremos de idade ( ) Agitação/Desorientação ( )	
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( ) Outro ( )	Mudança do padrão normal do sono ( ) Outro ( )
		Ruído ( ) Imobilização física ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )
13	Outro		
14	Outro		

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

) Avaliar distenção abdominal.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		
( ) Avaliar alterações de sinais vitais.		
( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Analisar condições do curativo.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		( ) Diminuir o risco de infecção.
( ) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
( ) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Manter as grades do leito elevadas.		
( ) Conter o paciente quando necessário.		
( ) Manter ambiente calmo e tranquilo.		( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		
( ) Outros		( ) Outros
( ) Outros		( ) Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : _____

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem : Jaucimar da Costa C.

FONTE: NIC;2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.; SAE. 2 ed. 2013.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Gilverson Costa Raia HD: SETOR: LEITO: 01 DATA: 20/05/1

HORÁRIO																										
P. ARTERIAL	130x80			140x90																						
PULSO/FC	65			68																						
TEMPERATURA	36.0			36.0																						
RESPIRAÇÃO	16			14																						
SAT. 02	98%			97%																						
PVC																										
PIA																										
HGT				139																						
DRENAGENS																										
SF 0,9%																										
SRL																										
SG 5%																										
SORO EXTRA																										
SEDAÇÃO																										
ANALGESIA																										
MEDICAÇÕES																										
NORA																										
DORA																										
HEMODERIVADOS																										
NPT																										
DIETA																										
DIETA																										
ÁGUA																										
MEDICAÇÕES																										
	D	R	E	N	A	G	E	N	S																	
SNG/VÔMITOS																										
FESES																										
DIURESE		500ml				200ml																				
HEMODIALISE																										
DRENO TÓRAX D																										
DRENO TÓRAX E																										
DRENO SUCÇÃO																										
D. CAVITÁRIO																										
DVE																										

GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE=	PERDAS 12H NOITE=	BH NOITE=
GANHOS 24H DIA=		PERDA 24H + 1000ML=		BH 24H=	
ASSINATURA:			ASSINATURA:		

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO 20/05/18	ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO 20/05/18
Paciente Consciente orientado foi recebido com ala vermelha medicado se sente [illegible] queixa de muitas dores no MSD que foi realizado curativos 18:00 e segue os cuidados da equipe de enfermagem. Lucimar Freire Silva Vasconcelos Técnico de Enfermagem COREN-PB 810735	Paciente consciente orientado foi medicado conforme prescrição medica paciente apresenta queixa de muitas dores no MSD que tompim e mesmo apresenta edema foi realizado curativo 21:30 e segue os mesmos cuidados da equipe de enfermagem. Lucimar Freire Silva Vasconcelos Técnico de Enfermagem COREN-PB 810735
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:	ASPECTO:	BALANÇO HÍDRICO ATUAL:	BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:	BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES	CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS
ENFERMEIRO:	ENFERMEIRO:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

