

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Nº Sinistro: **3180343707**
Vitima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Data do Acidente: **17/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180343707**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Pag. 00231/00232 - carta_03 - INVALIDEZ

00050116


A documentação deve ser entregue na **Sabermi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13195319

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



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Sinistro: 3180343707
Vítima: FLAVIO DANIEL NORBERTO
Data do Acidente: 17/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: WALKENEDY LIMA DE ARAUJO

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 **3180343707** 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



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Nº Sinistro: **3180343707**
Vitima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Data do Acidente: **17/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343707**.

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

Carta nº 13191706





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente feávio Dauel | Alojamento 10 | Leito | Convênio |

MOD. 63





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Folha de Tratamento e Evolução

Flávio Aguiar



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:28
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=2004172208263100000028819972>
Número do documento: 2004172208263100000028819972

Núm. 29971222 - Pág. 2



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

Diagnóstico

FRATURA DE
peito

Paciente) *Flor da C. 1000* Alojamento) Leito) Convênio)

ID: DESBONAMENTO /
GEMINAXTEA / g 11

CD: DESBONAMENTO
CETRIMAXONA
Micsson L. Marques
ORTOPEDISTA / UROLOGISTA
MEDICO ESPERITUAL
CRM - 010ET 7297
Rua: Pedro II, 479 - Pronto - Camboriú - SC



Nome do Paciente	P. Jannio Daniel		Nº Prontuário
Data da Operação	29/04/16	Enf.	Leito
Operador	Dr. João Paulo	1º Auxiliar	Dr. Jefferson
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Rétoanto congênito frat de Tíbia Distal.		
Tipo de Operação	Fratura externa		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato	S/IR		
Acidente Durante a Operação	N/OD		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1 Rota DDT	
2 Acesso + Anteoperatório	
3 Sutura operatória	
4 Redução imprecisa - fratura pat. com suspeita de Rétoanto congên.	
5 Fixação com fixação linear	
6 Drenagem de tecidos desvitalizados	
7 Visceras Reduzidas	
8 Sutura	

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CID-PB 9551

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Flávio Daniel Noberto Idade: 33 anos.
Convênio: SUS Data: 20-04-11
Procedimento: trat. Cirúrgico de Fratura de Tibia distal.

Observações:	
 <p>Dr. Lonaio Rodrigues Coira CRM-PE 0.151 CRM-PE 19210</p>	

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 103



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		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		1
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Flávio Daniel Noberto DN = 24102184</i> QI <i>Saúde 04</i> LEITE <i>SUS</i> CONVÉNIO <i>SUS</i> IDADE <i>33 anos</i> REGISTRO <i>1417659</i> CIRURGIA <i>Tratamento cirúrgico de</i> <i>fratura de clívia distal.</i> CIRURGÃO <i>Dr. João Paulo</i> ANESTESIA <i>Raque</i> ANESTESIA <i>Dr. Félix</i> INSTRUMENTADORA <i>2010412017</i> DATA <i>21:10</i> INÍCIO <i>22:00</i> FIM						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Calep. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>02</i>	Compressa Grande **		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>Q15</i>	Espadrado Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>Q5</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adul		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>02</i>	Lâmina de Bisturi n° 23 •		Prolene Serfix	
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	Lote: 080899 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX TBA/FEMUR T 300 - ESTÉRIL
	Dipirona amp.	<i>Q5</i>	Luvas <i>70 Pacco</i>		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	<i>Q2</i>	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebotortil amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	Fabric.: 24/01/2017 Val.: 01/2022 Registro ANVISA N°: 80083650031 Material: Aço Inox / Alumínio
	Geramicina amp.	<i>Q1</i>	Luvas 8.5 *			
	Glicose amp.	<i>Q5</i>	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakimp amp.	<i>Q5</i>	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>Q6</i>	Saco coletor <i>plástico</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	<i>Q2</i>	Seringa desc. 10 ml *		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	<i>Q1</i>	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	<i>Q2</i>	S.F. <i>pr lávaca</i>	
	Stuplanon amp.		Sonda folly	Qtd.		Lote: 081050 Código: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
<i>Q1</i>	<i>Bupi Peracol</i>		Sonda Uretral n°			
<i>Q1</i>	<i>Dimed</i>		Steridrem ml			
<i>Q1</i>	<i>pentoxim</i>		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	eléctrodes			
<i>Q1</i>	<i>Aguilha p/ raque n° 25</i>	<i>01</i>	<i>fixador Externo</i>			
<i>Q5</i>	<i>Álcool de Enfermagem</i>		<i>ola + M cirúrgica</i>			
	Álcool Iodado ml					
<i>Q2</i>	<i>Ataduras de Crepon</i> **					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metíleno amp.					
	Benzina ml					

Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
 Tel: (19) 3639-1400 - info@sartori.ind.br

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapiógrafo
- Foco Frontal *Fixo*
- Cardiomonitor
- Força *Resinigela da C. Quintans*
- Perfurador Elétrico
- Técnica de Enfermagem
- Cola + Salmao*
- CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



Ortopedia - Neurologia - Bucos

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com | Nº 2272
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

PEDIDO DE FATURAMENTO

PEBIDO DE FATO

HOSPITAS DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

FLAVIO PANIES NORBERTO

Nº DO PRONTUÁRIO

M9 AL H

SÓB. PROCESAMIENTO

◎ 人物

191 + 63 =

ERA TIBIA E XPOSTA DE TIBIA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
FIXADOR EXTERNO SARTORI		01	
Lote: 080899 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FÉMUR T 300 - ESTÉRIL			
Fabric.: 24/01/2017 Val.:01/2022 TM			
Registro ANVISA Nº:80083650031			
Material: Aço Inox / Alumínio			
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: (19) 3539-1400 - info@sartori.ind.br			
Lote: 081050 Código: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T			
Fabric.: 24/01/2017 Val.:01/2022 TM			
Registro ANVISA Nº:80083650026			
Material: Aço Inox			
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: (19) 3539-1400 - info@sartori.ind.br			

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

28 - 1

ELIXAROS EXTERNO SARTORI

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

EBÉCA





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Flávia Daniel

Folha de Tratamento e Evolução

24

9

Diagnóstico

FRATURA DE

RATURA DE _____
pelos filhos

Paciente)

Floris Daniel

Alojamento)

Leite

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/4	DIETA GERAL <i>Gesma</i>	05 06	EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	06 06	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	12 00	PELE SEM LESOES
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N	06 06	<i>Flebas seca</i> IMOBILIZACAO GESSADA
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	07	
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N	5N	EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	JELCO HEPARINIZADO		
	CCGG SSVV	06	CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO		VPM <i>20/4 p/ exacerba</i>
	<i>Ceftriaxone 1g cor 12/12h</i>	06	<i>angio</i>





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

Diagnóstico

FRATURA DE _____
pulos tubos

Paciente)	Flávia Daniel Eduardo Daniel	Alojamento)	502	Leito)	Convênio)
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
	DIETA GERAL		AM		EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	X	X		BOA PERCUSAO NOS MMSS E MMII
21/4	TILATIL 1 AM PM 12/12H	(32)	(24)		PELE SEM LESOES
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N		S/N		IMOBILIZACAO GESSADA
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	X			
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N	X	S/N		EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	JELCO HEPARINIZADO		AM		
	CCGG SSVV		AM		CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO		AM		VPM

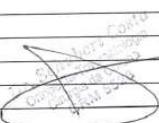
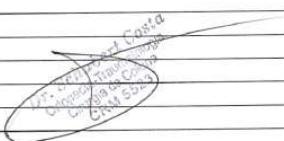




SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MOD. 035





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

FLAVIO DANIEL ~~OK~~ FRATURA DE pelos Tenses



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:28
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004172208263100000028819972>
Número do documento: 2004172208263100000028819972

Núm. 29971222 - Pág. 14



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	FLÁVIO DANIEL NORBERTO	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
			05/07/2014	Prezente na CARDIOLOGIA
			06/07/2014	Solicitada audição cardiológica não foi explicitada a motivação
			07/07/2014	O paciente foi encaminhado há 5 dias de flutuante na MTE.
			08/07/2014	Não há antecedentes de HAS, tab, dislipidemias ou coroaridespatas.
			09/07/2014	Nega náuseas na infância
			10/07/2014	AP: 100/70 mmHg
			11/07/2014	PCR: 10 mm Hg
			12/07/2014	ECG: 120/80 mm Hg
			13/07/2014	FE: 88
			14/07/2014	MVR: 4/6
			15/07/2014	ECG: não foi realizado
			16/07/2014	Ex) O paciente não apresenta qualquer evidência de cardiom patos e não tem limitações a qualquer procedimento cirúrgi
			17/07/2014	Dr. Guilherme Vargas Moreira CARDIOLOGISTA CRM 03699

MOD. 035





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

Folha de Tratamento e Evolução

Diagnóstico

FRATURA DE

TURA DE
José Pedro

• ARISTIDES JUAREZ N 10
ORTOPEDIA TRA JMATOLOGIA
CIRUGIA UMBRO E COTOLEO
CRM 681





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Flavio Daniel Nonbuto, 33 años

Alojamiento Expo

Ch 5 P

Leito

3

Diagnóstico

1x Pilaw Gibrat



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:31
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004172208289410000028819973>
Número do documento: 2004172208289410000028819973

Num. 20071223 Pág. 3





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

Diagnóstico

~~EXBASIS~~ ~~MINUS~~
Fx Pilis Tibial (C)
LEITO 10-03

LEITO 10-03

FOLHA DE TRATAMENTO E EVASÃO DICA

GILBERTO ANTONIO BASILIO DO REDE

Paciente	Plavio Daniel Werbunk, 33	Alojamento	10	Leito	3	Convênio	PR-OP OF
Data	1 DIETA LIVRE	Prescrição Médica	ste	Horário			Evolução Médica
28/04	2 JELCO SALINIZADO		ste				
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H		10	10/04		º DIH	#ORTOPEDIA
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h 5/N		SN				
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		SN				
	7 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO <i>ap. molitras.</i>		ste				
	8 SSVV+CCGG		ste				
9							
10							
11							
12							

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:31
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004172208289410000028819973>
Número do documento: 2004172208289410000028819973

Num. 20071233 Pág. 4

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/04/2020	19:30	320	80	140	100	100	Uve edema	100%



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO		PO - OK		
ALA ORTOPÉDICA		PILÃO-TIBIAL		
Paciente	FLAVIO DANIEL NOBERTO	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
29/4	1 - DIETA LIVRE			
	2 - JELCO SALINIZADO			
	4 - DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H			
	5 - TRAMAL 100mg + 5F0,9% 100ml EV 8/8h 5/N			
	6 - NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN			
	7 - OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM			
	8 - XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIA			
	9 - SSVV+CCGG			
	10 - Só deambular e prazeres.			
11				
12	Verif de <i>[Signature]</i> 06/04/2020 CRM PB 16367			
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

MOD. 035







Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	FLAVIO DANIEL NOBERTO, 33	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 10-3
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
30/04	1 DIETA LIVRE	13:00			
	2 JELCO SALINIZADO	13:00			
	4 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H	13:00			13° DIH #ORTOPEDIA
	5 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	13:00			B6, establoc, s/ queixas.
	6 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N	13:00			
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD-EV 8/8h SN	13:00			
	8 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM	13:00			
	9 XARELTO 10MG 1 CP VO 1X/DIA	13:00			
	10 CURATIVO 1X/DIA	13:00			
	11 SSVV+CCGG	13:00			
	12 Só deambular (4 molas).	13:00			
	13	13:00			
	14	13:00			
	15	13:00			
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				

MOD. 035







Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 10-3
01/05	1 DIETA LIVRE				Evolução Médica
	2 JELCO SALINIZADO				
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	18/18			75° DIH #ORTOPEDIA
	5 TRAMAL 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h 5N				PTG, estabil
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h 5N				sem queixas
	7 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM				
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIA				
	9 SSVV+CCGG				
10	Dermobul 4 mlets				
11	Yury da Paixão Amorim Ortopedista e Traumatólogo CRM/PE 0807				Dr. Julio Cesar Castro Ortopedista e Traumatólogo CRM/PE-9965
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

MOD. 035





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	FLAVIO DANIEL NOBERTO	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 10-3
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
02/05	1 DIETA LIVRE				
	2 JELCO SALINIZADO				
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	22 22 22 22		15° DIH	#ORTOPEDIA
	5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8h S/N				
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h S/N				
	7 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEJUM	22			
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO 1XDIA	22			
	9 SSV4+CCGG				
	10 Curatiro 1x dia.				
	11 Ceftriaxone 500mg dia + Amiodarona 100mg dia	22 22			
	12				
	13				
	14				
	15				
	16 Até Hospitalizar e orientar c/s				
	17 gerar c/s internos Ambulatório				
	18 pt nova intervenção cirúrgica.				
	19 ATB + Álcool pt 48h				
	20				
	21				
	22				

MOD. 035







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): FLAVIO DANIEL NOBERTO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000333719 RG: NÃO INFORMADO
Data: 27-04-2017 12:21 Origem: CLINICA NEURO-BUCO
Idade: 33 anos Destino: Leito - 01

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30''

Resultados anteriores: 18/04/17: 2'00'' |

[DATA DA COLETA: 27/04/2017 12:47]

Valores de Referência:

De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 7'30'' min

Resultados anteriores: 18/04/17: 6'00'' |

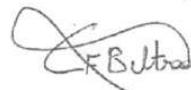
[DATA DA COLETA: 27/04/2017 12:47]

Valores de Referência:

De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White


Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 5409

Emissão : 27/04/2017 20:15 - Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722082894100000028819973>
Número do documento: 20041722082894100000028819973

Num. 29971223 - Pág. 14



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): FLAVIO DANIEL NOBERTO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000333719
RG: NÃO INFORMADO
Data: 27-04-2017 12:21
Origem: CLINICA NEURO-BUCO
Idade: 33 anos
Destino: Leito - 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 27/04/2017 12:45]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.12 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,1 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	77 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	26 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	7.500 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	300
Segmentados.....	65,0	4.875 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	75 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos		
Típicos.....	27,0	2.025 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	225 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	403.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Bionáutico
CRBM 5409