V/ GLEBESON COSTA

SOLICITO

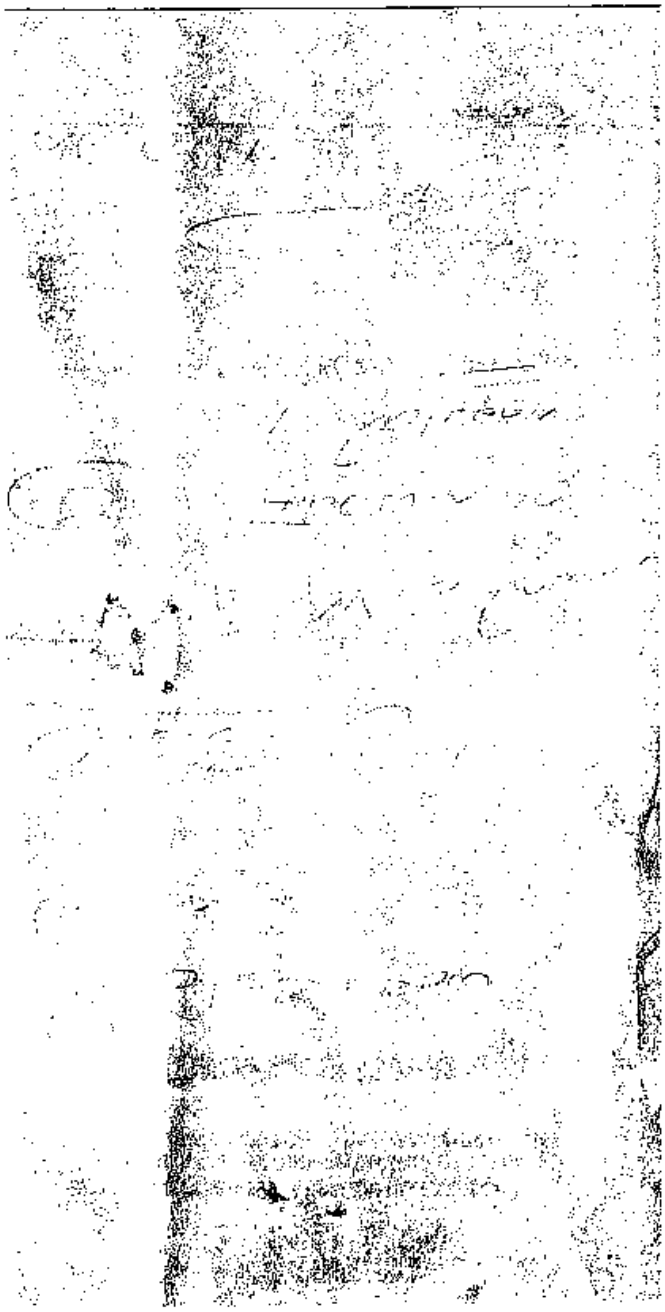
TAIR AXILO SOUZA

INCLUIR O COLEGIA

21/02/19

Paciente

Médico



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

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

Requisição Exames

Gilvanildo 55 anos
Sexo masc cabelo
Rx punho direito

30/5

RAIO X REALIZADO EM: 30/05/18

RAIO X EM: 30/05/18

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P.919

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3133132 2003

NOME: [illegible] COSTA

NOME: Geneton Oliveira Costa
Rosana Raiá Costa

NASCIMENTO: Campina Grande-Pb 05.09.1937

CERTIDÃO: Certidão nº.42.832, fls.89v, liv.A/39, 2º Cart. de Campina Grande-Pb

ASSINATURA DO REGISTRADOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
Nome
Nascimento

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P.919

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3133132 2003

NOME: [illegible] COSTA

FILIAÇÃO: Geneton Oliveira Costa
Rosana Raiá Costa

NASCIMENTO: Campina Grande-Pb 05.09.1997

Certidão nº.42.832, fls.89v, liv.A/39,
Cart.de Campina Grande-Pb

ASSINATURA DO TITULAR

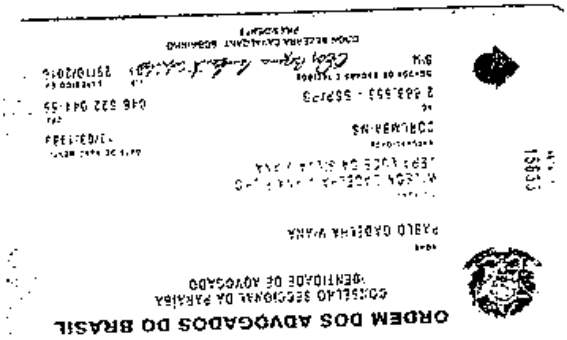
LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

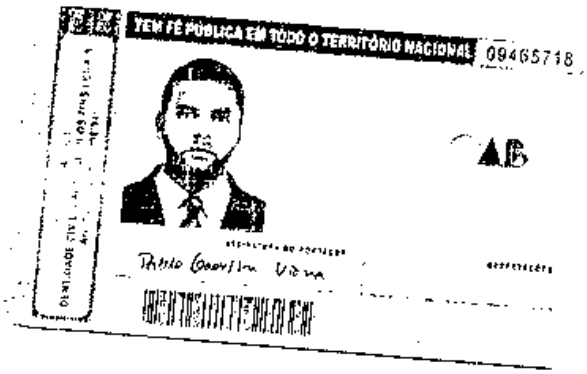
CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