Emissão : 27/04/2017 20:15 - Página 1 de 2

Laboratório
Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:31
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722082894100000028819973
Número do documento: 20041722082894100000028819973

Num. 29971223 - Pág. 15



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): FLAVIO DANIEL NORBERTO
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000334354
RG: NÃO INFORMADO
Data: 29-04-2017 11:52 Origem: CLINICA ORTOPEDICA
Idade: 33 anos Destino: ENF 10 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 29/04/2017 12:16]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.5 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,3 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.700 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)	
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	291	
Segmentados.....	77,0	7.469	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	97	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	18,0	1.746	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monocitos.....	1,0	97	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	495.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³	

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.
Plaquetose confirmada.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:34
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722083156400000028819974
Número do documento: 20041722083156400000028819974

Num. 29971224 - Pág. 1

Emissão : 29/04/2017 12:18 - Página 1 de 1



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): **FLAVIO DANIEL** Protocolo: **0000331675** RG: **NÃO INFORMADO**
 Dr(a): **HALLISSON BARROS DE ALMEIDA** Data: **18-04-2017 11:40** Origem: **ÁREA AMARELA**
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **33 anos** Destino: **Leito - 10**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/04/2017 12:03]

Resultados **Valores de Referências**

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.56 milhões/mm³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	44 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	79 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	26 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	32 g/dL	32,9 à 38,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.100 /mm³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	364
Segmentados.....	73,0	6.643
Eosinófilos.....	2,0	182
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	20,0	1.820
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	1,0	91
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	190.000 mm³	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³ 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³ 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**


Ana Cássia Miguel Agra
 Biomédica
 CRBM 5411



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722083156400000028819974>
 Número do documento: 20041722083156400000028819974

Num. 29971224 - Pág. 2

Emissão : 18/04/2017 13:56 - Página 1 de 2



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): FLAVIO DANIEL
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000331675
Data: 18-04-2017 11:40
Idade: 33 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: ÁREA AMARELA
Destino: Leito - 10

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

[DATA DA COLETA: 18/04/2017 12:05]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 6'00'' min

[DATA DA COLETA: 18/04/2017 12:05]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 18/04/2017 13:56 - Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722083156400000028819974>
Número do documento: 20041722083156400000028819974

Num. 29971224 - Pág. 3



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

Ficha de Acolhimento

SAU

Nome:	Flávio Daniel Roberto	
End:	Araújo Araújo de Jaconcelos	
Data de Nascimento:	24.02.1984	Documento de Identificação:
Queixa:	At. metro	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Data do Atend.:	17.04.17	Hora: 19:10 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(<input type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto:	(<input type="checkbox"/>) Calmo	(<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	(<input type="checkbox"/>) Livre	(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas	(<input type="checkbox"/>) Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	(<input type="checkbox"/>) Normocorada	(<input type="checkbox"/>) Pálida	

Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722083156400000028819974>
Número do documento: 20041722083156400000028819974

Num. 29971224 - Pág. 5



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): FLAVIO ARAUJO DA CRUZ
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000332563
Data: 25-04-2017 12:36
Idade: 40 anos

RG: AMARELA 03
Origem: ÁREA AMARELA
Destino: Leito - 03

orlo

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 25/04/2017 13:01]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.60 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	91 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.400 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	128
Segmentados.....	59,0	3.776
Eosinófilos.....	3,0	192
Basófilos.....	0	0
Linfocitos.....		
Tipicos.....	31,0	1.984
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	5,0	320
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	183.000 mm ³	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³ 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³ 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

Emissão: 25/04/2017 14:27 - Página 2 de 3





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): FLAVIO ARAUJO DA CRUZ
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000332563
Data: 25-04-2017 12:36
Idade: 40 anos

RG: AMARELA 03
Origem: ÁREA AMARELA
Destino: Leito - 03

URÉIA

[DATA DA COLETA: 25/04/2017 13:02]

Resultado..... 13 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores: 22/04/17: 20 |

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 25/04/2017 13:02]

Resultado..... 0,9 mg/dl

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

Resultados anteriores: 22/04/17: 1,0 |

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WENNER

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

Emissão: 25/04/2017 14:27 - Página 1 de 3



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722083156400000028819974>
Número do documento: 20041722083156400000028819974

Num. 29971224 - Pág. 7



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): FLAVIO ARAUJO DA CRUZ
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000332563
Data: 25-04-2017 12:36
Idade: 40 anos

RG: AMARFLA 03
Origem: ÁREA AMARELA
Destino: Leito - 03

CLORO..... 104 mmol/l

Resultados anteriores: 22/04/17: 109 |

[DATA DA COLETA: 25/04/2017 13:02]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

IDEAL : 97 a 108 mmol/L

ALERTA: Menor que 90 mmol/L

Maior que 115 mmol/L

EXAME RELACIONADO: Iônograma, Gasometria, Na, K.

CALCIO IONIZADO OU LIVRE..... 1.17 mmol/l

[DATA DA COLETA: 25/04/2017 13:02]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

1.0 mmol/l a 1.3 mmol/l

SÓDIO..... 145 mmol/l

Resultados anteriores: 22/04/17: 150 |

[DATA DA COLETA: 25/04/2017 13:02]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:

Adulto.....: 132 a 148 mmol/l

Crianças.....: 134 a 148 mmol/l

Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTASSIO..... 3.8 mmol/l

Resultados anteriores: 22/04/17: 3.7 |

[DATA DA COLETA: 25/04/2017 13:02]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l

Crianças.....: 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor crítico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou

maior que 6.5 mmol/l

Valor crítico (recém-nascido): menor que 2.5 mmol/l

maior que 8.0 mmol/l


Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

Emissão : 25/04/2017 14:27 - Página 3 de 3



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722083156400000028819974>
Número do documento: 20041722083156400000028819974

Num. 29971224 - Pág. 8



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM 21.04.2017						
NOOME: <i>Flávio Daniel Noberto</i>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h				
IDADE: 33	SETOR: <i>Ortopedia</i>	LEITO: <i>JO</i>				
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Fratura Plâto tibial IPO</i>						
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTEALINHA: (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>AO diagnóstico</i>					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>Proced. incisão</i>					
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <i>5IC</i>				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <i>se prejudicada</i>					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> Renata Kelly Pereira <i>Spazio</i>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> ENFERMEIRA <i>Spazio</i>	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> COEN-PB 500.319	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
<input type="checkbox"/> COR	FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL						
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<i>08</i>	<i>AD</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 ADL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.						
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).						
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.						
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.						
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.						
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			<i>mit/n</i>	<i>AD</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<i>sempre</i>	<i>AD</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA JIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			<i>11</i>	<i>AD</i>		

MOD 125



RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
21/01	8:20 30/80 20:00 130/90		-	-	-	-	-		<i>Carina P. Braga 203.987</i>
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA								