Nome

Nascimento

Documentos de identificação





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PB 13746945576
CERTIFICADO SERIE
PRT 2017010104229-6
1 0113439481-8 00/00000000 2017

GLEBERSON RAIA COSTA

06290548033 QF33813/PB

NOVO PB LXYXCBL00C0547950

PAS/CICLOMOTOR/NÃO APLIC ALCOOL

CICLOMOTOR/L13154 2011 2012

2 P/4 /CV PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

******* 0

******** SEGURO P A G O 07/11/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

COMPANHIA SEGURADORA 09/11/2017

0299999

CONVÊNIO DETRAN-PB/PRESTADORAS DOS SERVIÇOS DE VEÍCULOS
CICLOMOTOR/MOTOCICLETA/MOTONETA/CAMINHÃO/ÔNIBUS
MINISTÉRIO DAS CIDADES/IPVA

PRT 013746945576

2017 09/11/2017

1 06290548033 QF33813/PB

0113439481-8 CICLOMOTOR/L13154

2011 8 LXYXCBL00C0547950

****** ****** ******

****** SEGURO P A G O

07/11/2017

0000000 1017000 0171109

DUT

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

N 01374694557 6
18896003495
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO
PRT 201701001064 29-6
1 0113439481 8 00/00000000
GLEBERSON RAIA COSTA
RUA PEDRO LEAO 21 CASA
CATOLE
58410133 CAMPINA GRANDE-PB
06290548433 DFJ3813/PB
ASIA MOTOS COMERCIO E SERVICOS D
NOVO PB LXYXCBL00C0547950
PAS CICLOMOTO/NAO APLIC ALCOOL
CICLOMOTOR/113154 2011 2012
PARTIC VERMELHO
SEM RESERVA DE DOMINIO
NOME DE : IESSEMBCADB
CAMPINA GRANDE-PB
9999999 09/11/2017
7000000

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: ***3180379436***

Nome do(a) Examinado(a): ***GLEBERSON RAIA COSTA***

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Pedro Leão, 21 - Catolé - Campina Grande - PB - CEP 58410-133

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***3133132***

Data e local do acidente: [***19/05/2018***] ***CAMPINA GRANDE***

Data e local do exame: [***22/11/2018***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

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

COM CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES

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 NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA NO DIA 05/05/2018. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

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

( ) "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):
PUNHO DIREITO
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio (X) 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA
CPF: 062.905.484-33

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/05/2018
Titular do CPF: GLEBERSON RAIA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

Outros

GLEBERSON RAIA COSTA : 062.905.484-33
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 01/08/2018 Nome: GLEBERSON RAIA COSTA CPF/CNPJ: 062.905.484-33	Data do cadastramento: 16/08/2018 Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES CPF: 149.018.967-09
GLEBERSON RAIA COSTA	JULIANA MARQUES RODRIGUES

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GLEBERSON RAIA COSTA

DATA DO ACIDENTE 19/05/2018 CPF DA VÍTIMA 062.505.484-33

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É GLEBERSON RAIA COSTA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA- PEDRO LEÃO

Nº 81 COMPLEMENTO BAIRRO CATOLE

CIDADE C. GRANDE UF PB CEP 58410 133

E-MAIL [illegible]@gmail.com TELEFONE (83) 993345632

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/07/2018

IDENTIDADE 3133132 SSP/PB

ASSINATURA [illegible]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 27/07/18 MATR. CORREIOS 8478276-9