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES22/04/17
12:35

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Flávio Daniel Nobre		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		DATA DE NASCIMENTO: / /		às : h	
IDADE: 33		SETOR: Análise		LEITO: 6			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Rx plôto filid							
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:							
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:							
DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:							
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL:							
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>		BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (RESE)		NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:		DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>		DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
ESTADO GAS. RÓNTÉATINAL: (DIETA)		VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>		RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:		NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:		PA:	T:	FR:	FC:	PESO:	

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>notologia</i>
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>procedimento, in urina</i>
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <i>notologia</i>
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: <i>notologia</i>
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
<input type="checkbox"/>	CD/FR:
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	

Emanuelle Nobre S. de Freitas (CRM 499954)

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL *entregue*

FR: FATOR RELACIONADO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	08 20	<i>+</i>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<i>contínuo</i>	<i>8</i>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<i>contínuo</i>	<i>0</i>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	<i>contínuo</i>	<i>0</i>
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA IPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<i>contínuo</i>	<i>0</i>

MOD 125







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM								
NOOME: Flávio Daniel Roberto	IDADE: 33g	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /		às : h			
SETOR: Amarela	LEITO:							
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ft. plato tiveral								
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>					
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>					
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>		BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>			
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>					
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>			
SIST. GAS. RONENTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>					
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>		CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM								
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>patologia</i>							
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:							
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>proc. invariável</i>							
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:							
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:							
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:							
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:							
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:							
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:							
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:							
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:							
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:							
<input type="checkbox"/>	CD/FR:							
<input type="checkbox"/>	CD/FR:							
<input type="checkbox"/>	CD/FR:							
<i>Assinatura de Fernando Góes</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA							
<i>Assinatura de Fernanda Góes</i>	FR: FATOR RELACIONADO							
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL								
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				APRAZAMENTO	ASSINATURA			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	08		20	<i>g</i>				
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.								
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.								
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.								
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).								
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.								
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.								
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.								
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).								
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.								
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE								

MDR 125







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				20104157
NOME: Flávia Brasil Nordeste		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /	às : h
IDADE: 33		SETOR: LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTRIZ <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. RÓINTERATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITais:	PA:	T:	FR:	FC:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>pele incha</i>			
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<i>Brigida E. da C. de Lima</i> ENFERMEIRA	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
<i>Assinatura do Enfermeiro Responsável</i>	FR: FATOR RELACIONADO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	<i>82/821</i>	<i>BL</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.				
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 1L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<i>Port. E-mail</i>	<i>BL</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.				
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA JIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<i>Covert.</i>	<i>BL</i>		

MOD 125



RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
24/01/17	10:00	130/90	-	-	-	-	-	Pac. AG - ecrugem Realizado exame quals. Med - CRM.	Jo Soares Pepeira Fachada Enfermagem 05/02/2017
20/02/17	130/90								
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA									
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA									





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				às 09:30 h
NOOME: Flávio Daniel	IDADE: 33g	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /	
SETOR: ort	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. RONENTEAL:	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
(DIETA)				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:
				PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:	MIF prejuicado		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:	Pele rompida		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:	Patologias em 111e		
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:	Restrito no leito
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	CD/FR:			
<i>Jonaina Vasconcelos Porto</i> ENFERMEIRA CORPO: PB 425.507	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
	FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		08/20	<i>JL</i>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.				
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		MITIN	<i>JL</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		Sempre	<i>JL</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA UNPE E ÀS REPORTEIS DO PACIENTE		Sempre	<i>JL</i>	

NDR 135



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
25/04/20	16h	120/80							Emanuelle Silva de Lima TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-PB 959.114
25/04/20	2000	120/80							Emanuelle Silva de Lima TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-PB 959.114
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA									
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA									



out

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM							
NOME: <i>Flávio Daniel</i>	20/04						
IDADE: 33	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: / /	às 10:30 h				
SETOR: <i>Amarela</i>	LEITO:						
DIAGNÓSTICO MÉDICO:							
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>			
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>			
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEIT <input type="checkbox"/>			
SIST. GAS. RONENTEATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM							
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>pote deficiente</i>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>prec. inox</i>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:						
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <i>SIC</i>					
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA						
<input type="checkbox"/>	FR: FATOR RELACIONADO						
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			08/20	<i>jk</i>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.							
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.							
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.							
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).							
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.							
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.							
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.							
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			<i>Sempre</i>	<i>jk</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<i>continuo</i>	<i>jk</i>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			<i>Sempre</i>				
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA UPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.							

MOD 125







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

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:41
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722083936300000028821032
Número do documento: 20041722083936300000028821032

Num. 29971232 - Pág. 3



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM							
NOME: <i>Flávia Daniel matins</i>							
IDADE: 33	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:		/ /	às : h		
SETOR:	LEITO: <i>(10)</i>						
DIAGNÓSTICO MÉDICO:							
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:				
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:				
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>			
DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>					
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>			
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>				
ST. GAS. RÓINTERINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			
DADOS VITais:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM							
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>Foz nro de medicamento</i>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>Pele rompida</i>						
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:					
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:						
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <i>relato verbal</i>					
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA						CD/FR:	
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA						CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/>	CD/FR:						
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA							
<i>Alex Gonçalves matins Caren 512403</i>						FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	10 22		<i>Assinatura da Sib. TEC DE ENFERMAGEM - COMUNICAR 08/07/2020</i>				
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.							
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.							
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 6L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.							
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RÚDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).							
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.							
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º.							
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.							
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	M, T N						
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	Sem Pre						
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA FONDEPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	continuo						

MOD 125



Nova mensagem Excluir Arquivar Lixo Eletrônico Mover para ... ↑ ↓ ×

Pastas

- Caixa de Entrada 205
- Lixo Eletrônico 5
- Rascunhos 3
- Itens Enviados
- Itens Excluídos
- Arquivo Morto
- Anotações
- Conversation His...
- Correios
- Escritório
- Pendencias
- Singular
- SINGULAR And. P...
- telefones
- União
- Nova pasta

Grupos

- Novo grupo

ABSURDO - Pendencias

P Paulo Leite - Singular DPVAT <pauloleite@singulardpvat.com.br>
Qui, 09/08/2018 21:23
Para: Lima Oliveira
Cc: SINGULAR DPVAT - Atendimento

Prezado Kennedy, bom dia.

Compreendemos perfeitamente sua indignação o que, aliás, tem sido generalizada em todo o Brasil. Infelizmente, e isso você deixou bem claro no email, essas solicitações partiram do próprio consórcio, através das seguradoras que o compõe, não nos restando outra coisa a fazer senão deixá-lo informado sobre as mesmas e enviando as pendências, à medida que você nos envia.

Iremos verificar o que houve com essa devolução a que você se refere.

Sds,

 **Paulo Leite**
pauloleite@singulardpvat.com.br
(48) 99985-1933
Rua Trajano, 265 sala 705 - Centro - Florianópolis
CEP: 88.010-010 - Fones: (48) 3065 0770

LO Lima Oliveira
Qui, 09/08/2018 14:54
Para: SINGULAR DPVAT - Atendimento; 'Paulo Leite - Singular DPVAT' 

Caros Amigos,

Boa tarde!

A Seguradora Líder, através de seus analistas, consegue se superar a cada processo. Todos os nossos últimos processos foram pendenciados, apesar da vasta documentação apresentada. Apesar de ter passado pelo crivo, pela análise da Singular.

Cinco processos faltando páginas de BO, isso simplesmente não existe. Isso passou pelo crivo da Singular, e evidentemente esses BOs estão completos. Trata-se claramente de uma tentativa de protelar o processo até a desistência. Como explicar isso ao cliente?

Vários processos com documentação hospitalar completa sendo pendenciado para complementação dessa documentação, absurdo! Ressonância magnética, tomografia computadorizada, esses caras pensam que estão em que país? Se tem dúvida, solicita perícia!

Comprovante de residência inconclusivo, e o cliente recebe a correspondência da Líder, como pode?

É com indignação que vos envio este email!

Aproveito para reiterar o pedido de devolução do processo de Lorena Oliveira de Almeida Barbosa.

Certos da sua compreensão, fica nosso protesto da mais alta estima e consideração.

atenciosamente,

Kennedy Lima



PAGAMENTO DE PROCESSO

C

controle@**Singulardpvat**.com.br

Ter, 07/08/2018 10:01

Você ▾

↶ ↷ → ...

Prezado parceiro: **DR KENNEDY LIMA - PB**

Informamos abaixo a movimentação do processos durante o dia 07/Aug/2018, ficamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Situação: Movimentação de Processo

FLAVIO DANIEL NORBERTO	24986	3180343707	027297318	(ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A) INDICOU QUE OS SEGUINTE DOCUMENTOS ESTÃO PENDENTES: FLAVIO DANIEL NORBERTO • AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (NÃO CONCLUSIVO) - ENDERECO INFORMADO NA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO NÃO CONFERE COM COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA OBSERVAÇÕES: ENDEREÇO INFORMADO NA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO NÃO CONFERE COM COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	

Entre em nosso site www.Singulardpvat.com.br e acesse DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código do processo e a data de nascimento da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



Excluir Arquivar Lixo Eletrônico Mover para ...

Processo de DPVAT - Andamento



controle@**Singular**dpvat.com.br

Ter, 07/08/2018 10:01

Você ▾



Prezado parceiro: **DR KENNEDY LIMA - PB**

Informamos abaixo a movimentação do processos durante o dia 07/Aug/2018, ficamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Situação: Status do processo alterado

FLAVIO DANIEL NORBERTO		24986	3180343707	027297318	STATUS DO PROCESSO ALTERADO PARA: PROCESSO COM RESTRIÇÃO

Entre em nosso site www.Singulardpvat.com.br e acesse DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código do processo e a data de nascimento da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



Nova mensagem Excluir Arquivar Lixo Eletrônico Mover para ... ↑ ↓ ×

Pastas

Caixa de Entr... 205 Lixo Eletrônico 5 Rascunhos 3 Itens Enviados Itens Excluídos Arquivo Morto Anotações Conversation His... Correios Escritório Pendencias Singular SINGULAR And. P... telefones União Nova pasta

Processo de DPVAT - Andamento

controle@[Singulardpvat.com.br](http://www.Singulardpvat.com.br)
Qui, 23/08/2018 14:01
Você ▾

Prezado parceiro: DR KENNEDY LIMA - PB

Informamos abaixo a movimentação do processo durante o dia 23/Aug/2018, ficamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Situação: PROCESSO REABERTO - ENVIADO PARA SEGURADORA LIDER:

FLAVIO DANIEL NORBERTO		24986	3180343707	027297318	

Entre em nosso site www.Singulardpvat.com.br e acesse DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código do processo e a data de nascimento da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB
(Contingência)

BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/09/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
07/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
07/08/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



[Nova Consulta](#)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez
Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos
Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB (Contingência)

BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/09/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
07/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
07/08/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



[Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT](#)



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722084196800000028821025>
 Número do documento: 20041722084196800000028821025

Num. 29971225 - Pág. 6

SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO

COBERTURA **Invalidez**

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB (Contingência)

BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00



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

1009236169

Nome: FLÁVIO DANIEL NORBERTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. BANCO: 3146786 SSP PB

CR: 056.949.184-36 DATA NASCIMENTO: 24/02/1984

Maçã: FRANCISCO DANIEL NORBERTO
MARIA DE FÁTIMA NORBERTO

Nome: MAMÃO ACC CALMAS: 2B

Nº. RENAVAM: 06941452646 VENCIMENTO: 03/12/2018 1ª HABILITAÇÃO: 08/04/2014

OBSERVAÇÕES: G ; M ;

Assinatura: *Flávio Daniel Norberto*

LEGITIMIDADE DO PORTADOR:

Local: CAMPINA GRANDE, PB DATA: 15/04/2015

Assinatura: *AB* Número: 80563055018
PB030527406

DETRAN-PB (PIRABÁ)

1009236169

Plástico





Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004172208449900000028821033>
Número do documento: 2004172208449900000028821033

Num. 29971233 - Pág. 2

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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00205.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 17/04/2017

Hora: 18:09:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Francisco Lopes de Almeida, Santa Cruz, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA
Nome: Flávio Daniel Norberto

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria de Fátima Norberto e Francisco Daniel Norberto

Idade: 33

Data de Nascimento: 24/02/1984

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Santa Luzia

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Servidor Público Municipal

Documentos(s) de Identificação: CPF nº null

Endereço: Rua Amauri Araújo de Vasconcelos, Três Irmãs, Campina Grande, PB

Complemento: Res. Major Vezeniano IV, Bloco, 02 APTº103

Telefone: (83) 98843-6281

TESTEMUNHA
Nome: Ravel da Silva Maia

Conhecido por: Não informado

Filiação: Marinalva da Silva Maia e Raimundo da Silva Maia

Idade: 33

Data de Nascimento: 10/05/1984

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Frentista

Documentos(s) de Identificação: RG nº 2957103 SSP/PB

Endereço: Rua- Belém, 100, Três Irmãs, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98896-8582



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

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

TESTEMUNHA

Nome: Rayla da Silva Maya
Conhecido por: Não informado
Filiação: Marinalva da Silva Maia e Raimundo da Silva Maia
Idade: 26 **Data de Nascimento:** 17/03/1991 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Op. de Tg
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 015.976.424-60
Endereço: Rua-belém, 100, Três Irmãs, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98621-9244



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo BIZ 125 EX, tipo de veículo motoneta, cor Cinza, ano 2012, placa MOW-2862, chassi 9C2JC4830CR010736, renavam 0045199621-6

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 EX, Ano/Modelo 2012/2012, cor cinza, Placa MOW-2862-PB, Chassi de Nº 9C2JC4830CR010736, licenciada em nome de Ravel da Silva maia, quando trafegava na rua Francisco Lopes de Almeida, bairro Santa Cruz, momento em que um animal atravessou correndo a via, tendo colidido contra o citado animal, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Pilão Tibial na perna esquerda, conforme prontuário em anexo, 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.