NOME

ASSINATURA

Num. 36537640 - Pág. 89

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

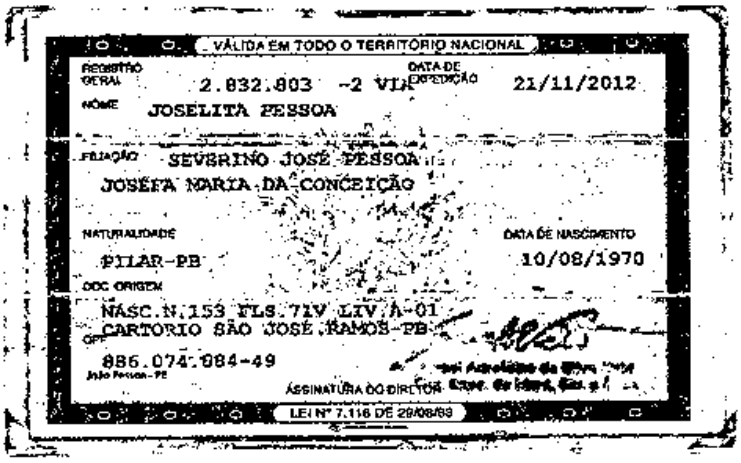
V-02

E-234

Joselita Pessoa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.832.803 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/11/2012

NOME JOSELITA PESSOA

FILIAÇÃO SEVERINO JOSÉ PESSOA

JOSÉFA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE PILAR-PB

DATA DE NASCIMENTO 10/08/1970

DOC ORIGEM

NASC.N.153 FLS.71V LIV A-01

CARTORIO SÃO JOSÉ DE RAMOS-PB

CPF 886.074.984-49

João Pessoa - PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladore **em medida extrema exceção,** autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros

Seguradora LIDER

Rua da Assembleia, 100 – 21° andar.
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualque. divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

Seguradora LIDER

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21° andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18

Número do Sinistro: 3180379436

Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018

CPF: 062.905.484-33 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** GLEBERSON RAIA COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59

Procuração

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 31/10/2018	Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: GLEBERSON RAIA COSTA	Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 062.905.484-33	CPF: 074.990.807-65
GLEBERSON RAIA COSTA	Karine Gomes de Lima

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de:	**GLEBERSON RAIA COSTA**
Nº Sinistro:	**3180379436**
Vítima:	**GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente:	**19/05/2018**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180379436.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0:9250/192h - carta_01 - INVALIDEZ

Carta nº 13275671

— ENVIO DE PROCURAÇÃO.

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GLEBERSON RAIA COSTA

DATA DO ACIDENTE 19/05/2018 CPF DA VÍTIMA 062.905.484-33

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PEDRO LEÃO

Nº 21 COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE Q. GRANDE UF PB CEP 58430-133

E-MAIL pablopadelha@gmail.com TELEFONE (83) 993345632

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24.10.2018

IDENTIDADE 3133132 SSP-PB

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 24.10.18 MATR. CORREIOS 84782269

NOME FRANCILENE P. ALVES

ASSINATURA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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 %	Em grau médio - 50 %	50%	R$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**62,5 %**	**R$ 8.437,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da flexo-extensao articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180379436 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO; TCE

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ LOCAL, SEM DEFORMIDADES. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 80 GRAUS) E EXTENSÃO DO PUNHO D (DEFICIT DE 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 19/05/2018, QUEDA; SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA PB, ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DO ESCAFOIDE. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MEDICAMENTOSO, FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da flexo-extensao articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

GADELHA VIANA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Procuracao

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE GLEBERSON RAIA COSTA - brasileiro, solteiro, Armazenista, inscrita no CPF sob nº 062.905.484 - 33 residente e domiciliado nesta cidade, na Rua Pedro Leão, nº. 21, Bairro Catolé CEP 58.410 – 133 Campina Grande – Paraíba Fone: (83) 99334.5632

OUTORGADOS: VERA LUCE DA SILVA VIANA OAB/PB 9967; PABLO GADELHA VIANA OAB/PB 15833, todos com endereço profissional na Rua: Frei Tito, nº 63, Bairro: Catolé, Campina Grande-PB, telefones 3063-6603, 99970-2149, 98893-9327, 99694-6898, e-mail: gadelhaviana@gmail.com

PODERES: para em conjunto ou isoladamente, representar a outorgante e defender seus interesses, perante qualquer Juiz, instância ou Tribunal, ou fora deles, com os poderes da clausula ad judicia, podendo propor as ações que julgar necessárias, apresentar defesas e recursos, impetrar medidas preventivas ou assecuratórias, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes e, ainda, usar de todos os meios admitidos em direito, para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Código de Processo Civil/2015 e art., 5º, §2º da Lei n.º 8.906, de 04 07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil) dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS:

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou NÃO) ser substabelecidos.