Campina Grande/PB, 07 de julho de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

FLAVIO DANIEL NORBERTO

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Policia





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



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Flávio Daniel Norberto, vítima de acidente de trânsito no dia 17 de Abril de 2017, aproximadamente às 18hs09min, End: R. Francisco Lopes de Almeida – Santa Cruz, sendo o paciente atendido e removido ao Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 06 de Julho de 2017.

Loyane Figueiredo Cavalcanti
COORD. ENFERMAGEM SAMU 192
COREN 287291

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB		Nº 013027417486	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PRÉ-REGISTRO 20170000047267	
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0045199621-6	00/0000000	2017
NOME			
RAVEL DA SILVA MAIA			
OPF / CNPJ	PLACA		
05188886499	MOM2862/PB		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2JC4830CR010736		
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 EX		2012	2012
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 B/124 /CI	PARTIC	CINZA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
		00/00/0000	1 ^o
FAIXA I.P.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
***** 0		2 ^o 3 ^o	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
*****		SEGURO	PAGO
OBSERVAÇÕES		DATA DE PAGAMENTO	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		21/02/2017	
CAMPINA GRANDE PB		0	
33375		21/02/2017	
		33880	
EXPIRAÇÃO			
21/02/2017			
CAMPINA GRANDE PB			
33375			
33880			
DENATRAN			
CONTRAN			

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

PB Nº 013027417486 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	OPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	05188886499	MOM2862/PB	2017	21/02/2017
RENAVAM	MARA / MODELO			
004519962	6 HONDA/BIZ 125 EX			
ANO FAB.	CAT TARIF.	NP CHASSI		
2012	9	9C2JC4830CR010736		
PRÉMIO TARIFÁRIO				
*****	DETRAN (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
*****		SEGURO	PAGO	
S PAGAMENTO		PARCELADO		21/02/2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT				
CNPJ 09.248.603/0001-04				
33880-0923366-20170221				



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raquel da Silva Maia

Portador do CPF 051.888.864-99, e RG 2952103 SSP/PB

Residente e domiciliado Rua Belém, 100

Bairro SANTA CRUZ, na cidade CAMPINA GRANDE, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade e que na data do acidente ocorrido encontrava-se com a vítima Flávio Daniel Norberto, cujo o condutor era Flávio Daniel Norberto

VEÍCULO	MOTOCICLETA
ANO FAB/MOD.	2012/2012
MARCA/MOD.	HONDA BIZ 125 EX
PLACA	MOW 2862 PB
CHASSI	9C2JC4830CR 010736
DATA DO ACIDENTE	17/04/2017

*CARTÓRIO DE
CAMPINA GRANDE - PB*

Raquel da Silva Maia

Assinatura do Declarante

Flávio Daniel Norberto

Assinatura do Condutor

Reconhecer firma por AUTÊNCIA

Selo digital: AHA13775 - BNW9
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

7º TABELIONATO DE NOTAS
Dr. Valterluciana Almeida De Moraes
TABELIÃO TITULAR
Ofício de Notas - Serviços Notarial
Rua Major Manoel Juvenio do O, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
7caroriodenota@gmail.com
 Tabeliã: Valterluciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de Raquel da Silva
Maia
como Autêntica Semelhante
Dou fé, Campina Grande, 9/11/2018
Tabeliã (Valterluciana Almeida De Moraes)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ravel da Silva Maia

Portador do CPF 051 888 864-99, e RG _____

Residente e domiciliado _____

Bairro _____, na cidade _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade e que na data do acidente ocorrido encontrava-se com a vítima Flávio Daniel Norberto, cujo o condutor era Flávio Daniel Norberto

VEÍCULO	<u>MOTOCICLETA</u>
ANO FAB/MOD.	<u>2012/2012</u>
MARCA/MOD.	<u>HONDA BIZ 125 EX</u>
PLACA	<u>MOW 2862 PB</u>
CHASSI	<u>9C2JC4830CR 010 736</u>
DATA DO ACIDENTE	<u>17/04/2014</u>



Ravel da Silva Maia

Assinatura do Declarante

Flávio Daniel Norberto

Assinatura do Condutor

RECONHECER POR AUTENTICIDADE



8º Ofício de Notas - Serviço Notarial
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Campina Grande - PB - Cep 58400-067
Fone: (83) 3341.6065 - E-mail: cartorio8cge@hotmail.com

Tabelião - Pedro Oliveira de Lucena

OFÍCIO E NOTAS

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de

como: Autêntica Semelhante

Dou fé, Campina Grande, 17/04/2014

Pedro O. de Lucena

NOTÁRIO

CAMPINA GRANDE - PB

Tabelião/Escrivane/Auxiliar

SELO DIGITAL: JFFY2497-FR31

Consulte a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL 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

056.949.184-36

Nome completo da vítima

FLAVIO DANIEL NORBERTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	FLAVIO DANIEL NORBERTO	CPF titular da conta	056.949.184-36	Profissão	FUNCIONÁRIO PÚBLICO
Endereco	RUA AMAURI ARAUJO DE JASCONCELOS	Número	S/N	Complemento	BLOQ APTO 103
Bairro	TRÊS IRMÃS	Cidade	CAMPINA GRANDE	Estado	PB
Email		CEP	58.424-715	Telefone (DDD)	83 993 82-1646

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	OP. 013	CONTA NRO.	D/V
0041		00320703	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Nome	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

CAMPINA GRANDE, 16 de AGOSTO de 2018

Local e Data

PARAÍBA

Flávio Daniel Norberto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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

Receituário Simples

Flávio Daniel

Indoligador
Tipo Bate
at SCD

MOD. 001

Dr. Ademir Costa Wanderley
CRM-PB. 2353
ORTOPEDIA-TRAMATOLÓGIA
MEDICO TRABALHO
PAC. 02222315

5,6/20

Data

Médico



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722085131600000028821037>
Número do documento: 20041722085131600000028821037

Num. 29971237 - Pág. 1

ORTOPEDIA SCD

SCD IND.COM DE APARELHOS ORTOPEDICOS LTD
RUA LINO GOMES DA SILVA,218 SAO JOSE
CEP:58400-360 (83)3322-2099 C.GRANDE-PB
CNPJ: 10.852.945/0001-95
IE : 160415730
IM : 0222885

14/06/2017 15:39:39 CCF:007448 C00:012491

CUPOM FISCAL

ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD. UN. VL UNIT RS ST VL ITEM RS

1 1390 90211010 BOTA IMOBILIZADORA ALTA -ORTOCENTER
1 UN X 180,00 N1 180,00
desconto item 1 -10,00

TOTAL R\$ 170,00

Cartao POS 170,00

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADAO

TORPEDO PREMIADO:

160415730 14062017 012491 17000

Trib Aprox RS: Fed 7,14 Est 30,60 F.: IBPT H4T2P7

Operador: 253 JORRA

MD-5:ED1AEFFB8AB4AC14FF03359859080D030

Sistema Comercial Geracao 5

AB2BAA A14A4D 30EB4D EC34AE 3CBE2A 35C322
EPSON TM-T81 FBII
ECF-IF VERSAO:01,10,00 ECF:001
14/06/2017 15:40:12
FAB:EP040910000000014375

OPEDIA SCD

APARELHOS ORTOPEDICOS LTD
IES DA SILVA,218 SAO JOSE
(83)3322-2099 C.GRANDE-PB

I-35

BR

0222885

14/06/2017 15:39:39 CCF:007448 C00:012491

CUPOM FISCAL

ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD. UN. VL UNIT RS ST VL ITEM RS

1 1390 90211010 BOTA IMOBILIZADORA ALTA -ORTOCENTER
1 UN X 180,00 N1 180,00
desconto item 1 -10,00

TOTAL R\$ 170,00

Cartao POS 170,00

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADAO

TORPEDO PREMIADO:

160415730 14062017 012491 17000

Trib Aprox RS: Fed 7,14 Est 30,60 F.: IBPT H4T2P7

Operador: 253 JORRA

MD-5:ED1AEFFB8AB4AC14FF03359859080D030

Sistema Comercial Geracao 5

AB2BAA A14A4D 30EB4D EC34AE 3CBE2A 35C322
EPSON TM-T81 FBII
ECF-IF VERSAO:01,10,00 ECF:001
14/06/2017 15:40:12
FAB:EP040910000000014375



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

Receituário Simples

Flávio Daniel Nobre

Ap uso oral

① Lorazepam 60 mg — 01 cx
Tomar 01 sp 3/3h
durante 5 dias.

② Xanax 10 mg — 01 cx
Tomar 01 comprimido
por dia, durante
10 dias.

MOD. 001

03/05/12

Médico

HP



DROGARIA DROGAVISTA LTD. CNPJ:00.958.548/0015-44
RUA NATAL, 6, TRES IRMAS, Campina Grande, PB
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletônica

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UN	VL. TOTAL
0789106007030	XARELTO 10ML CX 10 COMP	1	UND	94,63	94,63
07897411610941	LOXONIN 60MG 15CP	1	UND	26,89	26,89
07896230306286	ALCOOL 70% 30ML	1	UND	5,24	5,24
0789108612040	COMP GAZE ESTERIL REDEPHARMA 1UND	1	UND	1,06	1,06
	TOTAL DE ITENS				4
	R\$				
					-29,04
	PAGAR R\$				106,14
	de Crédito				106,14

EMISSÃO NORMAL
52486 Série:11
03/05/2017 15:48:15 - Via do Consumidor
e pela chave de Acesso em
www.tjpb.jus.br/atf/seg/SEGf_Aces
sarFuncionario.jsp?cFuncao=FIS_1410
2517 0508 9585 4800 1544 010 1800 0524 8612 0241 8806
Protocolo de Autorização: 325170092985084
Data de autorização: 03/05/2017 15:48:18
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MDS: C4657508CA18C2D901F2DB8E1A19888E
PY0000043203
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADÃ
TORPEDO PREMIADO:
30121899 000000 10614
Trib aprox R\$ 14,67 Fed e 6,28 Est e 0,00 Mun F
onfe: IBPT H4T2P7
VOCE ECONOMIZOU:: R\$ 29,04
Balc: 640 N.Controle:79855
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei
Federal 12.741/2012): R\$ 20,95



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722085131600000028821037>
Número do documento: 20041722085131600000028821037

Num. 29971237 - Pág. 4



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Paciente: Flávio Daniel
Endereço: _____
Prescrição: RH

Assinatura e Carimbo do Médico
Noberto

Uso oral

Data: 03 / 05 / 20 17

Assinatura do Médico
RP

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident: _____ Órg. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ / _____ / _____

MOD 083



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041722085131600000028821037>
Número do documento: 20041722085131600000028821037

Num. 29971237 - Pág. 5

GOMES DE PAULA E MEDEIROS LTDA ME
CNPJ: 23839349000117 IE: 162659970
AV JUSCELINO KUBITSCHKE, 150 - PRESIDENTE MEDICE -
CAMPINA GRANDE - PB - 58417-730

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletrônica para Consumidor Final
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

[CÓD]	[DESC]	[QTD]	[UN]	[VL UN]	[RS\$]	[VL ITEM RS\$]
001	000000009871	CIPROFLOXACINO	500 MG	C/14-GET		
	2,0000	CX	X	20,00	40,00	
002	000000012834	ASSEPTCARE PV	SPRAY	100 ML-NE		
QUÍMICA						
	1,0000	FR	X	11,50	11,50	
Descrição						-1,50
Valor Líquido						10,00
003	000000000971	SORO FISIOLOGICO	500 ML	-P03		
	1,0000	TB	X	4,00	4,00	
004	00000007434	ESPARADRAPO	12/4,5 PEQ	CREMER		
	1,0000	CX	X	4,00	4,00	
005	000000012419	LUVA PROCD	HIPOAlergica	LEMGR		
50						
	1,0000	UN	X	25,00	25,00	
QTD. TOTAL DE ITENS						005
VALOR TOTAL RS\$						83,00
FORMA DE PAGAMENTO						Valor Pago
Dinheiro						83,00

ÁREA DE MENSAGEM DE INTERESSE DO CONTRIBUINTE
"Val Aprox Tributos R\$ 15.04(18.12%) Fonte: IBPT // /"

**CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO**

ÁREA DE MENSAGEM FISCAL
Número 000002888 - Série 001
Emissão 03/05/2017 19:56:11 - Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>
CHAVE DE ACESSO

Consulta via leitor de QR Code



Brasão de Autorização

Brojsto 1



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 17/04/2020 22:08:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004172208521240000028821038>
Número do documento: 2004172208521240000028821038

Núm. 29971238 - Pág. 1

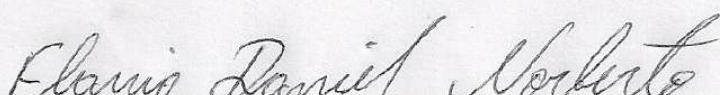
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **FLAVIO DANIEL NOBERTO**, brasileiro, casado, Funcionário Público Municipal, inscrito no CPF/MF sob N.º 056.949.184-36 e Registro Geral sob o N.º 3.146.786 SSP/PB, residente e domiciliado à Rua Amauri Araújo de Vasconcelos, s/n, Cond. Major Veneziano IV, BL 02, Apto 103, Bairro Três Irmãs, Campina Grande/PB, CEP 58.424-715

OUTORGADOS: **ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR**, inscrita na OAB-PB sob o n.º 20.721, e **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**, inscrito na OAB-PB sob o n.º 11.721E, ambos com escritório profissional à rua Estácio Tavares Wanderley, nº 400, sala – 308, Centro Jurídico Min. Rafael Mayer, Campina Grande-PB Email: anadefensor@hotmail.com. Tel (83) 987809410 / (83) 996448511