Finalidade: apresentar e conduzir procedimento administrativo junta a líder seguradora referente ao acidente automobilístico ocorrido no dia 19/05/2018, por volta das 11:00 horas da manha, em frente ao fórum Afonso Campos, bairro da liberdade, na cidade de Campina Grande - PB

Campina Grande – PB, dia 25 de Julho de 2018.

GLEBERSON RAIA COSTA

CPF 062.905.484 - 33

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325284600000034880514
Número do documento: 20111115325284600000034880514

Procuracao

PROCURAÇÃO

Outorgante: **GLEBERSON RAIA COSTA**, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão EMPREGADO, residente e domiciliado à Rua PEDRO LEAO, nº21 C, bairro CATOLÉ, Municipio de CAMPINA GRANDE, Estado de(o) PARAÍBA, Cep.: 58 410133, portador(a) do Rg nº3133132, SSP/PB e CPF nº 062.905.484-33.

Outorgado: **PABLO GADELHA VIANA**, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua FREI TITO, nº 63, bairro CATOLÉ Municipio de CAMPINA GRANDE, Estado de (o) PARAÍBA Cep.: 58 410 475, portador (a) do RG nº 2666658 SSP/PB e CPF nº 046.822.044-59.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) **GLEBERSON RAIA COSTA**, ocorrido em 19/05/2018, conforme o **processo administrativo de n.º 3180379436 na cobertura de invalidez**.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande – PB, dia 24 de outubro de 2018.

4º Tabelião Fechine

GLEBERSON RAIA COSTA
Outorgante
CPF Nº 062.905.484-33

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
Antonio Hamilton Fechine Dantas - Tabelião
Sarah da Silva Fechine - Tabelã
Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:
GLEBERSON RAIA COSTA
Em test.da verdade.-Campina Grande-PB 24/10/2018 10:32:59
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
F2018-025444 TRSL:R$ 19,48 FARPEN:R$ 0,28 FEPJ:R$ 1,90 ISS:R$
SELO DIGITAL: AHR59309-KACT
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Matheus de Paula A. de Queiroz
Escrevente
Rua Marquês do Herval, 58
(83)3321-3002
C. GRANDE-PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299959/18

Número do Sinistro: 3180379436

Vítima: GLEBERSON RAIA COSTA

Data do acidente: 19/05/2018

CPF: 062.905.484-33

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEBERSON RAIA COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

PABLO GADELHA VIANA : 046.822.044-59

Procuração

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 31/10/2018 Nome: GLEBERSON RAIA COSTA CPF: 062.905.484-33	Data do cadastramento: 31/10/2018 Nome: Karine Gomes de Lima CPF: 074.990.807-65
GLEBERSON RAIA COSTA	Karine Gomes de Lima

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Nº Sinistro: **3180379436**
Vitima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180379436.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01925/01926 - carta_01 - INVALIDEZ

00010963

Carta nº 13275671

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Sinistro: **3180379436**
Vítima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180379436** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00951/00952 - carta_02 - INVALIDEZ

00050476

Carta nº 13589344

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Sinistro: **3180379436**
Vítima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180379436** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00951/00952 - carta_02 - INVALIDEZ
00050476

Carta nº 13589344

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08079209720208150001

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 **GLEBERSON RAIA COSTA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:54
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325397800000034880517
Número do documento: 20111115325397800000034880517

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 4 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 15:32:54
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111115325397800000034880517
Número do documento: 20111115325397800000034880517