PODERES: Para o foro em geral, a fim de que possa os Outorgados representar e defender os interesses e direitos do Outorgante em qualquer juízo, instância ou tribunal, inclusive assinando autorização de pagamento/crédito e outros documentos necessários ao cumprimento deste mandato, podendo, ainda, para tanto, assinar, isolada ou conjuntamente, onde com este se apresentar, e defender o Outorgante em qualquer ação em que seja autor, réu, assistente, oponente ou de qualquer modo interessado, podendo, outrossim, elaborar e assinar documentos e requerimentos, propor ações e delas variar ou desistir, contestar, firmar acordos, embargar, firmar compromisso, discordar, receber e dar quitação, prestar caução real ou fidejussória, produzir provas e justificações, recorrer de qualquer despacho ou sentença, requerer falência ou concordata, requerer os benefícios da justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiencia econômica, em conformidade com a norma do artigo 105 de CPC/2015, bem como, ainda, substabelecer com ou sem reserva de poderes, acompanhando o processo em todos os termos até final sentença, podendo finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Campina Grande-PB, 17 de abril de 2020



FLAVIO DANIEL NOBERTO

Outorgante





Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível de Campina Grande

0807462-80.2020.8.15.0001

AUTOR: FLAVIO DANIEL NORBERTO

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico que consultando os sistemas STI, PJE e E-Jus, **constatei que inexiste ação envolvendo as mesmas partes**, contudo, envolvendo somente a parte autora no polo ativo de outra demanda, localizei o(s) seguinte(s) processo(s):

0807462-80.2020.8.15.0001 - Tribunal de Justiça da Paraíba

https://pje.tjpb.jus.br/pje/ng2/dev.seam#/painel-usuario-interno

IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS

Nome da Parte	Processo	Características	Órgão julgador	Autuado em	Classe judicial	Polo ativo	Polo passivo	Nº(s) atual(is)	Última movimentação
	0807462-80.2020.8.15.0001	1ª Vara Cível de Campina Grande	17/04/2020	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL	FLAVIO DANIEL NORBERTO	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.		VISUALIZAR	Distribuído por sorteio
	0821672-51.2017.8.15.0001	1ª Vara de Fazenda Pública de Campina Grande	19/12/2017	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL	FLAVIO DANIEL NORBERTO	MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE		VISUALIZAR	Provimento em auditagem
	0813673-40.2017.8.15.0001	4ª Vara Cível de Campina Grande	04/08/2017	CUMPRIMENTO DE SENTENÇA	FLAVIO DANIEL NORBERTO	YMPACTUS COMERCIAL LTDA.		VISUALIZAR	Concluídos para despacho
	0813376-33.2017.8.15.0001	1º Juizado Especial Cível de Campina Grande	01/08/2017	CUMPRIMENTO DE SENTENÇA	FLAVIO DANIEL NORBERTO	YMPACTUS COMERCIAL LTDA.		VISUALIZAR	Arquivado Definitivamente
	0803086-27.2015.8.15.0001	2º Juizado Especial Cível de Campina Grande	14/07/2015	PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL	FLAVIO DANIEL NORBERTO	CLARO S/A e outros (1)		VISUALIZAR	Arquivado Definitivamente

O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande-PB, 22 de abril de 2020

IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS



Assinado eletronicamente por: IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS - 22/04/2020 12:12:36
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042212123569400000028895373
Número do documento: 20042212123569400000028895373

Num. 30054814 - Pág. 1

Técnica Judiciário



Assinado eletronicamente por: IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS - 22/04/2020 12:12:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042212123569400000028895373>
Número do documento: 20042212123569400000028895373

Num. 30054814 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível de Campina Grande**

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone: (83)3310-2439

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Processo nº 0807462-80.2020.8.15.0001

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).

Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Intime-se a parte autora para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a inicial fazendo juntar aos autos documento que comprove o **prévio requerimento administrativo do seguro pleiteado** realizado há mais de 30 (trinta) dias (§1º do Art. 5º da Lei 6.194/1974), sob pena de indeferimento da petição inicial.

Apenas se juntado tal documento, cite-se. Caso contrário, façam os autos conclusos para sentença de extinção.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, independentemente de termo de compromisso, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivanaria com os seguintes atos: **(a) intimem-se as partes (por meio de seus advogados legalmente habilitados) para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e (b) intime-se o nomeado, por telefone e/ou e-mail, para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Deve a perita declarar, acaso solicitada, a presença ou ausência do periciando ao ato da perícia, informando data e hora, além da presença de acompanhante.

O advogado tem o dever de comunicar ao periciando a data, local e horários da perícia designada, sob pena de, não realizada a perícia por não comparecimento da parte sem justa causa comprovada nos autos, julgar-se o processo no estado em que se encontra.

Depositado o laudo em juízo:

- Intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 15 (quinze) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**
- Expeça-se ofício para transferência dos honorários periciais/Expeça-se alvará dos honorários



periciais.

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: RITAURA RODRIGUES SANTANA - 23/04/2020 09:11:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042309113359900000028912136>
Número do documento: 20042309113359900000028912136

Num. 30072878 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível de Campina Grande**

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050-
Fone: (83)3310-2439

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Processo nº 0807462-80.2020.8.15.0001
AUTOR: FLAVIO DANIEL NORBERTO
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da Vara supra, intimo a parte **autora**, através de seu(sua)(s) advogado(a)(s) constituído(a)(s) nos autos, para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a inicial fazendo juntar aos autos documento que comprove o **prévio requerimento administrativo do seguro pleiteado** realizado há mais de 30 (trinta) dias (§1º do Art. 5º da Lei 6.194/1974), **sob pena de indeferimento da petição inicial**.

Advogado: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR OAB: PB20721 Endereço: desconhecido

Campina Grande-PB, 23 de abril de 2020

**IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS
Técnico Judiciário**



Assinado eletronicamente por: IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS - 23/04/2020 16:58:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042316583944300000028942432>
Número do documento: 20042316583944300000028942432

Num. 30107159 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA 1^aVARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.

Processo n. **0807462-80.2020.8.15.0001**

FLAVIO DANIEL NORBERTO, já qualificado nos autos da ação em epígrafe, vem a Presença de Vossa Excelência, em cumprimento ao r. despacho retro, emendar a inicial fazendo juntar aos autos documentos (anexo) que comprovam o prévio requerimento administrativo do seguro pleiteado realizado há mais de 30.

Dessa forma, vem requerer a Vossa Excelência, seja dado seguimento ao feito.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Campina Grande (PB), data e assinatura eletrônicos.



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 07/05/2020 11:25:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050711251440100000029244421>
Número do documento: 20050711251440100000029244421

Num. 30441799 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Nº Sinistro: **3180343707**
Vitima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**
Data do Acidente: **17/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343707**.

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

Carta nº 13191706



SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB
(Contingência)

BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/09/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
07/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
07/08/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização




[Nova Consulta](#)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez
Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos
Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180343707 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FLAVIO DANIEL NORBERTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB (Contingência)

BENEFICIÁRIO FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF/CNPJ: 05694918436

Posição em 17-04-2020 14:34:48

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/09/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
07/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
07/08/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



[Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT](#)



Assinado eletronicamente por: ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR - 07/05/2020 11:25:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050711251559100000029244875>
 Número do documento: 20050711251559100000029244875

Num. 30441803 - Pág. 2